

TURBURĂRI OCULARE DE ORIGINE NASALĂ

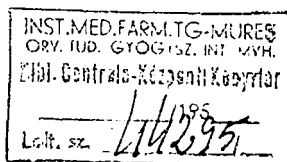


DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 2 IULIE 1937.

DE

RUȘCĂ I. OPREA

23 MAY 2005



**UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ**

DECAN: D-NUL PROF. DR. D. MICHAİL

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	” ”	HAȚIEGANU I.
Clinica chirurgicală. } Medicină operatoare }	” ”	POP A.
Medicina legală	” ”	KERNBACH M.
Farmacologia și farmacognozia	Supl. ”	POPOVICIU GH.
Clinica oftalmologică	Prof. ”	MICHAİL D.
Clinica 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 PROMOȚIUNE:

PREȘEDINTE:	D-l. Prof. Dr. Gh. Buzoianu
MEMBRII:	” ” ” V. Bologa
	” ” ” D. Michail
	” ” ” I. Minea
	” ” ” V. Papilian
Supleant D-l. Docent Dr. C. Velluda	

MAMEI



Celui mai bun tovarăș,
Soția mea, TANȚI

**ONOR. JURIULUI DE PROMOTIE,
RESPECTUOASE MULȚUMIRI**

**FRATELUI MEU MATEI,
PENTRU NEPREȚUITELE-I SACRIFICII,
MULȚUMIRI ȘI VIE RECUNOȘȚINȚĂ**



**SOREI MELE CONSTANTINA ȘI FRATELUI MEU MARIN,
MULȚUMIRI PENTRU SPRIJINUL CE MI-AU ACORDAT, CU
DRAGOSTE FRĂȚEASCĂ**

MEMORIEI
LUI
E USTAȚIU IONESCU
Invățător

Prima și luminoasa figură de dascăl din viața mea de școlar

Domnului Prof. NICOLAE BĂNESCU
Vice-Președinte al Senatului,
pentru bunăvoința și sprijinul moral acordat totdeauna,
omăgiu de recunoștință și adânci mulțumiri.

Domnului *Docent* Dr. C. STANCA

și

Domnului Dr. DOMINIC STANCA
Directorul Spitalului de Femei Cluj,

Vii mu'țumiri, pentru bunăvoința, sfaturile și cunoștințele
câștigate în serviciul condus de Domniile lor.



INTRODUCERE.

Turburările oculare de origine nasală sunt de mult cunoscute, dar prin datele noi scoase la iveală de cercetările științifice din urmă, această chestiune capătă o importanță deosebită. Leziuni oculare care prin rezistența lor la orice tratament ocular sau general deveniau plictisitoare, s'au vindecat uneori aproape miraculos printr'o intervenție endo-nasală. S'a dovedit că chiar acolo unde nu găsim nici-o afecțiune a nasului sau anexelor sale, sinusurile, intervenția endo-nasală, chirurgicală, poate avea în unele împrejurări un efect salutar asupra unor turburări oculare.

În caz de nereușită, dată fiind benignitatea operației, n'avem nimic să ne reproșăm.

Clinica Oto-rino-laringologică, din Cluj, de sub conducerea D-lui Prof. G. Buzoianu, printre numeroasele probleme luate în cercetare a înscris și pe aceasta și țin să mulțumesc respectuos D-lui Prof. Buzoianu pentru cinstea pe care mi-a făcut-o, încredințându-mi acest subiect, ca și pentru prețioasele sfaturi care m'au călăuzit în elaborarea acestei lucrări. Colaboratorilor D-sale distinși, Dl. asistent Dr. Naghi, D-l. asistent Dr. Ionescu, și D-l. preparator Dr. Teodorescu, le aduc viile mele mulțumiri pentru bunăvoința cu care mi-au pus la îndemână biblioteca și materialul de studiu din Clinica Oto-rino-laringologică.

Scopul acestei modeste lucrări e să aducă o cât de mică contribuție la lămurirea cât mai deplină a importanței probleme a turburărilor oculare de origine nasală.



CAP. I.

ISTORIC

Tot ce a interesat în deaproape omul, dar mai ales ceea ce s'a impus atenției sale, prin violența amenințării sau prin dușmănia ce i s'a purtat de-alungul vremii, a fost iscodit cu grijă și răbdare de către acesta și cu o armă care i-a făcut gloria — mintea sa — a invins de multe ori, observând efecte, descoperind cauze și găsind mijlocul să atenueze, să ocolească sau să înlătore cu desăvârșire ceea ce îi era neplăcut.

Bolile fac parte dintre dușmanii săi vechi și omul a căutat să le învingă de timpuriu. Dacă n'a isbutit să le scoată din centrul preocupărilor sale, le-a imblânzit totuși mult, pe unele atât de mult, încât strășnicia lor o păstrează numai în amintirea sa.

Înainte de a intra în miezul subiectului nostru vom arăta pe scurt ce a lucrat omul și pe răzorul de pe care vrem și noi să smulgem o buriană pentru a înlesni un luminiș sau cel puțin a ușura altora această sarcină.

Din timpul vechi, găsim puține lucruri de amintit, totuși vom spune că Albucasis, Galien, Aetius și Paul de Egina, pentru tămăduirea unor turburări oculare, câteodată de origine nasală, se serviau de fierul roșu pentru a distruge sacul lacrimal, a perfora apoi osul cu acelaș nume și a ajunge în cavitatea nasală. Făceau și ei în principiu o »dacrio-cisto-rinostomie«, atât de măestrit executată de chirurgii de azi.

În sec. 18-lea, Woolhouse, întrebuița în acelaș scop o sondă ascuțită, în locul căreia punea apoi o canulă de aur, care va rămâne pe loc mai multă vreme.

Adevărate studii și în cadrul subiectului nostru cu precizie, se fac mai târziu. Turburările oculare sunt studiate la început în legătură cu sinusitele supurate, acestea fiind mai bine cunoscute.

Către 1900 cercetările în legătură cu această chestiune devin numeroase și foarte importante.

În 1902, De Lapersonne, Stănculeanu, Rollet, dau la iveală lucrări valoroase asupra sinusurilor periorbitare și asupra influenței lor patologice asupra ochiului și orbitei. În 1921, la congresul francez de O. R. L., Lemaitre studiază complicațiile orbitare ale sinusitelor, iar Sargnon publică în teza elevului său Pillot numeroase observațiuni, dintre care multe culese în timpul războiului.

Killian studiază complicațiile orbitare la tineri, iar Onodi, la 1911, cavitățile perinasale la copil. Wurtzbourg, Sieur și Jacob, Jacques, Mouret, contribuie nu mai puțin cu valoroase studii la lămurirea acestei probleme.

Dela 1920 începe studiul amănunțit al complicațiilor oculo-orbitare datorite sinusitelor zise latente. Deși s'au studiat numeroase cazuri clinice interpretarea lor a fost variabilă — căci e vorba aci de două feluri de sinusite: sinusite reale, dar ușoare și *sinusite fără sinusite*. Ultima numire Sargnon o consideră falsă și afirmă că: »ea cere alte explicațiuni, de exemplu influența nervoasă trigemenosimpatică pentru a lămuri relațiuni, de altfel adevărate, patologice, naso-oculare«.

Anglo-Saxonii sunt primii care studiază aceste sinusite zise latente, cu Sluder, Watson, Williams, etc. Congresul belgian de O. R. L. din 1921 scoate și el în evidență aceste fapte prin comunicările lui Coppez și Chevaș. O serie de autori francezi, printre care Ramadier, Canuyt, Portmann, Sargnon (într'o serie de articole și zece teze) studiază și ei chestiunea. Sargnon, cu Euwraud în 1933 și cu Taher în 1934, studiază și complicațiile orbitare ale sinusitelor la copii.

În ce privește metodele terapeutice, sunt unele diferențieri. Segura de la Buenos-Ayres deschide sinusurile sfenoidale pe cale transeptală, pe când în Franța și Belgia

se face mai ales rezecția părții posterioare a cornetului mijlociu.

Weill, Baillard și Philippe evidențiază reflexul naso-facial studiat apoi amănunțit de Halphen, Levy Justus și Fraenkel. Sargnon se ocupă și el cu această chestiune în teza elevului său Contal și numește reflexul naso-facial, naso-facio-ocular.

Scoala medicală Lyoneză aduce cele mai numeroase contribuțiuni pentru lămurirea problemei legăturilor patologice dintre nas și ochi. Rollet, Sargnon și Colrat studiază tensiunea arterei centrale a retinei și arată că ea este mult influențată de operațiile endo-nasale, mai ales cele executate asupra cornetului mijlociu.

Tot la Lyon, Guillemin și elevul său Chams studiază reflexele trigemeno-simpatice plecate dela nas și ajungând la ochi, în cursul operațiilor endo-nasale, chiar atunci când nu este nici o leziune oculară.

În Italia se fac cercetări multiple în ultimii ani de către: Carrari, Di Marzi și Ferreri.



CAP. II.

RAPORTURI ANATOMICE NASO-OCULARE

Turburările oculare de origine nasală de datoresc strânselor raporturi anatomice și fiziologice dintre ochi și nas. Cu un vecin cu care are atâtea legături și atât de des bătuit de diferite afecțiuni, — cum este nasul și anexele sale, sinusurile — ochiul nu poate decât suferi și el. Vom arăta pe scurt aceste legături.

Cornetele. Cornetul inferior este în raport intim cu canalul lacrimal, care se deschide în partea inferioară a meatusului inferior. În meatusul mijlociu se deschid sinusurile anterioare: maxilar, frontal și etmoidul anterior. Cornetul mijlociu este în raport înapoi cu regiunea ganglionului sfeno-palatin și cu numeroasele filete care emerg din acesta (rezecând partea posterioară a cornetului mijlociu

smulgem numeroase filete simpatico-trigemelare). Când cornetul mijlociu este hipertrofiat poate împiedica scurgerea naturală sau patologică a sinusurilor periorbitare.

Sinusurile joacă un rol foarte important în patologia naso-oculară; ele înconjoară orbita și ochiul în partea sa internă. Din punct de vedere anatomo-clinic, sinusurile se impart în 2 grupe bine distincte: *I. grupul anterior*, format din sinusul maxilar, sinusul frontal și celulele etmoidale anterioare și *II. grupul posterior*, format din celulele etmoidale posterioare și sinusul sfenoidal.

Sinusul maxilar este de dimensiuni variabile și prin peretele său superior interesează ochiul și orbita. În sinusurile mari, care sunt consecința unei rezorbții foarte dezvoltate (Testut) putem vedea prelungiri însemnate, dintre care ne interesează mai ales prelungirea orbitară, săpată în ramura ascendentă a maxilarului superior. La astfel de sinusuri peretele superior e subțire și conductul suborbitar face un relief pe fața sa inferioară (sinusală). Uneori peretele e dehiscent și inflamația sinusului produce nevralgii suborbitare. În majoritatea cazurilor însă, peretele superior este destul de gros și complicațiunile oculare în urma leziunii sinusului maxilar sunt rare.

Celulele etmoidale sunt în număr de 6—10, dar numărul lor poate scădea până la 5 sau urca până la 14. Volumul lor e cu atât mai mare cu cât numărul lor e mai mic. Prin inserția cornetului mijlociu, etmoidul se împarte în anterior și posterior. Raporturile de mărime dintre cele două labirinte etmoidale depind de nivelul inserției cornetului mijlociu.

În afară de raporturile sale cu sinusul sfenoidal și maxilar (cu care poate să aibă uneori comunicare directă) etmoidul are raporturi foarte importante cu ochiul, cu pleopa superioară, cu partea anterioară a orbitei.

Hiatul semilunar poate deveni uneori foarte adânc, se poate lărgi înainte și să se cloazoneze înconjurând de toate părțile sacul lacrimal. Numim atunci aceste celule: *celulele lacrimale*.

Celulele etmoidale constituie peretele intern al orbitei

și lama osoasă care le acopere din partea acesteia este »os planum« sau lama papiracee. Lama papiracee este părțile cel mai subțire al orbitei (0,2—0,4 mm). Hyrtl a semnalat primul soluții de continuitate în lama papiracee, iar Zuckerkandl, care face cele mai importante cercetări în această direcție, citează 15 cazuri de dehiscență.

În crăpătura sfenoidală, unde formează peretele intern al acesteia, celulele etmoidale vin în raport cu organele care trec prin inelul lui Zinn. Înapoi celulele etmoidale impietează uneori asupra sinusului sfenoidal și o celulă posterioară poate forma planșeul canalului optic, fiind astfel în raport intim cu nervul optic și artera oftalmică.

Sinusurile frontale sunt uneori foarte mici sau pot chiar lipsi; alte ori sunt însă foarte mari și comunică între ele.

Baza lor prezintă două părți: una externă sau orbitară, foarte subțire (»o lovitură de unghie ajunge s'o desfunzi«, cum spune Poirier) și care corespunde orbitei și alta internă sau etmoidală, în raport cu celulele etmoidale.

Partea externă fiind foarte subțire, poate fi ușor perforată de puroi în sinusitele frontale.

Sinusurile sfenoidale pot fi și ele de diferite mărimi. Cele mai importante sunt sinusurile mari, care printre numeroasele anomalii pot trimite prelungiri în aripile mici ale sfenoidului, înconjurând astfel canalul optic de toate părțile.

Stănculeanu a găsit pe piesele cercetate de el multe sinusuri mari și mai totdeauna unul din sinusuri impieta asupra celui de partea opusă. Canuyt și Terracol au insistat mult asupra acestor anomalii, care explică numeroase fapte clinice și ei arată și invaginările în sinus ale nervului optic însuși, fără separație osoasă, acoperit numai de mucoasa sfenoidală. Nervul optic poate fi comprimat în canalul său tot așa cum e comprimat facialul în apeductul lui Falope.

Peretele extern al sinusului sfenoidal este cel mai important din punctul nostru de vedere și el a fost numit

de *Furet* peretele oftalmologilor. *Bertemés* l'a împărțit în două: porțiunea craniană și porțiunea orbitală.

Porțiunea craniană vine în raport cu sinusul cavernos în peretele căruia se găsește artera carotidă, plexul cavernos al simpaticului, nervul oculo-motor-comun, paterficul, oftalmicul și când nu este afundat în sinus și nervul oculo-motor-extern.

Stănculeanu insistă pentru prima oară asupra unui raport foarte important: imediat înapoia crăpăturii sfenoidale, la nivelul terminării venei oftalmice în sinusul cavernos, oculo-motor-comunul și oculo motor-externul iau contact intim cu peretele extern al sinusului sfenoidal.

Porțiunea orbitală: cele mai adesea, cum a notat-o *Bertemés* (18 din 28 cazuri) sinusul sfenoidal contribuie la complectarea înapoi a peretelui intern al orbitei.

Grosimea peretelui extern e uneori foarte subțire ($\frac{1}{2}$ mm). *Berger* găsește în asemenea cazuri mici lacune în perete, datorite sau unui viciu congenital de osificare sau unei afecțiuni senile, ocazionată de rarefacția țesutului osos.

Circulația, cea venoasă mai ales, poate aduce și ea turburări optice. Circulația venoasă este asigurată de vena centrală posterioară a lui *Kuhnt* care urmează axul nervului optic. În afară de aceasta *Gaillard* și *Jacques Rollet* au arătat că mici venule unesc teaca nervului optic cu mucoasa sinusului sfenoidal prin mici găuri (foramina) săpate în peretele canalului optic. Nu există comunicații limfatice între mucoasa sinuso-etmoidală și nervul optic. Relațiunile între sinusuri și aparatul circulator sunt deci pur sanghine (*Testut*).

Aceste date anatomice ne permit să conchidem cu *Sargnon* că relațiunile patologice dintre nas și ochi se produc:

1. Pe calea infecțiilor directe—dehiscențe, osteite.
2. Pe cale indirectă, mai ales venoasă, căci comunicații limfatice nu există.
3. Prin acțiune nervoasă, simpatico-trigemelară.

RAPORTURI CLINICE NASO-OCULARE.

I. Influența ochiului și orbitei asupra nasului.

Aparatul orbitar are puțină influență asupra nasului și anexele sale, ochiul propriu-zis fiind protejat și izolat de învelișul său fibros, sclerotică, iar orbita nu prezintă comunicări importante cu exteriorul. O infecție secundară a nasului este deci rară (Sargnon).

Neoformațiile maligne pot însă depăși ușor regiunea. De tot rar se poate vorbi de osteită a peretelui orbitar.

Leziunile infecțioase au puțin răsunet asupra nasului. Leziunile descendente dela conjunctivă în nas prin canalul lacrimal sunt excepționale.

Influența leziunilor nervoase, ale aparatului ocular, asupra nasului este neglijabilă.

Cele mai importante rămân deci neoplasmale, mai ales ale pleoapelor, care invadează cu ușurință cavitatea nasală.

II. Influența bolilor nasului asupra ochiului.

Influența nasului asupra ochiului, din punct de vedere patologic, este mult mai însemnată decât am văzut că este influența ochiului asupra nasului.

Acest lucru se întâmplă din cauza numeroaselor leziuni ale nasului și mai ales ale sinusurilor, la adulți, la adolescenți și chiar la copil, unde dezvoltarea sinusurilor este mult mai precoce, de cum se credea. Sargnon grupează aceste leziuni în:

1. Leziuni traumatice ;
2. „ neoplasice ;
3. „ nervoase ;
4. „ inflamatorii, care dau cele mai numeroase complicațiuni oculare.

1. Leziunile traumatice.

Se văd mai mult în timpul războiului, în traumatis-

mele cari interesează nasul, sinusurile și ochiul. Când traumatismul interesează numai nasul, infecțiile lezează în mod secundar ochiul și orbita. Câteodată sunt și corpi streini nasali, cari nu pot fi puși în evidență decât prin radiografie. Complicațiile acestor traumatisme nasale pot fi abcese, fistule, sechestre, accidente septice ale pleoapei superioare. Sargnon relatează și complicațiuni cerebrale și meningeale cu cazuri mortale.

2. Leziuni neoplazice nasale.

Tumorile benigne dar mai ales cele maligne pot avea o influență considerabilă asupra aparatului ocular. Mucocelul trece frecvent în orbită mai ales cel frontal și etmoidal.

Tumorile maligne, când sunt situate în etajul inferior al nasului nu lezează decât rar ochiul și orbita. Cele situate însă în etajul mijlociu invadează repede vecinătatea. Aceste tumori poartă chiar numele de neoplasme etmoido-orbitare. Când debutează în sinusul maxilar tumora lezează nervul suborbitar, dând turburări senzitive și invadează orbita. Neoplasmul poate da sinusită secundară și aceasta printr'un mecanism inflamator, produce turburări oculare.

3. Leziunile nervoase.

Formează un capitol modern și foarte important, dar cu multe necunoscute încă.

Mucoasa nasală este foarte iritabilă din cauza irigației sale intense și a inervației foarte bogată și anastomotică, mai ales trigemeno-simpatică. *Bidder* și *Wolkmann* au arătat că în mucoasa nasală fibrele simpatice sunt de 20 de ori mai numeroase ca fibrele sistemului nervos cerebro-spinal. Din această cauză reflexele plecate dela nas sunt foarte intense și ajung chiar în organe depărtate.

Cu privire la aparatul ocular, noi cunoaștem azi ceia ce înseamnă reflexul naso-facial, cunoscut după lucrările lui *Weil*, *Baillard* și *Philippe* și studiat în amănunt de *Halphen*, *Levy Justus* și *Fraenkel*. *Rollet* și *Sargnon* au arătat influența acestui reflex asupra ochiului și l-au

numit *reflexul naso-facio-ocular*. Acest reflex se produce prin atingerea mucoasei nasale cu un stilet, mai ales în partea posterioară a cornetului mijlociu. În producerea lui distingem trei grade clinice: *slab și normal*, când se produce o simplă roșeață conjunctivală; *mijlociu*: roșeață cu lăcrimare; *intens*: roșeață, lăcrimare și strănut (Sargnon). Când reflexul naso-facial este exagerat, ușoara lăcrimare se transformă într'o secreție abundentă de lacrimi, însoțită de injectarea conjunctivei, roșeață a obrazului, care se întinde până în regiunea cervicală, lăcrimare la globul ocular opus și în unele cazuri rare, poate surveni chiar o stare de rău generală lipotimică (Prof. Buzoianu).

Reflexul naso-ocular s'a atribuit sistemului ganglionului sfeno-palatin, dar experiențele adesea negative ne silesc să-l atribuim sistemului trigemeno-simpatic ale cărui elemente nu sunt separabile în mod clinic la nivelul nasului. Acest reflex explică fenomenele congestive ale ochiului observate în guturaiul de fân și în corizele spasmodice aperiodice.

Rollet și Colrat au studiat pentru prima dată modificările clinice ale tensiunii arterei retiniene produse de reflexul naso-facio-ocular. Sargnon a obținut modificări momentane de scădere sau de ridicare a acestei tensiuni, prin producerea reflexului superficial. El arată că atingerile pe coada cornetului mijlociu au fost cele mai eficace.

Maximul modificărilor au fost văzute însă prin producerea reflexului profund obținut prin chirurgia endonasală; aceste modificări au fost constante și durabile.

Exprimată în milimetri de mercur, tensiunea arterei retiniene este 30—35 pentru minima și 60—70 pentru maxima.

Pentru prima oară Școala Lionesă, prin Rollet, Sargnon și Colrat, studiază tensiunea arterială retiniană în timpul ablațiilor cornetelor mijlocii, ablații făcute pentru terapia complicațiilor oculare. Autorii mai sus citați au constatat că mai ales în nevritele retro-bulbare de origine nasală tensiunea arată, înainte de rezecția părții posterioare a cornetului mijlociu, o augmentare manifestă

care după operație a revenit la normal, cu ameliorarea vederii.

Astfel în mai multe din cazurile lor tensiunea de 130/60, 130/80, 105/70 înainte de operație, a scăzut respectiv la 110/60, 120/60, 95/55, după intervenție, în același timp când scotomul central dispărea și acuitatea vizuală se ameliorea. *Guillemain* și *Chams* în urma cercetărilor făcute de ei trag concluzia că în 95,15 % a cazurilor rezultatul final al modificărilor tensiunii arterei retiniene, este o hipotensiune durabilă, ni icdată o hipertensiune durabilă. În 44,5 % din cazuri însă hipotensiunea este precedată de o fază de hipertensiune trecătoare.

Anestezia singură nu pare capabilă să provoace fără intervenție chirurgicală o modificare durabilă a tensiunii arterei retiniene.

Există deci relațiuni nete simpatico-trigemelare-spune Sargnon-intre nas și ochiu; clinic ele au maximum de efect într'o intervențiune endonasală. În operația noastră de rezecția părții posterioare a cornetului mijlociu pentru leziunile nervului optic, noi realizăm această acțiune la maximum, prin smulgerea inevitabilă a numeroase filete nervoase, emanând din ganglionul sfeno-palatin, mai ales nervul sfeno-palatin extern. Se consideră clinic partea posterioară a cornetului mijlociu și regiunea adiacentă ca punctul simpatic al nasului.

4. Leziunile inflamatorii.

Complicațiile endo-orbitare ale inflamațiilor nasale și mai ales sinusale sunt frecvente. Ele pot surveni în toate inflamațiile acute sau cronice ale nasului. Bolile infecțioase ca rușeola, scarlatina, dar mai ales gripa dau sinusite, în special posterioare, care prin raportul lor intim cu orbita și nervul optic în canalul său osos se pot complica foarte ușor cu leziuni oculare.

Vom fi însă întotdeauna cu grijă ca să eliminăm cauzele infecțioase de vecinătate, mai ales de origină dentară.

Aceste complicații se văd în particular la adultul tânăr, însă câte odată și la copil. Clasic se spunea că sinusurile se dezvoltă târziu, iar sinusitele la copii sunt

rare. *Onodi* a arătat însă că dezvoltarea sinusurilor este mai precoce de cum se credea și numeroase fapte clinice n'au întârziat să confirme acest adevăr.

CAP. IV.

PATOGENIA TURBURĂRIILOR OCULARE DE ORIGINA NASALĂ

Atunci când leziunile nasale sau sinusale sunt evidente, explicarea acestor turburări este ușoară, prin raporturile intime pe care le-am văzut că există între orbită și conținutul său și între nas și cavitățile perinasale.

Am văzut deja că relațiunile patologice între nas și ochi se produc :

1. Pe calea infecțiilor directe-dehiscente, osteite,
2. Pe cale indirectă, mai ales venoasă și
3. Prin acțiunea nervoasă simpatico-trigemelară.

Kuhnt a demonstrat pentru sinusul frontal că e vorba, în complicațiunile oculare, de o periostită purulentă provocată prin tromboze venoase, în venele care trec prin os. O altă modalitate ar fi ulcerarea păturei profunde muco-periostale și osul privat de mijloacele sale de nutriție se necrozează. (*Hajek*).

Berger și Kaplan admit trei moduri de propagare a inflamației sinusale la nervul optic :

1. Propagare la canalul osos prin osteita care afectează peretele sinusal.
2. Prin intermediul dehiscentelor dela nivelul canalului optic.
3. Inflamația sinusului trece mai întâi la meninge și apoi la nervul optic.

La acest mecanism se poate adăoga : edemul de vecinătate (*Druault*). Reflexul naso-facio-ocular am văzut că explică suficient hiperemia conjunctivală și lăcrimarea, a căror cauză n'o găsim într'o leziune oculară. Când există o hiperexcitabilitate neuro-vasculară a mucoasei nasale,

totdeauna reflexul naso-facial este exagerat. Stările umorale particulare de coloido-clasie tip Widal, cum arată D-l Prof. *Buzoianu* la un caz studiat de D-Sa, adăogate la afecțiunile obiective endo-nasale, înlesnesc producerea vaso-dilatației capilare a mucoasei nasale și a glandei lacrimale. E bine deci în asemenea cazuri să ne gândim și la un factor general care ar putea interveni.

Explicarea devine însă mai grea acolo unde leziunile nasale și sinusale sunt minime sau nici nu le vedem, cu toate investigațiile făcute. E vorba de turburările oculare în așa numitele sinusite latente fără sinusite.

S'au emis mai multe teorii pentru explicarea acestor cazuri, fără a se reuși nici până azi să se facă lumină deplină.

I. Teoria compresiunii directe.

După această teorie, pereții sinusurilor, dilatați printr'un empiem închis, sau printr'o hipertrofie a mucoasei, bombează în cavitatea orbitară comprimând în mod direct organele conținute în ea.

După *Sluder*, inflamația mucoasei sinusale are ca rezultat uneori un proces de hiperplazie osoasă, care dacă se produce la nivelul canalului optic poate foarte ușor comprima la acest nivel nervul optic. Aceste procese de hiperplazie n'au putut fi însă confirmate. Teoria lui *Sluder* nu explică apoi cum o intervenție asupra sinusurilor produce o ameliorare rapidă a afecțiunilor oculare.

2) Teoria propagării toxiinfecțioase.

În 3 moduri putem concepe trecerea infecției dela sinus la cavitatea orbitară:

1) propagarea directă : peretele osos subțire, uneori dehiscent, nu opune rezistență prea mare.

2) propagarea pe cale vasculară : în afară de anastomoza dintre venele sinusale și oftalmice, găsim încă existența unor anastomoze între ramurile venei centrale posterioare a lui *Kuhut* și *Vossius* și rețeaua venoasă a sinusului sfenoidal.

3) propagarea pe cale meningeală : aceste mecanisme le-am arătat și mai înainte, astfel că nu mai stăruim acum

3) Teoria turburărilor circulatorii:

S'a spus că și in sinusurile cu leziuni minime, ar putea fi o stare congestivă a mucoasei. Staza venoasă sinusală s'ar repercuta asupra venelor oftalmice și s'ar propaga spre nervul optic.

3) Teoria neuro vasculară (Van Caneghem).

După *Van Caneghem* »nevrita retrobulbară n'ar fi decât rezultanta unor turburări vaso motrice, probabil spastice, in micile ramuri ale arterei oftalmice, nutritoare a nervului optic, și atingând in acest nerv fascicolul cel mai sensibil, papilo-macular.«

Origina acestui spasm ar fi de proveniență extra-nasală, de proveniență neclarificată pe deplin. Efectul terapeutic trebuie să fie deci un fenomen antispasmodic, produs pe cale pur nervoasă sau pe cale neurovasculară.

Locurile asupra cărora se intervine cu predilecție sunt inervate de ramurile sensitive ale ganglionului sfeno-palatin intern și extern. Dece însă intervențiile făcute pe segmentele profunde mai ales, dau rezultate? Van Caneghem crede că intervenția acționează pe cale neuro-vasculară, deoarece porțiunea postero-superioară a foselor nasale e irigată de ramurile arterei sfeno-palatine. Sfeno-palatina are anastomoză cu artera etmoidală, care e o ramură a oftalmiceii. Van Caneghem amintește studiile lui Babinsky, Herz și alții cu privire la efectul vaso-motor al diferitelor traumatisme. Aceștia au arătat că traumatisme chiar neînsemnate produc o vaso-dilatație locală cu scăderea tensiunii. Vaso-dilatația se face pe cale reflexă; reflexul vaso-motor in traumatisme însă nu e un reflex medular, ci un pseudo-reflex axonic, *axon reflexul lui Langlay*.

Langlay a demonstrat că axon-reflexul se poate produce pe orice parte a corpului. După Van Caneghem efectul util al intervențiilor pe nas s'ar datora unui astfel de reflex al lui Langlay.

In sprijinul acestei teorii am văzut cât de mult vin și cercetările lui Rollet, Sargnon și Colrat, ale lui Guillemin și Chams, care arată relațiunile simpatico-trigemelare dintre nas și ochi. Tot ei explică rezultatul unui tratament prin

rezecția părții posterioare a cornetului mijlociu, odată cu care se smulge numeroase filete nervoase emanând din ganglionul sfeno-palatin.

„Rezoluțiunea unei nevrite optice consecutivă rezecției unui cornet mijlociu - spune *Escat* - cornet puțin mărit sau bulbos, sau atins de o alterațiune catarală simplă, sau consecutivă trepanării endo-nasale a unui sinus sfenoidal conținând o secreție mucoasă discretă, este mai puțin opera suprimării unui adevărat focar patologic vecin, cât a reflexului simpatico-trigemelar după doctorina lui Van Canghai și Sargon“.

CAP. V.

FORME CLINICE.

Turburările oculare de origine nasală pot fi grupate în 2 clase :

1) *Extrinseci*, care atacă învelișurile ochiului, mușchi, nervii, căi lacrimale.

2) *Intrinseci*, care atacă părțile constitutive ale globului ocular, inclusiv nervul optic.

Vom începe cu complicațiile localizate la pleoape, aparatul lacrimal, conjunctiva, corneia, vom trece apoi la leziunile profunde ale ochiului și în fine la complicațiile orbitare.

Complicațiuni ale pleoapelor.

În sinusitele frontale se observă în mod curent edemul pleoapei superioare. Putem avea încă un abces acut sau subacut, cu fistulă spontană sau chirurgicală. Etmoidita anterioară poate da și ea complicații ale pleoapei superioare. Sinusul maxilar cu pereții mai groși infectează rar pleoapa inferioară. Tratamentul acestor complicațiuni, în afară de tratamentul sinusal, este medical, când avem un edem simplu, chirurgical când avem un abces.

Complicațiuni ale aparatului lacrimal.

Sacul și canalul lacrimal sunt cel mai des afectate, glanda lacrimală mai rar. Obliterările inferioare ale canalului lacrimo-nasal sunt produse cu deosebire de infecțiunile nasale. Catarurile nasale, acute sau cronice, simple, scrofuloase sau sifilitice, ozena, rinoscleromul, ulcerajiile sifilitice, tuberculoase și leproase ale mucoasei nasale, tumorile foselor nasale (polipi, tumori maligne) și fracturile nasului pot să ocazionaze aceste obliterări. (Prof. Michail).

În sinusitele frontale, etmoidale anterioare, maxilare, avem de obicei lăcrimare, dar putem avea și dacriocistită, care poate merge până la supurare, necesitând incizia abscesului sau chiar extirparea sacului.

Complicațiile conjunctivale și corneene.

Complicațiile conjunctivale sunt conjunctivita acută și subacută, care poate să treacă în cronicitate. Când conjunctivita este ușoară, este mai mult un simptom al leziunii nasale, decât o complicație. Aceste conjunctive se datoresc inflamațiilor nasale, în special ale sinusului frontal și etmoidului anterior.

Conjunctivita se poate agrava și acompania de un edem al corneii și câteodată de cheratită intensă. Exema impetiginoasă a narinelor, cornetele hipertrofiate, vegetațiunile la copil, trebuiesc îngrijite pentru a grăbi vindecarea cherato-conjunctivitelor.

Complicațiunile profunde ale ochiului.

Inflamațiile nasului și mai ales ale sinusurilor, ating destul de des tractul uveal irisul, coroida, retina. Irisul prezintă turburări de mobilitate, midriază, paralizia acomodăției. Alături de aceste turburări motorii există de asemenea leziuni inflamatorii, irite și irido-coroidite. Aceste complicații sunt date câteodată de sinusitele maxilare, mai rar de sinusite frontale, etmoidale sau sfenoidale. Se pot observa irite sero-plastice, coroidite, corioretinite, uneori

retinită exudativă și nevrită optică, sau chiar deslipiri de retină (Sourdill²), de origine sinusală. S'au văzut și complicațiuni ale vitrosului de origine sinusală. Astfel Kuhn a observat mai multe cazuri de bolnavi care se plâneau de muște sburătoare. Ele au dispărut odată cu vindecarea sinusitei frontale de care suferiau acei bolnavi.

Retinitele și nevritele optice sunt mai frecvente decât coroiditele și corio-retinitele în cursul inflamațiilor nasale și mai ales sinusale. Ele se prezintă sub trei timpuri clinice:

a) *Nevrita optică cu papilită*:

b) *Nevrita retrobulbară* - mai des unilaterală.

Când e bilaterală, vom căuta o etiologie în afară sinusurilor, de exemplu etilismul.

c) Uneori nevrita retrobulbară e de *tip mixt*: Nevrita retrobulbară la început, urmată ulterior de retinită și papilită.

Sargnon, bazat pe observațiunile sale, afirmă că sinusitele maxilare dau rar complicații oculare profunde. Ele sunt datorite mai frecvent sinusitelor frontale, etmoidale anterioare și mai ales sinusitelor posterioare.

Tot Sargnon amintește și această axiomă rino-oftalmologică: „Sinusitele supurate, când dau complicațiuni optice, de obicei dau papilite simple sau edematoase; nevrita optică retrobulbară este datorită mai ales leziunilor ușoare sinusale, în special posterioare și sinusitelor numite greșit, „sinusite latente“.

Sinusitele latente numite astfel de Sluder sau sinusitele fără puroi (*Waston-Williams*), sau sinusita hipertrofică (*Withe*) pot da și ele papilite sau nevrită optică urmată de papilită, dar mai rar. Aceste sinusite zise latente în realitate nu sunt sinusite (Sargnon). Ce găsim în aceste sinusite la examen și la operație? Mai întâi sunt leziuni destul de frecvente de infecție benignă, câte odată infecțiuni în spațiu închis. În mod secundar se notează defectul de aerație al răscruciului etmoido-sfenoidal, prin deviația posterioară a septului, sau printr'un cornet hipertrofiat. Sargnon insistă asupra acestui defect de aerație, care im-

piedecă sinusurile să se golească în mod normal. Mai depărtat găsim vegetațiuni adenoide, amigdale hipertrofice și infecțiuni dentare asupra cărora americanii mai ales insistă într'un mod special. Ablația unui dinte bolnav sau suspect a adus repede ameliorarea sau vindecarea turburărilor oculare.

Dar în afară de aceste cazuri, sunt altele în care nici la examen, nici la operație, nu găsim nici-o leziune netă. Aceste sinusite fără sinusită sunt considerate azi ca o eroare de interpretare. Ele sunt explicate pe cale norvoasă, prin acțiunea simpatico-trigemelară pe care am văzut-o și asupra căreia nu mai insistăm.

Complicațiunile orbitare.

Leziunile orbitei și conținutului său sunt destul de frecvente și ele se întâlnesc și la tineri. Am mai spus că dezvoltarea sinusurilor fronto-etmo-sfenoidale este mult mai precoce de cum se credea. Labirintul etmoidal este format în timpul vieții fetale; la naștere există o cavitate etmoidală anterioară, cât de mică să fie. Celule nu vor fi vizibile însă de cât către 5 ani, iar bine individualizate către 12 ani. Sinusul frontal nu există în viața fetală. El apare între 3 și 4 ani, sau chiar dela finele primului an (*Onodi*). Devine perceptibil către 6 ani.

Sinusul sfenoidal și etmoidul posterior se dezvoltă mai târziu, totuși sinusul sfenoidal e schițat din viața embrionară. La 5 ani sinusul sfenoidal are mărimea unui bob de mazăre, iar la 14 ani sistemul etmoido-sfenoidal este net individualizat. Deci până la 6 ani vorbim de etmoidită, iar mai târziu de fronto-etmoidită. La 14 ani toate sinusurile sunt bine dezvoltate.

Sinusul maxilar dă rar complicațiuni orbitare, din cauza peretelui său superior mai mult sau mai puțin compact. Cazuri însă s'au observat. Cele mai frecvente complicațiuni le dau sinusurile frontale, etmoidale și sfenoidale. Aceste complicațiuni pot interesa peretele osos sau conținutul orbitei — țesut celular, mușchi, vene, nervi. Înțelegem deci gravitatea lor. Din partea peretelui osos avem *osteoperiostita simplă* acompaniată de leziunea fluxio-

nară nesupurată și *osteoperiostita supurată*; a treia formă este *osteomielita*, mult mai gravă ca primele, dar foarte rară.

Fluxiunea orbitară se vede la adult, dar mai des la copil. Este o celulită seroasă, de obicei unilaterală fără tendință la supurație, afectând două tipuri: *Forma localizată* în care edemul își are sediul la pleoape și părțile moi ale vecinătății și *forma generalizată*, care cuprinde toată grăsimea orbitară. Prima este benignă și prezintă puțin interes clinic. Contrar acesteia, fluxiunea profundă realizează tabloul unui pseudo-flegmon al orbitei: semne generale pronunțate, exoftalmie acută cu sau fără edem palpebral, chemosis inconstant și câte odată imobilizarea incompletă a globului ocular. Vederea e păstrată, ca și integritatea pupilei și a corneii. Câte odată fluxiunea este bilaterală (simptomatică de sinusită bilaterală). Prognosticul fluxiunii orbitei este benign. În unele cazuri fluxiunea nu este decât stadiul precursor al supurațiunii.

Diagnosticul diferențiar al fluxiunii profunde se face cu *trombo-flebita orbito-cavernoasă*, care devine repede bilaterală și fatală; cu *flegmonul orbitei*: prezintă semne generale grave, dureri mai accentuate și scăderea vederii. Ca semne diferențiale, Rollet și Sargnon mai dau anestezia corneană și midriaza care sunt în favoarea flegmonului și impun intervenția de urgență.

La copil sinusitele se manifestă mai ales prin complicațiunile lor oculare. Tabloul clinic este al unei fluxiuni orbitare, iar semnele rinologice sunt aproape absente. Având puține tendințe la supurare, vindecarea acestei fluxiuni este aproape regulă. Uneori însă poate urma faza supurativă, afectând tipul acut foarte grav, tipul subacut sau tipul cronic cu fistulă (de obicei secundar deschiderii chirurgicale).

Infecțiunea orbitei nu se limitează la țesutul celular și grăsos, ci prinde totalitatea sau o parte din organele importante conținute în orbită. Astfel sunt prinși mușchii și avem impotența funcțională a marelui oblic, a dreptului

superior, a dreptului intern și excepțional a dreptului inferior. Nervii motori sunt afectați mai ales în sinusitele posterioare. Când sunt prinși și mușchii, ochiul prezintă un aspect *înghețat*, simptomatic pentru leziunea părții posterioare a orbitei. Leziunile nervilor sensitivi sunt rare, mai ales ale trigemenului. Nervul optic este destul de frecvent afectat, prezentând nevrita optică gravă, care poate da orbirea. Sinusitele se mai pot complica cu flegmonul optic, care poate să aducă panoftalmia. Leziunile orbitare pot merge și mai departe și să ajungă la complicațiuni meningeae și cerebrale.

Cele mai grave complicațiuni survin din partea *venelor*: flebita venei oftalmice și mai ales a sinusului cavernos, cu evoluție rapid bilaterală. În caz de îndoială trebuie totdeauna intervenit.

CAP. VI.

TRATAMENTUL TURBURĂRILOR DE ORIGINE NASALĂ.

Tratamentul turburărilor oculare de origină nasală este *medical și chirurgical*.

Tratamentul medical este local, aplicat endo-nasal. Vom trata orice infecțiune sinusală, chiar ușoară. Sargnon recomandă întrebuițarea de inhalațiuni balsamice, adrenalina și efedrina, în pomadă, soluție sau pulverizații. Adrenalina și efedrina au un efect decongestionant și se aplică la nivelul capului cornetului mijlociu pentru sinusurile anterioare, la nivelul răscruciului etmoido-sfenoidal pentru sinusurile posterioare. Prin ischemia care se produce se degajează orificiile sinusale. De asemenea se recomandă anestezia nervilor regiu ei sfeno-palatine, cu cocaină sau percaină.

Tratamentul chirurgical. În sinusitele evidente, supurate, cu complicațiuni grave oculare, tratamentul chirurgical se impune și încă de urgență. Vom trata sinusul

bolnav, pe cale internă sau externă, după cazuri. Pentru sinusul maxilar facem trépanația după metoda Caldwell-Luc sau Denker, iar pentru sinusul frontal și etmoidal anterior operațiile respective. Alteori intervenim extern pentru a drena, fără a cureta însă, evitând astfel procesele meningeale post-operatorii. Sinusurile posterioare sunt abordate pe cale internă. Sargnon preferă calea cornetului mijlociu, cu rezecția imediată sau secundară a celulelor etmoidale. Hirsch și Segura intervin pe cale transseptală. În cazurile foarte grave vom folosi dela început calea externă orbito-nasală.

Ce tratament vom aplica însă în sinusitele fără sinusită? Vom elimina mai întâi alte cauze medicale care ar putea da turburările oculare și vom aplica tratamentul medical arătat (vom vedea însă că sunt și turburări oculare date de alte cauze decât nasale, susceptibile de un tratament chirurgical endo-nasal). În cazul în care e grave, supraacute sau acute, vom interveni de urgență, iar acolo unde tratamentele medicale generale și locale n'au dat nici un rezultat, nu e rău dacă ne gândim la o cauză nasală și intervenim. Contăm în acest caz pe o acțiune reflexo-terapeutică.

Intervențiunea chirurgicală în sinusitele zise latente este totdeauna endo-nasală. Hirsch și Segura intervin pe cale transseptală, acționând dintr'odată asupra celor două sinusuri sfenoidale, dar lasă intact etmoidul posterior. Pentru Sargnon această intervențiune lucrează mai puțin net asupra sistemului trigemeno-simpatic situat în partea posterioară a nasului. Se mai practică apoi intervenții zise accesorii, ca rezecția sub-mucoasă a septului, rezecția unei creste, ablația mai mult sau mai puțin completă a unui cornet inferior foarte hipertrofiat, iar în unele cazuri se intervine asupra vegetațiilor și amigdalelor. Sargnon practică în imensa majoritate a cazurilor rezecția părții posterioare a cornetului mijlociu (jumătate sau o treime), iar în unele cazuri adaugă la aceasta și ablația mai mult sau mai puțin parțială a celulelor etmoidale posterioare și chiar deschiderea sinusului sfenoidal. Aceiași operație

o recomandă și italienii Di Marzi și Ferreri, cu deosebirea că ei fac mai des deschiderea etmoido-sfenoidală.

Intervenția se face sub anestezie locală, după cocainizare forte și după adrenalinizare (*Sargnon*). La indivizi mai emotivi sau la copii se poate asocia și anestezia cu clorură de etil (*Escat*). Câteodată avem o hemoragie plictitoare, dar lucrul aceste se întâmplă foarte rar. Pe cât se poate nu vom tampona după intervenție pentru a înlătura posibilitatea unei infecțiuni secundare.

Rezultatul acestor intervenții poate fi uneori, imediat, miraculos. Bolnavul își recapătă uneori foarte repede o bună parte din vederea sa. Cele mai adesea avem însă ameliorațiuni și vindecări mai lente, dar progresive. Rezultatele nule nu lipsesc nici ele. Operația fiind benignă însă, n'avem nimic de regretat.

Sargnon și Rollet obțin 1/3 din cazuri vindecări complete, unele bilaterale, 1/3 ameliorațiuni și 1/3 insuccese. Noui observațiuni îi permit lui *Sargnon* să spere că numărul vindecărilor va trece 1/3 din cazurile tratate,

Tratamentul complicațiunilor orbitare este și el medical și chirurgical. Medical cu expectativa armată, cum spune *Sargnon*, în formele fluxionale; chirurgical și urgent în formele supurative. Calea practică este orbitomia nughului intern, care permite deschiderea dintr'odată a sinusului bolnav și a supurației orbitare.

O chestiune care nu intră cu precizie în cadrul subiectului nostru, dar care prin importanța ei ne-a tentat, este și aceea a terapiei chirurgicale endo-nasale a nevritelor optice care au altă cauză etiologică decât nasală sau sinusală. E vorba mai ales de nevritele optice sifilitice sau eredo-sifilitice. În urma rezultatelor bune obținute în numeroase cazuri de *Coppez și Cheval*, *Beco de la Liege* și *Escat*, arsenalul terapeutic s'a îmbogățit cu o armă nouă și demnă de luat în considerare contra acestor nevrite. Intervențiile care se practică în nevritele optice cu etiologie problematică, bănuite sau nu că ar fi de origină sifilitică, sunt exact aceleași pe care le-am arătat la terapia sinusitelor zise latente. *Escat* afirmă că „în prezența unei

amenințări de a pierde vederea prin nevrită papilară sau retrobulbară, nu e de loc indispensabil să legitimăm o intervenție chirurgicală asupra cavității nasale, sau asupra sinusurilor, sau să relevăm o propație manifestă a acestor organe.

CAP. VIII.

CAZURI CLINICE

Observațiunea I. Bolnavul S. L. 59 ani, pensionar, văduv, este internat la 4 Martie 1937, la Clinica Oftalmologică din Cluj, de sub conducerea *D-lui Prof. Michail*, cu exoftalmia globului ocular stâng, asociată cu durei oculare de aceeași parte și cefalee puternică localizată în jumătatea stângă a craniului. Aceste fenomene au început înainte cu două luni, când bolnavul observă că ochiul stâng începe să-i proemine afară din orbită.

La examenul exterior, polul anterior nu prezintă nimic patologic la ochiul drept. La ochiul stâng pleoapele sunt tumefiate și edemațiate, globul ocular exoftalmic proemină în deschiderea palpebrală. Conj. bulbară în partea internă este chemotică și congestivă. Corneea este clară, transparentă, restul nimic patologic.

Examenul funcțional :

Acuitate vizuală : O. D. = 5/5
O. S. = 0

Se spune diagnosticul de tumoră etmoido-orbitară stângă.

La 6. III. Tumefierea pleoapelor și chemosisul conj. se accentuează, iar la 8. III. se produce o perforație a procesului tumoral etmoidal.

La 12. III. bolnavul este transpus la Clinica Oto-rino-laringologică din Cluj, de sub conducerea *D-lui Prof. Buzoianu*, unde i se stabilește diagnosticul de epiteliom al etajului superior și mijlociu facial stâng, cu invadarea orbitei.

În ziua de 17. III. bolnavul este operat de *DI. Prof. Buzoianu*, ajutat de *DI. Dr. A. Teodorescu*. Se execută exenterația orbitei transmaxilo-nasală stângă. A fost prezentat de *DI. Prof. Buzoianu* la Societatea Șt. Medic. Cluj.

La 5. IV. bolnavul este transpus la Institutul pentru studiul și profilaxia cancerului Cluj, de sub conducerea *D-lui Prof. Moldovanu* și a *D-lui Docent Dr. C. Stanca* unde l-am urmărit și unde i se face röntgenterapie profundă. La 25. IV. bolnavul părăsește Institutul cu o stare generală relativ bună și cu recomandăția de a reveni pentru continuarea tratamentului.

Observațiunea II. Bolnavul M. A., 36 ani, căsătorit, funcționar CFR, intră la 8. II. 1937 în Clinica Oftalmologică din Cluj pentru dureri în ochiul stâng, cu iradiere în hemicraniul stâng, mai ales noaptea. Lăcrimare, fotofobie afirmativ vederea bună.

La examenul exterior se constată: lăcrimare, fotofobie, durere, congestie pericheratică a conjunctivei bulbare.

Acuitate vizuală : O. D. = 5/5
O. S. = 5/10

R. B. W. = negativă.

Se pune diagnosticul de irită acută la O. S.

I se face tratament cu injecții cu lapte, dar starea oculară persistă aceeași.

La 18. III. este trimis pentru examinare la Clinica Oto-rino-laringologică, din Cluj, unde i se găsește rinită purulentă și amigdalită cronică bilaterală și i se recomandă desinfectante nasale de mai multe ori pe zi. Bolnavul execută acest tratament și la 31. III. părăsește Clinica Oftalmologică vindecat.

Observațiunea III. Bolnava K. M., 22 ani, servitoare, intră în Clinica Oftalm. din Cluj la 8 V. 1937; boala de care suferă a debutat înainte cu 2 săptămâni cu cefalee puternice, localizate în jumătatea stângă a craniului și concomitent voalarea acuității vizuale la O. S.

Examenul exterior: polul anterior la ambii ochi normali căile lacrimale permeabile.

Acuitatea vizuală: O. D. = 5/5
O. S. = 5/20.

Percepția luminoasă A. O. = păstrată.

Tensiunea intraoculară = normală.

Examenul oftalmologic: nevrită optică cu edemul papilei și exudate albe papilare (Dl. prof. Michail).

Diagnosticul; nevrită optică edemat. cu exudat papilar.

Bolnava este trimisă pentru examinare la Clinica Oto-rino-laringologică, Cluj, unde Dl. Prof. Buzoianu constată ipertrofia ambelor cornete mijlocii și deviație super. de-sept; recomandă radiografia sinusurilor în profil și Hirtz și reacția B. W., iar în caz de negativitate, indică rezecția cornetelor mijlocii.

Reacția B. W. = negativă

La 19. V. Dl. Dr. Dorin Ionescu, asistentul D-lui Prof. Buzoianu, execută rezecția cornetelor mijlocii.

La 24. V. se face puncția suboccipitală;

Pandy = negativ.

Leucocite = 2.

La 26. V. Acuitatea vizuală: O. D. = 5/5.

O. S. = 5/20.

La 27. V. Se intervine din nou asupra septului deviat și se face rezecția subpericondro-mucoasă (Dl. asistent Dr. Ionescu).

La 28. V. Se face o nouă puncție occipitală.

La 29. V. Se face examenul acuității vizuale și se constată: O. D. = 5/5.
O. S. = 5/15.

La 5. VI. Acuitatea vizuală: O. D. = 5/5
O. S. = 5/10.

Bolnava părăsește Clinica oftalmologică în aceeași zi. Acest caz ne lasă puțină îndoială asupra eficacității intervenției endo-nasale, fiindcă ameliorarea acuității vizuale coincide și cu puncția suboccipitală, repetată a doua oară. Credem că putem afirma însă că dacă rolul acestei intervenții nu este total, este totuși indiscutabil.

Observațiunea IV. Bolnava C. M. de 15 ani, urmează

tratament ambulator la Clinica Oftamologică din Cluj, pentru blefariată.

La 2. IV. 1937 este trimeasă la Clinica Oto-rino-laringologică din Cluj unde i se constată ipertrofia cornetelor inferioare.

O mucotomie, executată după anestezie locală cu cocaină 10%, de către Dl. asistent Dr. Ionescu, are un efect salutar asupra blefaritei.

Observațiunea V. (caz comunicat de Dl. Profesor Buzoianu, la Reuniunea Anatomică din Cluj, în ședința din 12 Decembrie 1936). Bolnavul I. I., 27 ani, este internat în Clinica Oto-rino-laringologică, din Cluj, la 2. Oct. 1936, pentru flegmon orbital, drept consecința unor leziuni supurate a sinusurilor anterioare de aceeași parte. Bolnavul a fost trimis Clinicei O. R. L. de către Clinica Oftamologică de sub conducerea D-lui Prof. Michail, deoarece odată cu acest flegmon orbital, bolnavul prezenta o abundență scurgere de puroi din narina dreaptă.

Examinat în Clinica O. R. L., din Cluj, se constată la rinoscopie anterioară oblică, meatul mijlociu în întregime blocat de puroiu. Cât privește sensibilitatea la presiune în dreptul sinusurilor frontal și etmoidal drept, deși foarte accentuată, ea poate fi atribuită cu aceeași justificare unei sinusite supurate sau tumefacției cutanate inflamatorii regionale întinse dela flegmoul cavității orbitare. Se fixează diagnosticul clinic de sinusită fronto-etmoidală supurată și bolnavul este operat la 12, Oct. 1936, (Prof. Buzoianu, ajutat de D.: A. Teodorescu) Intervenția se face sub anestezie generală cu eter. Incizia se practică după o linie curbă la nivelul sprâncenei, prelungindu-se în ughiul orbital intern, până spre apofiza orbitală a maxilarului superior, pe care o descopere în parte. La secțiunea tegumentelor pleoapei superioare apare din profuziune o cantitate apreciabilă de puroiu. Se decolează perisoful arcadei orbitare superioare și în partea internă a orbitei. Se constată imediat o fistulă din care mustește puroiu și care se găsește în dreptul sinusului etmoidal anterior, pe peretele intern al orbitei. Dacă se introduce un stilet în această fistulă,

extremitatea distală a stiletului apare în fosa nasală dreaptă. Puroiul scurs din profunzimea cavității orbitare este fetid, iar odată cu el apar mici sfaceluri tisulare extrem de fetide. După ce se curăță cavitatea orbitară prin tamponarea puroiului cu comprese, se constată că aproape întreaga boltă orbitară este decolată de țesutul celulo-grăsos orbitar, încât necesitatea formulării de rezervă asupra eventualei pătrunderi spre cutia craniană a infecțiunii era evidentă. Se trece apoi la etmoidectomie anterioară pe cale orbitară. Se distrug celulele etmoidale cu ajutorul unei curete. În urmă se deschide și sinusul frontal în interiorul căruia nu s'a găsit puroiu, dar a cărui mucoasă era îngroșată și foarte emoragică.

După 2 săptămâni dela intervenție, prin ajutorul pansamentelor zilnice cu soluția calot, toate fenomenele inflamatorii cedează, tumefacția orbitară diminuează, ochiul, la început mult luxat înafară, își revine în parte. Diplopia, pe care o acuza bolnavul, din cauza acestei luxațiuni, n'a dispărut decât la începutul lunii Decembrie, când bolnavul a putut fi considerat complet vindecat. Este de remarcat că în timpul pansamentelor s'a observat o nouă fistulă osoasă orbito-maxilară. O probă executată cu ajutorul unei spălături antiseptice în sinusul maxilar drept, a făcut ca lichidul de spălătură să iasă prin plaga orbitară. Cu toate acestea vindecarea și-a urmat cursul normal, fără să fie nevoie de o trepanare specială a sinusului maxilar.

CONCLUZIUNI.

1). Tuburările oculare de origine nasală sunt relativ frecvente și se datoresc strânselor raporturi anatomice și fiziologice dintre ochi și nas. Cu un vecin cu care are atâtea legături și atât de des bătuit de diferite afecțiuni — cum e nasul și anexele sale, sinusurile — ochiul n'are decât de suferit și el.

2). Relațiunile patologice dintre nas și ochi se produc : a) pe calea infecțiunilor directe- dehiscențe, osteite; b) pe cale indirectă, mai ales venoasă, comunicările limfatice fiind necunoscute; c) prin acțiune nervoasă, simpatico-trigemelară.

3). Influențele oculo-orbitare asupra nasului și cavităților sinusurilor sunt foarte restrânse, limitându-se cu deosebire la neoformațiile maligne, care trec spre regiunea naso-sinusală.

4) Influențele naso-sinusale asupra ochiului pot fi considerate, din cauza frecvenței mari a leziunilor nasale și sinusale, acute, cronice, la adolescent, la adult, adesea la copil. Aceste influențe pot fi datorite afecțiunilor traumatiche, afecțiunilor inflamatorii, neoplasice, nervoase.

5). Afecțiunile traumatiche sunt frecvente mai ales în timp de războiu, ele putând provoca la nivelul ochiului abcese, flegmoane sau fistule.

6). Afecțiunile inflamatorii pot fi izolate sau multiple. Ele pot da determinări oculare, localizate : pe pleoape : oedem, abcese ; pe aparatul lacrimal : epifora, dacriocistită ; pe conjunctivă și corneă : conjunctivite, cheratite ; pe porțiunile oculare profunde : irite, irido-ciclite, corio-retinite ; pe nervul optic : nevrite.

7) Afecțiunile neoplasice nasale, care pot interesa

ochiul, sunt benigne și maligne. Cele benigne sunt reprezentate tipic de mucocèlele etmoidale sau fronto-etmoidale, sau prin osteome. Cele maligne sunt cu deosebire cancerle etajului mijlociu și superior al foselor nasale.

8). Afecțiunile nervoase nasale, care determină stări patologice oculare au o deosebită importanță. Este interesant de cunoscut în această ordine de idei, reflexul nasofacial și reflexul naso-ocular. Rezecțiunea porțiunii posterioare a corneului mijlociu este socotită în rinologie și oftalmologie ca adevărată operațiune pe sistemul nervos simpatic naso-ocular, deoarece fie că ochiul este sănătos, ori nu este, se constată după ea o coborâre persistentă a tensiunii arteriale retiniene și în cazuri de vedere defectoasă, adesea o ameliorare a acuității vizuale.

9) În afară de globul ocular propriu zis, orbita și conținutul său pot fi în numeroase cazuri afectate de leziunile sinusurilor sfenoidale, mai rar maxilare. Leziunile orbitei se pot limita la peretele osos (osteoperiostite), sau la conținutul său: țesut celular (flegmoane), vine (flebite oftalmice și cavernoase), mușchi (paralizii), nervi (paralizii motorii și sensitive).

10). În afecțiunile oculare produse prin mecanismul unei turburări trigemeno-simpatice și consecutiv vasculare și unde nu se găsește totdeauna o cauză evidentă nasală, operațiile endo-nasale trebuiesc executate cu discernământ începând dela simplu la compus: 1) badijonarea ganglionului sfeno-palatin; 2) corectarea ipertrofiilor și septelor deviate, când există; 3) ablația cornetelor mijlocii chiar dacă nu sunt ipertrofiate; 4) deschiderea sinusurilor posterioare.

11) Pentru a se aduce destulă lumină în rezolvirea acestor tulburări, în ce privește modul de producere și terapia lor, o colaborare strânsă între oftalmolog, neurolog și rinolog se impune.

Văzută și bună de imprimat,

Președintele tezei:
Prof. Dr. Gh. Buzoianu

Decan:
Prof. Dr. D. Michail

BIBLIOGRAFIE

- BUZOIANU G.: Epifora cronică rinogenă. (România medicală, 1. Mai 1935.)
- BUZOIANU G.: Nevralgia trigemenului în raport cu sindromul ganglionului sfeno-palatin. (Rom. medicală, No. 8, 15 Apr. 1934.)
- BUZOIANU G.: Noul contribuțiuni clinice la Semiologia cefaleei de origine nasală. (Revista Spitalul. Sept. 1934.)
- BUZOIANU G.: Procedeele unghiului în cura radicală a sinusitelor maxilare cronice pio-fungoase. (Extras Clujul Medical.)
- BUZOIANU G.: Etmoidită supurată, urmată de flegmon al orbitei. Comunicare făcută la Reuniunea Anatomică, sed. 12. XII. 1936. (Clujul Medic. No. 4. I. Apr. 1937.)
- VAN CANEGHEM: Contribution a l'etude du mecanisme de l'effet utile des interventions endo-nasales dans certaines formes de nevríte retro-bulbaires sans lesions des sinus. (Ann. d' O. R. L., 1925.)
- ESCAT (de Toulouse): Action rezolutive sut certaines nevríte optiques exclusives de toute propathie nasale ou nasosinusale et de l'exerse du cornet moyen normal et de la trepanation endo-nasale du sinus sphenoidal correspondant. Derniers resultats. (Ann. d' O. R. L., No. 2., 1937.)
- LUPOTIU I.: Complicațiunile oculare ale sinusitelor postorioare latente. (Teză, Cluj, 1937.)
- MICHAIL D.: Tratatul de oftalmologie, Cluj, 1928.
- PAPILIAN V.: Tratat de anatomie umană. (vol. II., Cluj, 1924).
- SARGNON (Lyon): Nez et oeil. (Ann. O. R. L., No. 4., 1935.)
- STANCULEANU G.: Rapports anatomiques et patologiques entre les sinus de la face et l'appareil orbito-oculaire. (Paris, 1902.)
- TESTUT L.: Traite d'anatomie humaine. (Huitieme edition, revue par Latarjet. vol. I. et III., Paris, 1930.)
- VANCEA P. Rolul simpaticului in fizio-patologia oculară, etc. (Lucrare de docență, Cluj, 1928.)
- VANCEA P.: Introducere la neurologia oculară. (Cluj. 1934.)

