

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

No. 1200.

MASTOIDITA SCARLATINOASĂ

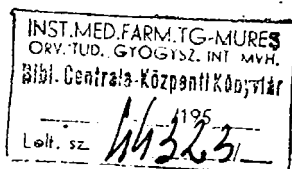


DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE

DE

BORIS P. TOMESCU

23 MAY 2005



C L U J
TIPOGRAFIA „STUDIO” STR. I. G. DUCA No. 8.
1937.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Pro. Decan : Dl. Prof. Dr. I. MOLDOVAN

Profesori :

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

JURIUL DE PROMOȚIE :

Președinte : Dl. Prof. Dr. *I. Buzoianu*

Dl. Prof. Dr. *I. Aleman*

Membrii : $\left\{ \begin{array}{l} " " " \textit{A. Pop} \\ " " " \textit{V. Bologa} \\ " " " \textit{T. Vasiliu} \end{array} \right.$

Supliant : Dl. Doc. Dr. *I. Gavrilă*

INTRODUCERE.

Mastoidita scarlatinoasă reprezintă din punct de vedere Oto-Rino-Laringologic o complicațiune gravă și de temut în decursul scarlatinei. Pe de o parte din cauza aspectului clinic foarte serios sub care se prezintă, având evoluție supra acută sau acută, pe de altă parte din cauza tendinței mari și rapide ce o are spre necroză osoasă intramastoidiană, cuprinzând întreaga mastoidă invadând canalul facialului, sinusul lateral și facilitând infecția spre endocraniu.

Proporții numerice extrem de mari ale cazurilor de scarlatină,acompaniate în parte de mastoidită de aceeași origină, apărute cu prilejul ultimelor epidemii — au actualizat și mai mult cercetările etiologice — patogenice, terapeutice precum și multiplele complicațiuni atât ale scarlatinei cât și ale mastoiditei scarlatinoase.

În formele de scarlatină mijlocie dar cu deosebire în cele grave hipertoxice cortegiul complicațiunilor O. R. L. este format după gravitate, în primul rând de mastoidite și otite grave apoi de rinite, angine uneori cu caracter necrotic, mai rar de laringite.

Mastoidita scarlatinoasă care apare după otita precoce din prima săptămână a boalei și cele cari apar după otita tardivă din săptămână a 3-a sunt mai frecvente la copii, însă pot să apară mult mai rar și în vârsta adultă.

În ambele cazuri ea prezintă, un mare pericol pentru viața bolnavului deoarece oricând este posibil să producă septicemie prin descoperirea și invadarea puroiului în sinusul lateral, golful venei jugulare, sau să dea naștere la

abces extradural, cerebelos, sau cerebral, prin localizarea infecției venite la endocraniu prin una din căi, vasculară, limfatică, sau directă prin continuitate.

În tratarea și aranjarea subiectului de teză am căutat pe cât posibil să dau ordinea, succesiunea, forma și fondul părților cari o compun, descriind pe rând anatomia, etiologia și patogenia, studiul clinic cu analiza cător-va cazuri, anatomia patologică, simptomatologia, diagnostic, complicațiile, prognostic, tratament, profilaxia precum și observațiile clinice de mastoidite scarlatinoase culese din Clinica bolilor infecțioase din Cluj de sub conducerea d-lui Profesor I. Hațieganu.

Considerațiuni generale și date statistice asupra mastoiditei scarlatinoase.

În toate formele clinice de scarlatină cu deosebire în cele grave, afară de nefrite, artrite, reumatism scarlatinos, adeno-flegmoane mai rar ulcerăriuni ale corneei, bronho-pneumonia, provocate după cât se pare prin deglutiția produselor toxice (Mery și Halle) apariția mastoiditei scarlatinoase trebuie socotită ca o complicație dintre cele de temut.

Gravitatea ei se explică prin tendința ce o are spre evoluție necrozantă, extensivă asupra întregii apolize mastoide datorită streptococului virulent care se găsește totdeauna, singur sau asociat cu alți piogeni.

În trecut autorii clasici nu cunoșteau din complicațiile auriculare ale scarlatinei decât masto'iditele și otitele medii supurate, atunci când se exteriorizau prin scurgerea auriculară, sau printr'un abces subperiostal în regiunea mastoidiană. Autorii recentți au dovedit că otitele și mastoiditele nu parvin în totdeauna să se exteriorizeze fie că sunt otite fără supurație abundentă, fie că mastoidita se instalează

lent întreținând scurgerea auriculară și după vindecarea scarlatinei, fie că rămăneau ignorate din cauza precocei sucombări a bolnavului din cauza scarlatinei grave. De aci provine și diferența în procentele complicațiilor mastoidene și otice stabilite de clasici și moderni, dovedindu-se mult mai mare de către aceștia din urmă.

În timpul din urmă, aproape în toate țările, cu deosebire în Anglia și Germania, din cauza pericolului serios atât *quo ad vitam* cât și *ad functionem*, speciliaștii atașați pe lângă serviciile de boli contagioase, urmărind complicațiunile auriculare până la vindecarea lor, și grație examenelor anatomo-patologice și bacteriologice, capitolul mastoiditelor și otitelor scarlatinoase a suferit schimbări mari devenind o problemă dintre cele mai importante.

Pentru a ne convinge de proporțiile mastoiditelor scarlatinoase acute sau cronice în raport cu mastoidite de altă natură, dau aci o statistică importantă proprie clinicei Oto-Rino-Laringologice din Cluj de sub conducerea d-lui Prof. G. Buzoianu care în lucrarea D-Sale: „166 Trepanări mastoidiene pentru mastoidită acute sau cronică” apărută în Clujul medical Medical No. 4/937 prezintă următorul tablou:

	Modalitatea clinică	14. XI. 1934 31. XII. 1935.	1. I. 1936. 31. XII. 1936.	1. I. 1937. 15. III. 1937.
M. acute	după otită m. sup. gripală ...	26.—	27 —	12.—
	după otită m. sup.s carlatin. ...	7.—	4.—	1.—
	după otită m. sup. cu pn. muc.	1.—	2.—	—
	însoțite de tromboflebită ...	2.—	1.—	1.—
	exteriorizate cervical ...	4.—	7.—	2.—
	ext. temporală : mast. zigom.	—	1 —	1.—
	cu paralizie facială ...	1.—	1.—	—
	primitivă ...	1.—	—	—
Mast. cronice	cu meningită cu ...	1	1	—
	cu periflebită supurată	4	3	—
	reincălzite	8	4	3
	polipoase	2	6	—
	colesteatom	6	6	—
	fistulizate	—	6	—
	cu paralizie	—	1	—
	cu tromboflebită	—	1	1
	cu abces extradural	2	3	1
	cu meningită	1	1	—
	cu labirint. progr.	1	1	—
	cu tumoră	—	1	—

Din studiul acestui tablou putem deduce că, a) într'un timp de 2 ani și 4 luni s'au practicat în Clinica oto-rinolaringologică din Cluj 166 trepanări ale apofizei mastoide, dintre cari 12 pentru mastoidită scarlatinoasă acută, b) mastoiditele scarlatinoase acute ca frecvență ocupă al doilea loc după cele gripale și sunt precedate de otite medii supurate de aceeași origină.

Anatomia apofizei mastoide.

Regiunea mastoidiană ca și apofiza mastoidă se află așezate în partea cea mai inferioară a planului lateral al craniului.

Cunoașterea exactă a anatomiei topografice precum și raporturilor sale, prezintă un interes anatomic, clinic și operator de mare importanță pentru medicul practician și de specialitate. Ca limite superficiale regiunea mastoidiană prezintă :

1. În jos vârful mastoidei, 2. În sus o linie transversală prelungind înapoi marginea superioară a arcadei zigomatice, 3. Înainte o linie verticală, ce trece pe marginea anterioară a mastoidei, 4. înapoi marginea posterioară a însăși apofizei prelungită până la asterion. În profunzime infecția localizată la această apofiză poate atinge meningele sau encefalul însăși.

În starea normală apofiza mastoidă este separată de pavilionul urechei printr'un șanț destul de bine vizibil numit șanțul auriculo-mastoidian. Datorită slabei grăsimi a straturilor moi ce acoperă acest os, se înțelege că explorația sa este ușor de făcut, ajutându-ne în acelaș timp fără prea multă greutate punctul de reper ce-l vom utiliza în intervențiunile făcute asupra antrului.

După ridicarea părților moi 1. pielea, 2. țesutul celular subcutunaf, 3. aponevroza superficială, 4. un strat muscular, 5. în fine periostul; apofiza mastoidă ni se prezintă prin suprafața ei exocraniană de formă unei piramide triunghiulare având un vârf, trei fețe: externă, internă și anterioară, 3 borduri.

Față externă, cea mai importantă dintre toate ne apare îndată ce am ridicat planurile superficiale; este pe-rețele pe care-l abordăm în intervențiunile noastre făcute asupra mastoiditelor și celulelor pe care le închide. Pe această față se găsește o mică ridicătură numită spina

suprameatică a lui Henlë care ne serveste ca punct de orientare pentru găsirea zonei ciuruite retro-meatice care răspunde peretelui extern al antrului.

În ceiace privește structura interioară a apofizei mastoide, putem spune că ea este săpată de o serie de cavități cari sunt în comunicație cu casa timpanului printr'un mic canal aditus adantrum, și cari în stare normală sunt pline cu aer: acestea sunt antrul și celule mastoidiene. Aceste cavități n'au toate aceeași importanță din punct de vedere anatomo-chirurgical, de aceea trebuie deosebit antrul de celulele mastoidiene propriu zise.

Antrul nu este o celulă mastoidiană ci o prelungire a aticei, el se dezvoltă cel dintâi dintre toate cavitățile apofizei mastoide cam în a cincea lună din viața intra-uterină.

Antrul are formă ovoidă cu marele ax vertical, situat înapoia conductului auditiv la adult, iar la copil ceva mai sus. Ca dimensiuni, are 8 până la 10 mm. în diametrul cel mai mare, și 5—6 mm. în cel mai mic. Peretele extern este delimitat: în sus prin o linie orizontală care trece prin marginea superioară a conductului auditiv osos; înainte printr'o linie verticală trasă la 4—5 mm. înapoia marginei posterioare a conductului; înapoi printr'o linie paralelă cu cea anterioară, trasă la o distanță de 1 cm. de ea; iar în jos printr'o linie paralelă cu cea superioară orizontală dar la o distanță de 1 cm., care corespunde antrului. Peretele intern al antrului răspunde fosei cerebeloase care e imediat situată dinaintea porțiunii descendente a sinusului lateral. El este în comunicație directă cu fosa cerebeloasă prin intermediul unui canal petro-mastoidian, de dimensiuni extrem de mici și care conține o expansiune a durei mater. Prin intermediul canalului petro-mastoidian supurațiile antrului, progresează către endocraniu dând fie un abces extradural, fie o meningită, fie chiar un abces cerebral. Peretele superior este continuarea lui tegmen timpani care formează peretele superior al aditusului. El este constituit dintr'o lamă osoasă care separă cavitatea antrală de fosa cerebrală mijlocie și de lobul temporal. Leziunile acestui perete determină formarea absceselor extradurale sau cerebrale ale lobului temporal. Peretele inferior este situat mai jos ca cel

al aditusului. Înainte este în raport cu origina porțiunii a treia a facialului. Peretele anterior corespunde aditusului și masivului osos al facialului; cel posterior celulelor mastoidiene.

În ceiace privește celulele mastoidiene, acestea iau naștere din celula antrului prin diverse evaginări a pereților săi în țesutul spongios al mastoidei, celulele noi formate dau naștere la altele și așa mai departe. Până la vârsta de 6 ani apofiza mastoidă este aproape complet formată și plină de celule.

Numărul și dimensiunile lor variază după individ. Celulele mastoidiene fiind în comunicație cu casa timpanului, sunt pline cu aer, unele celule aparțin diploei, prin urmare sunt pline cu măduvă semi-lichidă de culoare roșie. Primele sunt numite celule pneumatice, iar celelalte apneumatice sau diploitice, dispuse sub formă de grupe (grupul apical, bazal, perisinusual, occipital, intersinuso-facial.) Alteori mastoida este formată numai din țesutul osos compact, singura cavitate care există fiind antrul; în acest caz, avem mastoidă pietroasă, eburnată sau scleroasă.

După cercetările lui *Zuckerhandl* proporția la sută de mastoide, după predominanța elementelor pneumatice sau apneumatice ar fi următoarea: 1. Apofize pneumatice 37%. 2. Apofize mixte sau diploice 45%. 3. Apofize eburnate 20%.

Cunoașterea acestor forme de mastoide este importantă din punct de vedere anatomo-chirurgical, în trepanații mastoidiene, când trebuie să ținem seamă de existența lor, spre a nu le confunda cu antrul. Ele pot fi separate la o distanță mai mult sau mai puțin mare de antru, având raporturi cu sinusul lateral și nervul facial.

Suprafața endocraniană. Această față, mergând dinapoi înainte corespunde: fosei cerebeloase, sinusului lateral și fosei cerebrale mijlocii. Ea este acoperită de meninge.

Celulele mastoidiene și în general cavitățile mastoidiene sunt tapetate de o mucoasă foarte subțire, care este continuarea mucoasei casei timpanului. Epiteliul este pavimentos dispus în 1—2 straturi de celule turtite, corionul are ici — colo câte-va papile scurte, mucoasa este legată de o lamă

periostală foarte subțire. Vasele și nervii cavităților mastoidiene: a) Vascularizația arterială a mastoidei este asigurată prin artera stilo-mastoidiană, ramură din auriculara posterioară sau occipitală, precum și prin artera meningeă mijlocie ramură de maxilara internă care trimite ramuri în casa timpanului și celulele mastoidiene prin scizura petrosolzoasă. b) Venele, o parte se varsă în sinusul lateral, alta în sinusul petros superior și alta probabil se continuă cu cele ale casei timpanului și ajung în plexul pterigoidian și faringian, în golful venei jugulare sau în cavitățile venoase descrise de Rektorzik împrejurul arterei carotide interne și tributare sinusului cavernos. c) Limfaticile sunt puțin cunoscute, probabil se continuă cu cele ale casei timpanice. d) Nervii sunt exclusiv senzitivi și simpatici, au origină comună cu cei ai casei timpanului.



Mastoidita scarlatinoasă. Definiție. Etiologie.

Mastoidita scarlatinoasă sau celulita mastoidiană scarlatinoasă este complicațiunea mastoidiană a scarlatinei; ea cuprinde totalitatea fenomenelor patologice rezultate prin greșirea microbilor fie singuri, fie asociați cu virusul filtrant al scarlatinei asupra cavităților osoase — celule — cuprinse în apofiza mastoidiană pe care-le invadează și-le distruge în parte sau în totalitate. Inflamația ce rezultă nu se limitează numai la mucoasa celulelor mastoidiene ci cuprinde și pereții osoși cari despart celulele, dând astfel o adevărată osteomielită mastoidiană scarlatinoasă.

În ce privește etiologia, agentul patogen este streptococul adesea hemolitic care se găsește constant în puroiul supurațiilor din otitele și mastoiditele scarlatinoase.

La om, în afară de otite și mastoidite, el determină erizipelul, flegmoane, supurații diverse, infecții puerperale,

septicemii, piohemie, flebite, endocardite infecțioase, bronhopneumonii, angine eritematoase, flegmoane, pleurezii purulente, osteomielite. Streptococul poate fi singur sau asociat de multe ori cu alți microbi cari îi exaltează virulența. Dintre aceștia cităm: bacilul difteric, bacilul Eberth, coco-bacilul, Pfeiffer, pneumococ, piocianic și stafilococ.

Streptococul se prezintă sub formă de lanțuri mai mult sau mai puțin lungi formați de obicei din 4 sau 5 elemente. Kurth a descris și o formă conglomerată a streptococului, caracterizat prin tendința lanțurilor de a forma grămezi.

Streptococul se colorează ușor prin toate culorile bazice de anilină, este anaerob facultativ, se dezvoltă mai bine la 38° în medii neutre sau ușor alcaline. Pe bulion culturile nu sunt caracteristice, bulionul câte odată rămâne clar, numai pe fund și pe pereți se depune o pulbere albicioasă aderentă ușor de vase, altă dată turbură bulionul uniform, în timp de 24—36 ore. Pe gelatină formează colonii rotunde, albe opace fără s'o lichefizeze, iar pe geloză dă colonii mici și multiple cari se dezvoltă pe toate suprafața tubului. În aceste medii streptococul secretă o toxină solubilă care se poate obține în bune condiții prin filtrarea culturilor de streptococ din bulion. De asemenea el secretă hemolizina (streptocolyzina) particulară, activă la animale în vivo și în vitro.

Hutinel, Comby, Tixier și Troizier, explică unele complicațiuni ale scarlatinei prin leziunile ce virusul scarlatinus le produce la nivelul glandelor suprarenale, hipofizei, corpului tiroid și a pancreasului. După Nobécourt, René, Martin și P. R. Bize, streptococul întâlnit în complicație este tot un streptococ hemolitic însă deosebit de cel hemolitic și toxigen din gâtul scarlatinoșilor considerat ca agent patogen al scarlatinei (Bergé) prin aceia că nu posedă puterea eritogenă și nu este aglutinabil prin serul corespondent. Ei l'au etichetat cu numele de streptococ hemolitic banal. În sprijinul punctului lor de vedere aduc o statistică în care seroterapia anti-scarlatinoasă aplicată în mai multe cazuri de complicații, na a avut nici un fel de acțiune, nici profi-

actică, nici curativă. Complicațiile datorite acestui streptococ hemolitic banal ar fi numai cele de natură supurativă (otomastoidite, artrite, adeno-flegmoane, etc.) în timp ce un alt grup de complicațiuni, cum sunt: reumatismul scarlatinos, endocarditele, pericarditele, unele nefrite, precum și adeno-patiile cu evoluția torpidă ar fi datorite altui proces, unei adevărate localizări a virusului scarlatinos, care din cauza slabei imunități a organismului face ca infecțiunea scarlatinoasă să fie reluată.

Oricari ar fi însă părerile, streptococul din otitele medii supurate și mastoidite este de o virulență mare, dovadă este necroza osoasă mult mai mare decât în alte mastoidite și otite, dând uneori grave complicațiuni.



Mastoidita scarlatinoasă survine aproape întotdeauna în urma otitei medii acute și rar se poate infecta pe cale sanghină sau limfatică. Deci după calea prin care se face infecția măstoidei în scarlatină distingem: mastoidită scarlatinoasă primitivă pe calea sanghină, și mastoidită scarlatinoasă secundară în urma otitei medii de aceeași origină.

1. Mastoidita scarlatinoasă primitivă este mult mai rară ca cea secundară, dar care trebuie admisă, dat fiind că atât toxinele streptococice cât și însuși agentul patogen circulă în sângele scarlatinoșilor. Angina scarlatinoasă eritematoasă necomplicată precum și cea complicată ulcerogangrenoasă constituie poarta principală de invazie a complicațiilor septicemice a scarlatinei, prin erodarea vaselor sanghine dela nivelul nazo-faringelui. Lermoyez crede că ar fi vorba de o infecție care trece foarte repede prin casa timpanului fixându-se și dezvoltându-se apoi în mastoidă (infecția a lins casa și mușcat mastoida).

În afară de căile vasculare venoase principale care se varsă în sinusul lateral și alta în sinusul petros superior, mastoida posedă o serie de căi vasculare secundare cari pot juca rol important în patogenia afecțiunilor ei. De remarcat sunt vasele cari la copii pun în legătură mucoasa auriculară cu periostul apofiziei mastoide pe care lasă o serie de mici orificii formând zona vasculară retromeată a lui Chipault.

Deasemenea o parte din sângele venos al mastoidei vărsat în sinusul lateral poate ajunge prin intermediul venei mastoidiene la rețeaua venoasă exocraniană. Această venă face legătură între sinusul lateral și această rețea, în special cu aceia care ocupă regiunea cefei.

În afară de această cale directă de vascularizație a mastoidei, sunt importante legăturile vasculare pe cari mastoida le contractă indirect cu diferite plexuri vasculare vecine în special al bolței faringiene. L. Pietrantonio descrie 2 plexuri venoase faringiene: unul submucos superficial și altul profund retrotonsilar. Acest sistem de circulație venoasă a bolței faringiene prinde în sus raporturi intime cu circulația endocraniană. Se distinge:

1. Conexiunile vasculare mediane traversând baza sfenoidului,
2. conexiunile laterale cu vena oftalmică,
3. conexiunile intermediare și directe cu sinusul cavernos,
4. conexiunile laterale posterioare cu plexul carotidian indirect cu sinusul cavernos.

Din toate acestea se poate vedea raporturile intime ale circulației venoase cu punct de plecare rino-faringian; pe de altă parte căile comune vasculare ale mastoidei cu diferite plexuri (pterigoidian, endocranian) face se ne gândim la posibilitatea infecției, în special la copii, plecată din rino-faringe prin căile vasculare la mastoidă, dând așa numitele mastoidite primitive. În ceiace privește calea limfatică infecția se face prin vasele limfatice ale faringelui și anexelor sale limfatice, amigdală faringeană, palatină și între ele amigdala tubară al lui Gerlach, ce au strânse legături cu limfaticile celulelor mastoidiene. Prin aceste limfatice faringiene infecția trece și se continuă cu limfaticile trompei lui Eustache, apoi a casei timpanului care dau în limfaticile celulelor mastoidiene. În maladiile

infecțioase cum este scarlatina, gripa, pojarul, glandele limfatice faringiene, reacționează prin inflamație producând anginele diverse, cari fie că rămân localizate fie că infecțiunea se propagă mai departe pe cale limfatică, infectând trompa, urechea mijlocie și apoi celulele mastoidiene. *Mastoiditele scarlatinoase fie ele precoce dela începutul scarlatinei, fie tardive în săptămâna a treia a boalei sunt în marea majoritate a cazurilor consecutive otitei scarlatinoase.* Otita medie scarlatinoasă este aproape în totdeauna consecutivă infecției nasale sau naso-faringiene care se propagă la cutia timpanului prin trompa lui Eustache. Este deci calea rino-faringo-antrală obișnuită a oricărei mastoidite.

Intr'adevăr inflamația gâtului și partea posterioară a foselor nasale din scarlatină, se propagă cu o foarte mare ușurință la trompă și urechea medie, dând naștere la otita medie, care de altfel poate fi complicația obișnuită a anginelor de orice natură. Pe lângă aceste cauze cari produc infecția casei timpanice se mai adaugă cauze anatomice și fiziologice. a) cauze anatomice: lungimea trompei este mult mai mică la copii mici (de 18 mm.) ca la adulți (36—37) la fel ea este și mai largă. Această dispoziție anatomică a trompei explică frecvența otitelor medii supurate la copii cu punct de plecare rino-faringian dar care din fericire asigură în acelaș timp drenajul puroiului din cutia timpanului în sens retrograd. Orificiul faringian al trompei este aproape la nivelul bolței palatine, așa că e mult mai jos ca la adult. Porțiunea cartilagineasă a trompei este mai mică decât cea membranoasă. Casa timpanului comunică cu encefalul prin vase la nivelul scizurii petro-scoamoase care nu este încă bine osificată, din care cauză supurațiunea otică sau mastoidiană este un pericol constant și pentru meninge. Aceste noțiuni anatomice arată cât de ușor se poate propaga infecțiunea la mastoidă mai ales la copii la cari găsim și frecvența mare a îmbolnăvirilor de scarlatină începând cu jumătatea a doua a anului întâi cu creștere mai mare dela anul 2 până la anul 10 când începe să scadă, devenind rară după vârsta de 20 ani b) cauzele fiziologice: eforturile și țipetele, vărsăturile ușurează introducerea con-

ținutului cavului în urechea medie. Respirația la copiii mici este în mare parte nasală, apoi poziția de decubit dorsal în decursul scarlatinei face ca atunci când canalul este astupat urechea medie să se congestioneze și să se infecteze mai ușor prin microbi naso-faringieni.

În patogenia mastoiditelor scarlatinoase trebuie să mai avem în vedere: a) retenția puroiului, b) virulența infecției, c) receptivitatea terenului,

a) retenția puroiului în antrul mastoidian, care nepunându-se drenea perfect pe cale antro-timpanică, invadează celulele periantrale. Cauzele principale ale stărnării puroiului în antru ar fi tumefierea mucoasei sale, perforația insuficientă sau tardivă a timpanului, fie obliterării comunicației normale între atică și atrium, prin tumefierea mucoasei hiatusului lui Truffert.

b) virulența infecțiunii microbiene a casei timpanului este diferită după cauza etiologică. Otitele scarlatinoase cari sunt aproape întotdeauna complicate cu mastoidite uneori cu apariția bilaterală la bolnavi cari au în plus scarlatina, adică la bolnavi cari sunt deja infectați și intoxicați în acel timp, explică virulența streptococului în aceste oto-mastoidite, singur sau asociat cu alți piogeni. Acest lucru se explică prin tendința pe care o are supurația streptococică intramastoidiană de a difuza repede în toate părțile dând necroze osoase și sechestre cari pot descoperi facialul, sinusul lateral sau meningele. De aceia mulți autori nici nu admit existența așa ziselor „*reacții mastoidiene*” în scarlatină. Orice reacție mastoidiană la o otită scarlatinoasă este o mastoidită și trebuie tratată ca atare, adică trepanată.

c) receptivitatea terenului privește în special copiii debili, convalescenți a căror teren prielnic favorizează în același timp, nu numai imbolnăvirea cu scarlatină dar și producerea complicațiilor sale otice și mastoidiene. Un rol important i se atribuie diabetului, precum și dispoziției anatomice a apofizei mastoide, astfel mastoidea pneumatică are dispoziția mai puțin prielnică unui drenaj prin casă decât apofiza petroasă, de aceia și infecțiunea în această mastoidă este în funcție mai mult de retenție. Vegetațiile adenoide și

hipertrofia de amigdale atât de frecvente la copii constituie cauzele cele mai principale în complicațiile otice și mastoideene ale anginei scarlatinoase eritematoase. Această angină cu enantemul ei joacă un rol important în determinarea complicațiilor, de oarece enantemul faringian deschide calea microbilor din flora cavității și diminuează rezistența țesutului limfoid faringian mai ales la copii purtători de hipertrofii de amigdale și vegetații adenoide, la cari aceste complicațiuni sunt cu mult mai grave. În adevăr criptele și anfractuozitățile amigdaliene din angina eritematoasă, pot deveni adevărate cavități închise în cari microbii găsesc temperatura optimă, precum și substanțe nutritive necesare dezvoltării germenilor saprofiți cari își exaltează virulența lor producând în special otite și mastoidite tardive din săptămâna a treia sau a patra a scarlatinei. Din fericire aceste otomastoidite tardive sunt cu mult mai benigne ca cele precoce din prima săptămână a scarlatinei. Ele au tendință spre cronicitate, nedispărând decât după îndepărtarea amigdalitelor cronice și a vegetațiilor adenoide.



Studiul clinic.

În capitolul patogeniei mastoiditei scarlatinoase am insistat și am arătat că aceasta în majoritatea cazurilor este secundară otitei scarlatinoase de aceeași origină și rar este primitivă dar totuși posibilă pe cale sanghină în urma septicemiei scarlatinoase. Din operațiunile asupra cazurilor de mastoidite scarlatinoase cari s'au prezentat la Clinica Bolilor infecțioase din Cluj, tratate și îngrijite la Clinica Oto-Rino-Laringologică de sub conducerea D lui Prof. G. Buzoianu am constatat că toate au fost precedate de otite cu caracter grav încât după miringotomie largă s'a impus operația de antrocelulatomie maximă.

Luând în considerație legătura ștrânsă, în decursul scarlatinei, ce există între otită și complicația mastoidiană (mastoidită) care după majoritatea autorilor se produce întotdeauna, încât cu drept cuvânt se poate vorbi de oto-mas-

toidită scarlatinoasă, voi căuta să descriu mastoidita scarlatinoasă în raport cu otita medie, frecvența și formele ei de apariție în cele două perioade ale maladii.

În privința frecvenței otitei medii în scarlatină statisticele variază. Statistica lui May (1900) și a lui Knywelt Gordon (1909) dau frecvența de 20%, pe când în altele o găsim în proporție de 7,6% (Brayschaw Chilepsy 1924). În ceea ce privește apariția mastoiditei scarlatinoase în legătură cu otita medie distingem: 1. în prima săptămână, după otita scarlatinoasă precoce care poate uneori reprezenta chiar simptomul de debut al maladii. 2. sau mai frecvent în a treia săptămână, între 14—20-a zi de boală după otita scarlatinoasă tardivă. Gravitatea acestor oto-mastoidite supurate diferă profund. În general și practic vorbind oto-mastoiditele-precoce sunt grave prin tendința lor necrozantă și extensivă, pe când cele tardive sunt mai benigne.

1. Mastoiditele cari apar după otitele scarlatinoase precoce sunt datorite virusului scarlatinos sau coasociatului său streptococ, căci în aproape totalitatea cazurilor a fost găsit la examenul bacteriologic, producând localizarea difuză la nivelul mucoasei, periostului mastoidei, precum și osioarelor urechei medii. Nu rare ori chiar din primele zile de debut ale scarlatinei se observă o roșeață nu prea intensă a timpanului care-și păstrează însă luciul și transparența sa. Această hiperemie timpanică, de obicei bilaterală este trecătoare urmând evoluția enantemului faringian, dispărând odată cu acesta, este diagnosticată ca otita medie catarală sau mai bine zis otită congestivă sau hiperemică fără vre-un catar însemnat sau secreție intra-timpanică abundentă.

În infecțiunea scarlatinoasă gravă cu angină ulceronecrotică sau ulcero-gangrenoasă, cu febră mare și delir, cu adenopatie cervicală și rinoree purulentă, otita catarală nu mai retrocedează, hiperemia timpanului devine mai accentuată, conul luminos dispăre și dacă un specialist nu e chemat să facă paracenteza timpanului, acesta se perforază spontan, după 3—4 zile dela debutul scarlatinei.

Această otită gravă precoce este însoțită adesea de mastoidită scarlatinoasă având gravitatea asemănătoare otitei din care provine. Cavitatea cutiei timpanului nu conține în acest caz decât o mică cantitate de serozitate roz-cenușie cu o ușoară scurgere seroasă, care în caz că bolnavul supraviețuește se transformă într'o scurgere purulentă abundentă. În acest caz dacă se face examen otoscopic vom constata: că timpanul este aproape complect dispărut nerămânând decât porțiunea centrală, mânerul ciocanului, iar deșur împrejurul cadrului timpanic un rest neînsemnat de membrană. A. Hencker, semnalează un proces diferit de necroză timpanică în care aspectul timpanului e alb și mat, o adevărată necroză albă de coagulare a ambelor timpane.

Procesul de necroză osteo-periostic prinde repede casa timpanului, urechea internă, antrul și celulele mastoidiene. Fundul cutiei timpanului se denudează de mucoasă, osul urechei interne cu aspect cenușiu, uscat începe să se desfacă sub forma de sechestre. Labirintul auricular se elimină uneori parțial, de cele mai multe ori în totalitate, în caz că bolnavul nu sucombă din cauza gravității infecțiunii scarlatinoase. Proces analog de necroză îl putem găsi și în mastoidă prezentând la trepanație următorul aspect: osul în întregime sau în parte se distruge iar în celulele mastoidiene rămase precum și în rest găsim o mică cantitate de serozitate sau o cantitate apreciabilă de puroi. Ceiace caracterizează deci aceste oto-mastoidite precoce grave, este bilateralitatea lor relativ frecventă și procesul de necroză osteo periostic care câștigă cu repeziciune timpanul, urechea medie, osicioarele și aproape întreaga apofiză mastoidă, compromițând serios audiția și punând în pericol viața bolnavului.

Aceste cazuri de oto-mastoidite precoce grave, necrozante, bilaterale s'au observat și în Clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj la două copile în vârstă de 7—8 ani cărora grație tratamentului aplicat la timp, miringotomie largă și antrocelulotomie maximă, au putut fi salvate.

Prima copilă M. F. de 8 ani internată în ziua de 17 Decembrie 1935 în serviciul de boli infecțioase cu diagnosticul de scarlatină. La 25 Decembrie prezentând toate

simptomele unei otite medii supurate drepte (dureri auriculare, febră înaltă, sensibilitate mastoidiană) i se face meringotomie largă. Din cauză că puroiul devine foarte abundent, durerea la mastoidă crește, iar temperatura se ridică la 40° la 27 Decembrie, adică peste 2 zile i se trepanează mastoidea bolnavă, practicându-se o antrocelulotomie maximă. Cealaltă ureche normală nu avea dureri spontane auriculare și nici la presiune pe mastoidă. Seara temperatura în scădere. A doua zi, imediat apar simptome de otită supurată medie la stânga și imediat i se face meringotomie largă. Durerea mastoidiană nu cedează, febra se ridică din nou, iar la 30 Decembrie i se practică și de această parte o antrocelulotomie maximă. În câte-va zile febra cedează ajungând la normal. Ambele apofize mastoide au fost pline de puroi apos caracteristic puroiului streptococic.

Copila a 2-a în vârstă de 7 ani, intră în serviciul de boli infecțioase la 23 Decembrie 1935, cu diagnosticul de scarlatină prezentând în acelaș timp și otită bilaterală perforată spontan cu două zile înainte. Mastoidea stângă fiind foarte sensibilă i se practică meringotomie largă, iar la 25 Decembrie 1935, de oarece fenomenele clinice se agravează fiind nete pentru mastoidită, să deschide apofiza prin antrocelulotomie maximă. Temperatura scade ușor pentru 2 zile, iar la 28 Decembrie, se procedează la trepanarea apofizei mastoide opuse, de oarece durerea locală apărută numai retroceda odată cu ridicarea temperaturii.

Ambele cazuri au fost operate de către D-l Profesor G. Buzoianu ajutat de d-l asistent Dr. Ionescu în primul caz și de dr. Eugen Bodea în al doilea. În ambele cazuri bilateralitatea oto-mastoidiană s'a produs foarte repede, nu am decât să subliniez faptul că în ziua trepanării mastoidei drepte la primul copil, urechea stângă era sănătoasă, a doua zi apare otita în dreapta, iar după alte 2 zile mastoidea opusă trebuie deschisă. La ambele mostoide deschise s'au constatat mari leziuni destructive osoase intramastoidiene, cu puroi difuzat dela rădăcină până la apex. Oto-mastoidita necrozantă se pare că ar fi efectul localizării infecțiunii scarlatinoase grave, care ar avea o deosebită predilecție

pentru diverticulele cavității auriculare, pentru țesutul osos subiacent ca și pentru țesuturile faringiene și adenoidiene. Nu ar fi deci o infecțiune de suprafață propagată prin trompa lui Eustache și în sprijinul acestei hipoteze pledează bilateralitatea leziunilor, prinderea timpurie a țesutului osos periostic și eficacitatea slabă uneori a oricărei intervențiuni chirurgicale. În cazuri salvatoare, când organismul triumfă prin tratamentul general și seroterapie asupra maladiei, eliminările necrotice și sechestrurile întrețin o stare de supurație uneori interminabilă. În acest mod se explică cazurile de otoree post-scarlatinoasă durând luni și ani de zile.

2. Mastoiditele cari apar după otite scarlatinoase tardive de obicei în a 15-a zi de boală, au în majoritatea cazurilor o evoluție mai benignă decât cele cari apar după otitele precoce. În aceste oto-mastoidite tardive mai puțin necrozante, streptococul a fost găsit în minoritatea cazurilor, de cele mai multe ori fiind în cauză pneumococul sau stafilococul. Ele fiind consecința unei otite tardive datorite unei infecțiuni din vecinătate venită din cavumul faringian prin trompa lui Eustache. Evoluția și aspectul otoscopic al acestor otite nu diferă întru nimic de acelea ale otitelor în general. Durata scurgerii poate fi mai lungă datorită stării de debilitate a bolnavului produsă de infecțiunea scarlatinoasă și mai ales persistența focarului infecțios din nasofaringe. La copii acesta din urmă se datorește aproape în toate cazurile vegetațiilor adenoide.

Infecțiunile latente rino-faringiene, (focare infecțioase din criptele amigdalene și din vegetațiile adenoide) frecvent întâlnite la copii explică de ce urechea medie și mastoida chiar în formele benigne de scarlatină este des infectată.

Copiii cu scarlatină cari n'au vegetații adenoide sau amigdalite criptice și cari n'au făcut oto-mastoidite tardive, și invers cei purtători de astfel de vegetații și amigdalite cronice, prezintă adesea otite și mastoidite tardive.

Apariția otitei și mastoiditei scarlatinoase tardive trebuie în totdeauna să fie luată serios în considerație. Pe de o parte acestea pot lua dela început alura gravă, iar pe de altă parte evoluția sub acută de multe ori poate da complicații nebanuite apărute ca surprize pentru medic. În spe-

cial complicațiile endocraniene sunt cele mai de temut.

Se pare că după ce momentul culminant al infecțiunii scarlatinoase a trecut, flora existentă latentă în criptele vegetațiunilor adenoide, își exaltează virulența și atunci dă naștere unui nou sindrom infecțios secundar tardiv, caracterizat printr'o nouă ridicare de temperatură, angină, adenoidite, oto-mastoidite supurate, albuminurie, și dureri reumalismale în articulații. De aceia persistența focarului infecțios rino-faringian (vegetații adenoide și amigdalite criptice) de cele mai multe ori relevat prin scurgerea auriculară interminabilă sau prin durata unei eventuale plăgi mastoidiene, trebuie să ne conducă la extirparea vegetațiilor și amigdalelor. Mulți laringologi din serviciile de boli contagioase din străinătate, (Anglia și Danemarca) adenoitimizează pe toți convalescenții chiar în timpul perioadei febrile sau în a 40-a zi de boală, realizând ameliorarea, vindecarea scurgerilor auriculare și dispariția albuminuriilor. Suprimarea scurgerilor auriculare post scarlatinoase e de mare importanță prin faptul că evită contagiunea scarlatinoasă posibilă, prin puroiul și secrețiile rino-faringiene, cari după Camby, Spragne și Frazer poate fi realizată chiar după a 40-a zi de boală. În rezumat, există 2 forme de mastoidite sau mai bine zis oto-mastoidite scarlatinoase: — 1. precoce din prima săptămână, gravă prin tendința extensivă și necrozantă, 2. tardivă purulentă cu mers mai benign.

Prima are frecvent ca origină otită scarlatinoasă, datorită streptococului împreună cu virusul său și rare ori ea este de origină sanghină. Ea complică forma septică a scarlatinei și nu constituie de multe ori decât un epifenomen în mijlocul unui tablou clinic, clasic al scarlatinei grave. La bolnavii cari nu sucombă ea persistă cu scurgerea auriculară inteminală, cu eliminare de sechestre mastoidiene și osicioare necrozate. Mastoidita și otita tardivă apar în cursul săptămânei a treia a scarlatinei. Ele sunt condiționate exclusiv prin: existența vegetațiunilor adenoide și a amigdalitelor cronice infectate cari dacă nu se extirpă duc la scurgeri auriculare purulente benigne și de lungă durată.

Anatomia patologică.

Mastoidita scarlatinoasă este socotită ca una din cele mai grave din decursul boalelor infecțioase. Alături de cele gripale și difterice ea are mare tendință la necroză cu distrucțiuni întinse a părților moi și a țesutului osos. Gravitatea ei o explică decursul său anatomo-patologic. Din acest punct de vedere, după modul de gravitate a desfășurării unei astfel de mastoidite putem să distingem 2 forme: 1. O formă gravă și destul de frecventă de osteită distructivă 2. O formă mai ușoară cu tendință supurativă cronică.

1. Forma gravă cu osteita distructivă este caracteristică mastoiditei scarlatinoase precoce și îi imprimă o notă deosebită. Apariția din prima săptămână a boalei, cu decurs acut, uneori chiar supraacut, pare a fi în aparență primitivă dar de cele mai multe ori ea survine secundar în urma otitei. În curând după apariția boalei începe procesul de osteită distructivă rarefiantă cu o mare tendință la extindere în țesutul osos sănătos din vecinătatea focarului primar. Focarul primar este măduva, care se găsește în cantitate relativ destul de mare în pereții intercelulari. După Krainz, geneza și evoluția mastoiditei, după cercetările istologice în toate stadiile inflamației sale s'ar începe în cele mai mici canale vasculare și spații medulare de unde ea să propagă pe drumul cel mai scurt din profunzime către periferie. Ea devine clinic manifestă când apare durerea și inflamația depășește osul și atinge periostul. Procesul de osteită distructivă se face prin intermediul celulelor osteoclaste cari produc o rezorbție lacunară a țesutului osos. Aceste lacune ale lui Howship, numite de nemți „Howschipsch Lakune” se înmulțesc din ce în ce în număr, erodează substanța osoasă înconjurătoare, dând astfel prin aglomerarea lor formațiuni de rețele (Kreinz, Beck, Henke, Lubarsch, Scheibe). În toate straturile peretelui intercelular

se produce o hiperemie exprimată cu edeme perivasculare, hemoragii și infiltrație intensă de leucocite. Procesul de osteită odată pornit nu se mai oprește. Distrucția se mărește din ce în ce și trece asupra altor celule și pereți. Exudatul devine cu timpul purulent și pereții celulari mastoidieni distruși, cad sub formă de sequestre în lumenul celulelor. Prin distrucția rând pe rând a mai multor celule împreună cu pereții lor se formează în interiorul mastoidei niște cavități mari umplute cu puroi în care streptococul hemolitic nu lipsește nici odată. După ce prin procesul de osteită distructivă rarefiantă, s'a distrus mai multe celule mastoidiene dând lacune și cavități osoase mari, procesul trece și să extinde asupra corticalei osoase pe care o distruge dând perforații și complicații bruște de multe ori de neașteptat. Se poate întâmpla ca în unele cazuri procesul să fie așa de rapid încât toate celulele dela început să fie prinse și bolnavul să sucumbe în câteva zile prin complicațiuni endocraniene fără să-i putem da vre'un ajutor. Alte ori procesul trece asupra restului osului temporal distrugând toate organele cuprinse în acest os.

2. Forma a doua mai ușoară supurativă, apare întotdeauna în urma otitei scarlatinoase tardive din a 2-a sau a 3-a săptămână. Punctul de plecare este mucoasa antrului care după majoritatea autorilor totdeauna este prinsă. Mucoasa antrului precum și a aditusului este inflamată, tumefiată și infiltrată cu celule rotunde, obstruiază complet calea de comunicație cu casa timpanului. Exudatul este la început seros, cu timpul apoi purulent abondent atât în ureche cât și în mastoidă. Infiltrarea mucoasei merge din ce în ce mai profund și procesul prinde din ce în ce mai multe celule. În urma stăgnării puroiului, mucoasa se necrozează în mare parte punând în evidență periostul subțiat, după distrucția căruia puroiul ajutat de presiunea sa mărită va distruge ușor peretele osos intercelular la fel puțin rezistent, ajungând pe această cale în celula vecină.

Procesul analog se va repeta în celula vecină și așa mai departe până se vor eroda și distruge mai mulți pereți intercelulari cari vor forma o cavitate mai mare anfractoașă plină de puroi și de țesut granular numită după Germani

„Einschmelzungsherde". Aci este apogeul procesului. După ce această cavitate s'a format, puroiul ce o umple se va îndrepta spre una din corticale pe care o erodează eşind fie la exterior, fie intrând în cavitatea craniană dând cele mai grave complicații. În general leziunile anatomo-patologice la ambele forme le vom găsi mai exprimate în antru și celulele din imediata vecinătate a antrului. De aci rezultă învățătura practică când e vorba de trepenație mastoidiană ca să se deschidă întotdeauna la primul timp aceste focare principale și apoi cele secundare care se găsesc răspândite în celulele mastoidiene aberante.

Simptomologia.

În perioada de debut, mastoidita scarlatinoasă debutează brusc, șgomotos în decursul scarlatinei chiar de la început sau a 5-a—6-a zi a stadiului de invazie. Evoluția ei este supra-acută când apare de la începutul boalei, sau acută și progresivă când ea se instalează în săptămâna a 3-a sau a 4-a. De la început brutal, șgomotos, temperatura înaltă 39°—40° grade, frisoane, puls frecvent, apare durerea intensă, spontană asupra mastoidei care se exagerează la presiune digitală.

În perioada de stare a mastoiditei scarlatinoase avem simptome subiective și obiective la cari se adaogă și simptomele generale.

Simptome subiective. Dintre simptome subiective avem durerea care este constantă mult mai violentă față de cea a mastoiditei obișnuite. Are caracterul de cele mai multe ori de junghiuri venite în crize cu durate mai scurte sau în fine poate fi o durere continuă de presiune a regiunii. Durerile au sediul în regiunea retroauriculară și mai ales la nivelul antrului și înspre vârful mastoidei, ale sunt vii lancinante de intensitate mare, progresive, iradiind către creștetul capului. Într'un număr mare de cazuri durerile

sunt mai exprimate în timpul nopții, producând însonnii, ele iau formă de hemicranie, prezentând iradieri temporoparietale, occipitale sau cervicale. Copiii reacționează mult mai puternic ca adulții, la ei putem observa reacțiuni nervoase, convulsii și stări de meningism, cari împreună cu starea generală gravă din scarlatină, uneori pot masca complect simptomul dureros.

Simptome obiective. Avem durerea provocată care se obține apăsând moderat cu degetul regiunea mastoidiană. Ea constituie un semn foarte important deoarece o mastoidă normală nu trebuie să fie dureroasă la presiune. Palparea trebuie făcută cu mare atenție la nivelul antrului sau vârfului a căror durere cu intensitate maximă explică că inflamația are șanse să fie apropiată de suprafața externă a mastoidei. Să apăsăm ambele mastoide deodată sau pe rând ca să ne putem de seamă prin comparație cât e de mare durerea și pe ce suprafață de întindere. La copil antrul se găsește situat cu atât mai sus, chiar deasupra meatului auditiv, cu cât e mai mic în vârstă. Alte ori poate fi dureros vârful mastoidei sau marginea ei posterioară, după grupul celulelor în care procesul este mai viu.

Tot ca semne obiective putem avea, edemațierea și hiperemia regiunii mastoidiene, însă nu în toate cazurile deoarece inflamația osoasă profundă nu s'a putut exterioriza, neproducându-se încă o fisură prin care să se propage la tegumente. Mai frecvent găsim la copii tumefacția și depărtarea pavilionului urechei de cutia osoasă, uneori edemul pielei și fluctuația abcesului periostal, altele otoree rebelă însoțită de febră și dureri care nu cedează de loc. Apariția abcesului periostal mai frecvent la copii se explică prin persistența fisurii petro-scuamoase care traversează celula antrală în afară pe deasupra lui tegmen și prin numeroase căi vasculare cari formează zona criblată retromeată. Această zonă cu înaintarea vârstei dispăre în mare parte.

Radiografia constituie deasemenea un simptom obiectiv însă nepatognomonic, ea poate fi importantă pentru unele forme dubioase de mastoidită. Dintre simptomele auriculare putem avea surditatea, vâjăituri, dureri care sunt semnele

unei otite supurate. La examenul otologic, otoscopia ne dă simptome importante. Astfel pe lângă scurgerea purulentă cu perforația timpanului putem găsi *căderea peretelui postero-superior* al conductului auditiv lângă timpan, ceiace denotă un proces de osteită mastoidiană în zona facialului. În oto-mastoiditele necrotice grave cari apar în a 2-a sau a 3-a zi dela începutul anginei scarlatinoase se pot observa perforații totale și spontane a ambelor timpane mai ales noaptea după o perioadă de neliniște și țipete. Alte ori în aceste cazuri, complicația se stabilește cu simptome alarmante, ridicarea febrei până la 41° , dureri mari pre și retroauriculare, prostrație care merge până la turburări ale sensorului. Dela început în aceste forme grave timpanul este ușor hiperemiat și nu prezintă bombarea accentuată ca în otita medie obișnuită, ci ia aproape un aspect alb, palid și necrotic. Perforația este rapidă și marginile plăgii dau impresie de topire, creind orificii permanente și totale. Canalul auditiv extern este adesea strâmtorat din cauza inflamației. Puroiul devine repede fetid, este seros și transportă mase necrotice, fragmente tisulare și chiar sechestre osoase. În otitele scarlatinoase ușoare timpanul este hiperemiat, păstrându-și luciul și transparența, urmând evoluția enantemului faringian dispărând odată cu el.

Semne generale. Acestea se confundă de obicei cu semnele generale ale scarlatinei grave. Febra 40° cu frisoane, puls frecvent 130—150 pe minut, starea generală foarte rea cu inapetență, moleșală, cefalee, adinamie, semne care țin de infecție și de intoxicație în același timp.

Diagnosticul.

Diagnosticul mastoiditei scarlatinoase este de o mai mare importanță ca în celelalte mastoidite de altă origină, de oarece nicăeri nu se impune mai mult ca aci, la timp intervenția chirurgicală care este singură capabilă de multe

ori să salveze viața bolnavului. Nu trebuie să uităm că întârzierea de o zi într'o supurație mastoidiană violentă poate produce cu mare rapiditate tromboflebita ori o meningită gravă.

Pentru stabilirea precisă a diagnosticului dăm o deosebită importanță anamnezei, examenului clinic și simptomatologic al boalei la copii mai mari și cu deosebire la cei mici. Vom fi cu băgare de seamă să examinăm urechea zilnic, să observăm febra, aspectul timpanului, durerea spontană, sau sensibilitatea provocată asupra mastoidei. Diagnosticul mastoiditei scarlatinoase se sprijină pe examenul simptomelor otitei supra acute sau acute inițiale: durerea, temperatura, scurgerea auriculară și alte turburări locale și generale.

Durerea spontană sau la presiunea mastoidei constituie de cele mai multe ori simptomul principal. La copil această durere este mai vie în dreptul antrului și la vârful mastoidei. În simpla reacție mastoidiană există durerea la mastoidă, dar aceasta dispare în câteva zile după paracenteza sau perforația spontană a timpanului. Dacă această durere dela începutul otitei continuă să dureze mai multe zile, iar scurgerea auriculară să fie abundentă trebuie să ne gândim la mastoidită. Dacă durerea, după ce a dispărut câteva zile, reapare cu aceeași intensitate, iar scurgerea auriculară a devenit puțin abundentă, perforația timpanului s'a micșorat facem din nou o paracenteză largă și dacă după aceasta durerea continuă zile întregi și temperatura se urcă, atunci trebuie să trepanăm apofiza.

Scurgerea auriculară este al 2-lea simptom important. Orice scurgere auriculară care continuă mereu să fie abundentă face să ne gândim la existența unei mastoidite. Când scurgerea auriculară are fluctuații în abundență, adică câteva zile pare că încetează, apoi curge mult și mai ales se mai întovărășește cu ușoare dureri mastoidiene și temperatură, timpanul deschis larg, putem face diagnosticul de mastoidită.

Temperatura la debutul otitei este ridicată, $38,5^{\circ}$ — 40° și scade după 2—3 zile dacă bineînțeles urechea continuă să curgă. În caz de mastoidită temperatura se ridică din

nou brusc scurgerea persistând să fie în abundență sau alte ori se micșorează. Atunci când puroiul din mastoidită a reușit să găsească o eșire (de exemplu abces subperiostal) temperatura scade un timp iar starea generală se îmbunătățește brusc.

În general cele trei simptome descrise mai sus ne permit diagnosticul de mastoidită: dacă dela începutul unei otite acute scurgerea auriculară continuă să fie abundentă, durerile mastoidiene să persiste, iar temperatura să fie crescută, este aproape sigur o mastoidită, mai ales când avem și diagnosticul de scarlatină.

Semnele locale de mastoidită sunt: ușoară împăstare și hiperemie a țesuturilor moi din regiunea mastoidiană, semne cu atât mai precoce cu cât copilul este mai mic, căderea în jos și înainte a peretului postero-superior al conductului auditiv sau îngustarea lui. Timpanul este edemațiat și hiperemiat, iar marginea perforației timpanice este îngustată și gelantinoasă.

Simptomele generale ale mastoiditei scarlatinoase se confundă cu cele ale scarlatinei în genere. La copii se mai pot observa agitații, copilul plânge se svârcolește în pat, nu doarme, are dureri de cap cu temperatura 38—39°, puls frecvent, uneori convulsii.

Radiografia este de mai multe ori un ajutor real, dar uneori ea nu ne arată nici o leziune pe când la intervenția chirurgicală găsim leziuni întinse, însoțite chiar de abcese extradurale. Astăzi radiografia nu este un mijloc de investigație indispensabilă, rămânând ca examenul clinic să fie suveran și pe primul plan, în stabilirea diagnosticului mastoiditei scarlatinoase.

1. Diagnosticul diferențial față de furunculoza conductului, se diferențiază ușor când este limitat la conduct având durerea situată pe tragus, *acumetria normală*. Când este complicat cu otita atunci se produce o limfangită retroauriculară care se observă și în mastoidite. În furunculoza conductului durerea se exagerează la masticție, iar la presiune maximum de durere este pre sau sub-auricular pe când în mastoidită ea nu este influențată de masticție și maximum de durere la presiune este retroauricular. În

furunculoza conductului tumefacția e constantă și ocupă conductul cartilaginios de cele mai multe ori circulară cu șanțuri multiple și ridicături, pe când în mastoidită tumefacția este constantă situată în conductul osos cu tumefacția laterală, postero-superioară cu ridicarea mică și turtită. Timpanul în furunculoză e normal, nu e perforat, pe când în mastoidită timpanul e alterat. Auzul în mastoidită e alterat, pe când în furuncul nu e nici o turburare auditivă.

2. Adenita retro-auriculară se întâlnește relativ frecvent la copii putând fi produsă secundar de o piodermită a pielii capului, de o furunculoză auriculară. Facem diagnostic bazându-ne pe lipsa scurgerii auriculare, a alterațiunii timpanului și auzului.

3. De o reacția mastoidiană în forme de scarlatină gravă nu poate fi vorba. *In general reacția mastoidiană la o otită scarlatinoasă este o mastoidită și trebuie tratată, adică trepanată.* De aceea mulți autori nici un admit existența ei, din cauza tendinței rapide ce o are supurația streptococică intra-mastoidiană spre necroză și sechestre osoase evoluând astfel deodreptul într'o osteomilită endo-mastoidiană.

4. Zona auriculară la copii ca și la adulți în perioada înainte de erupție se caracterizează prin: durere vie auriculară și mastoidiană, roșeață și chiar edem al regiunii mastoidiene și a timpanului, temperatură ridicată, turburări auditive, și de echilibru, paraliza facială ne poate înșela uneori și să ne facă să credem că avem de a face cu oto-mastoidită incipientă.

5. Erizepelul regiunii mastoidiene se extinde totdeauna dela nivelul pavilionului urechei, audiția este intactă, lipsesc semnele grave ale scarlatinei.

Complicațiile.

În decursul evoluției mastoiditei scarlatinoase se pot declanșa complicații grave cu deosebire cele endocraniene, cari intră în domeniul chirurgiei otologice.

Dintre complicații putem avea: paraliza facială, septicemia auriculară cu sau fără tromboflebita sinusului lateral, surditatea, abcesul extradural, meningita, abcesul cerebral și cerebelos.

Cauzele cari favorizează apariția uneia sau alteia din complicațiunile endocraniene ale mastoitei sunt: 1. locale cari favorizează stagnarea puroiului și determină procesul de osteită, 2. generale cum e scrofuloza, anemia, debilitatea cauzată de scarlatină, fiind știut că procentul producerii acestor complicațiuni la debili, este mai mare ca la cei în plină vigoare, 3. un alt factor ar fi flora bacteriană a supurației în care streptococul este de o virulență deosebită, deși în această privință autorii nu sunt toți de acord asupra germeului care ar produce cel mai frecvent aceste complicații. Căile prin cari infecția ajunge la endocraniu sunt multiple: 1. direct prin procesul de osteită, 2. prin intermediul unei vene (flebita acesteia, flebita sinusului lateral) 3. prin intermediul unei artere (arterita), 4. prin limfatice.

Septicemia auriculară se produce prin necroza peretelui sinusului lateral, consecutiv erupția masivă a puroiului în sânge, dând naștere la septicemie fulgerătoare, sau mai frecvent se observă mers subacut al procesului care produce tromboflebita sinusului lateral acompaniată cu acea a golfului venei jugulare. Putem avea două feluri de septicemii auriculare: 1. însoțită de tromboza sinusului lateral și a celorlalte sinuri în jurul stânței, 2. fără să fie însoțite de leziuni de tromboflebită, infecția generală făcându-se prin micile rețele venoase intra-osoase.

În tromboflebita supurată bolnavul prezintă cefalee cu frison, temperatura urcă vertiginos ca după apariția sudorilor să scadă iarăși. Observând cu regularitate temperatura vom căpăta marile oscilații caracteristice pioemiei, de exemplu în fiecare dimineață temperatura normală sau sub normală, iar seara peste 40°. Bolnavul slăbește, facies palid cu orbite excavate și starea generală gravă. Local găsim durerea la apăsarea înapoi a marginei posterioare, sau pe celele zonei mastoidiene postero-superioare. Tromboflebita sinusului poate evolua dând naștere fie unei meningite purulente fie chiar unui abces extradural sau encefalic.

Abcesul subdural realizează etapa intermediară între supurația mastoidiană și celelalte complicațiuni intracraniene, meningiene sau encefalice. Infecția pornită dela antru ajunge prin una din căile descrise mai sus la duramater producând pachimeningită și ulterior abcesul subdural. Abcesul extradural se formează mai des în fosa cerebrală posterioară în cursul mastoiditelor acute de conformație pneumatică în special, la bolnavi cari vin târziu pentru trepanație. Abcesul subdural poate fi închis sau deschis, putând comunica printr'un orificiu cu leziunea osoasă care i-a dat naștere. Lăsat neoperat, în cazuri rare dar totuși posibile, el se poate deschide prin sutura care separă temporalul de occipital sau prin orificiul unei vene mastoidene. Mai frecvent abcesul extra-dural perforează duramater sau sinusul lateral și aceasta nu consitue decât primul stadiu al unei meningite sau tromboflebite. Abcesul extradural evoluiază cu cefalee unilaterală progresivă, durere provocată la percuție sau la simpla atingere a tegumentelor craniului, febra sub formă de puseuri. De multe ori când abcesul subdural se complică cu meningită ori tromboflebită, atunci împrumută simptomatologia acestora.

Meningita o putem recunoaște prin febră, accelerarea și neregularitatea pulsului, cefalee difuză, fotofobie, delir, Kerning, hipersensibilitatea cutanată, durerea meningitică, vomismente. La meningita bazilară avem în plus simptome din partea nervilor cranieni: surditatea totală, uneori cecitate prin nevrita optică, strabism, paralizia facială, oculomotorie. La meningita convexității avem convulsii de tip

jacksonian mai frecvent la copii ca la adulți, paralizii variate, hemiplegii, afazie. În toate cazurile, cu apariția unora din aceste semne se impune puncția lombară.

Abcesul cerebral și cerebelos, pot complica câteodată tabloul clinic al mastoiditei scarlatinoase.

Prognostic.

Prognosticul mastoiditei scarlatinoase e bine să fie în totdeauna rezervat. Luându-se în considerație mastoiditele și otitele scarlatinoase alături de cele difterice sunt cunoscute ca cele mai grave, deoarece ele produc leziuni de vecinătate spre sinusul lateral, meninge sau trec la cronicitate cu tendință la presistență indefinită. Vindecarea spontană nu există. Orice mastoidită scarlatinoasă instalată, trebuie tratată adică trepenată. Prognosticul este mai serios în mastoiditele care apar precoce în ziua 5-a-6 zi a scarlatinei, decât în cele tardive din săptămâna 3-a sau mai târziu.

Tratament.

Tratamentul mastoiditei scarlatinoase este chirurgical. Intervenția pe care o practicăm astăzi este antrocelulotomia pe cât posibil totală sau antrocelulotomia maximă. În această operație nu ne vom mărgini numai la deschiderea antrotului după cum chiar azi fac mulți chirurghi, cari la prima întâlnire de puroi se opresc mulțumindu-se doar cu curățarea porțiunii descoperite, ci din potrivă vom practica o rezecție a tuturor părților bolnave ale mastoidei, explorând toate celulele, realizând o veritabilă mastoidectomie. Numai astfel vom putea avea o cură radicală a mastoidei. O simplă antrotomie sau antrocelulotomie parțială poate predispuce ulterior la complicații cari să necesite o nouă intervenție chirurgicală care de multe ori este deja tardivă.

Trepanația este indicată în masoiditele scarlatinoase supraacute și acute ce se manifestă în cursul otitei sau au o alură primitivă. În aceste cazuri operația trebuie făcută de urgență, deoarece o întâziere de o zi duce la extinderea supurației mastoidiene virulente cu formarea tromboflebitei ori a meningitei. De aceea după o miringotomie largă la otita scarlatinoasă care survine dela început, preconizăm antrocelulotomie maximă atunci când fenomenele dureroase mastoidiene și febra persistă, scurgerea auriculară este persistentă și abundentă.

În ce privește contra indicația operației în mastoidita scarlatinoasă nu există; odată instalată ea trebuie tratată ca atare, adică trepanată.

Înainte de a proceda la trepanație, avem nevoie de a cunoaște proecția antrului pe corticala externă. Trepanația mastoidei se practică într'o zonă bine delimitată, formată de un careu de 1 cm.², limitat în sus de orizontala dusă dela partea superioară a spinei osoase ce ocupă unghiul postero-superior al meatului auditiv (spina suprameatică al lui Henle), în jos de orizontala dusă la 1 cm. mai jos; înainte de o linie situată la 5 mm. de bordul conductului; înapoi de o linie verticală trasă la 1 cm. distanță.

Procedeul clasic a lui Schwartze după care locul de elecție al trepanației îl avem ducând o verticală pe marginea posterioară a conductului, o a doua linie tangențială trecând prin marginea superioară a conductului, urmând linia curbă temporală. Intersecția acestor două linii drepte fac un unghi drept, iar din vârful unghiului se măsoară un centimetru pe fiecare linie: pătratul de atac retro-meatic.

Technica operatorie a antrocelulotomiei maxime cuprinde 4 timpi.

Primul timp. Anestezia poate fi generală sau locală. Anestezia generală se face cu eter, clorura de etil, clorform sau protoxid de azot, iar cea locală cu soluție de novocaină 1% cu 20—15 cm.³ prin infiltrația periostului mastoidian. Bolnavul culcat în decubit dorsal cu capul în-

tors pe partea sănătoasă, se izolează câmpul operator după ce în prealabil regiunea mastoidiană a fost dezinfectată prin badijonare cu tinctură de iod. Se explorează bine marginea anterioară a apofizei mastoide, urmărind cu degetul prelungirea apofizei zigomatice, facem o incizie ușor curbă până la periost, de forma semilunii la câți-va mm. de pliul retroauricular, scoborând-o până la vârful mastoidei. Facem hemostaza câtor-va vase mici a marginelor cutanate cu pensa Kocher. Cu ajutorul unei răzușe procedăm la decolarea periostului cu scopul descoperirii marginii posterioare și a unei părți a marginii superioare a conductului. Îndepărtând inserțiunile aponevrotice ale sterno-cleido-mastoidianului, practicăm o nouă hemostază îndepărtând buzele plăgii cu depărtatorul lui Jansen și apoi procedăm la trepanare, trecând la al doilea timpoperator.

Al doilea timp. Deschiderea antrului mastoidian cu ajutorul daltei și a ciocanului. Dalta se va ține solid, fără tremurături sau mișcări, rezemând marginea cubitală a mâinei pe craniu cu scopul de a limita mai bine penetrația daltei în țesutul osos. La început vertical și perpendicular pe os, apoi oblic în scopul de a detașa o lamă osoasă, pătrundem tot mai profund cu dalta.

Se explorează cavitatea după fiecare lovitură de daltă, pentru a descoperi orificiul care să ne conducă la o celulă sau la antru. Putem afirma prezența antrului, dacă a sondă canelată sau protectorul lui Stake va intra într'un mic canal osos către casă.

Timpul al treilea constă din căutarea focarelor secundare de supurație. În afară de antru, focarul principal de supurație, vom căuta să deschidem focarele secundare de supurație cari sunt celulele subantrale superficiale, cuprinse în zona sub antrală și celulele vârfului, cuprinse în zona apexului. Apoi vom proceda la deschiderea pe rând, regiunea postero-inferioară a mastoidei, cunoscută sub numele de zona venei mastoidiene și regiunea postero-superioară cunoscută sub numele de zona unghiului sinusului lateral.

Al patrulea timp, constă din toaleta conductului și a cavității mastoidiene, verificarea pentru ultima dată a pereților osoși, căutând cu stiletul existența fistulelor ce pot fi trecute neobservate. Regulând plaga, să nu prezinte anfractuozități, mici asperități și apoi facem toaleta tegumentelor adică curetajul fungozităților, la caz de abces subperiostal. Operația se termină prin stabilirea unui drenaj larg al cavității și pansamentul bolnavului. O mastoidită bine operată se vindecă în general în 3—6 săptămâni, vindecarea caracterizată printr'o cicatrice liniară, solidă, puțin deprimată, roșie la început apoi albă.

Antrocelulatomia maximă este operația bună, perfectă, indicată în mastoidite scarlatinoase acute. Ea este mai dificil de executat ca o simplă antrotomie sau antrocelulotomie parțială, de oarece cere multă atenție și o durată ceva mai lungă, însă constituie o tehnică operatorie mai sigură și cu rezultate terapeutice totdeauna sau aproape totdeauna perfecte. Cazurile de mastoidite scarlatinoase operate după acest procedeu la clinica O. R. L. din Cluj au dat cele mai bune rezultate.

Instrumentarul de care avem nevoie este: un bisturiu obișnuit, unul de rezecție, o duzină de pense hemostatice dintre care 6 Krocher, o sondă canelată, o pensă de disecție, o răzușă curbă, un ac curb, două ecartoare lungi, iar la instrumente speciale: o daltă obișnuită bine ascuțită de 1—1½ cm. lungime, un ciocan de lemn dur sau metal, 1—2 curete de tijă scurtă, protectorul lui Stacke. Ca material de pansament: comprese pentru câmpul operator, mici comprese aseptice, catgut No. 1 și 2, 2—3 drenuri mari, 10 grame soluție de adrenalină 1^o/_{oo}.

Afară de tratamentul fundamental chirurgical al mastoiditei scarlatinoase care constă din antrocelulotomie maximă, este indicat uneori a institui și o terapie curativă cauzală seroterapică. Tratamentul curativ cauzal tratează intoxicația pe de o parte, pe de alta necroza asociată cu starea septică. Pentru combaterea stărei de toxemie a bolnavului produsă de infecțiunea generală, la care se mai adaugă și cea produsă de complicațiunile auriculare și mastoidiene, se întrebunțează *serul antitoxic Dick—Doches* despre a căru

eficacitate în aceste afecțiuni părerile autorilor sunt împărțite. Acest ser are o acțiune limitată în primele 4 zile ale scarlatinei, însă net hotărâtă, asupra febrei, pe care o reduce, asupra exantemului pe care-l pălește și asupra intoxicației pe care o poate diminua până la dispariție. Putem administra acest ser antiscarlatinic pe calea intramusculară de 60—100 cm² zilnic și cu oarecare precauție în doze mici pentru a evita șocul, pe calea intravenoasă și cea intrarahidiană. Afară de serul Dick—Doches mai putem întrebuința *serul de convalescent* care are desavantajul că se găsește cu greu în clientela de oraș și în cea a unui spital de copii. El este mai lent, mai limitat și mai inegal ca acțiune. Sângele total de convalescent injectat intrafesier, aduce rezultate mai bune. Aci intervine și imunitatea celulară (leucocite, hematii). Cu acelaș scop putem întrebuința sângele integral al adulților datorită anticorpilor specifici pe care-i conține, deoarece 98⁰/₀ a persoanelor au fost imunizați fie prin infecții mici și repetate fie datorită imunizării în urma trecerii prin boală.

În ultimii ani se întrebuințează imuno-transfuzie cu sângele de convalescent, sau cu cel imunizat activ sau pasiv artificial, cu rezultate foarte bune în scarlatina gravă precum și în cea însoțită de septicemie.

Acțiunea seroterapiei se manifestă, în primul rând asupra sindromului toxic și asupra semnelor infecțioase locale și generale datorite complicațiilor.

Profilaxia.

Luând în considerație că infecția scarlatinoasă se propagă la urechea medie și mastoidă din naso-faringe prin intermediul trompei, iar propagarea sanghină fiind cu totul excepțională, vom impune chiar dela începutul scarlatinei următoarele: 1. disinfecție riguroasă a nazo-faringelui; 2. tratarea cu perseverență și cu mare atenție a anginei scarlatinoase, care este punctul de plecare al infecției rino-faringo-tubare; 3. controlul și ablația vegetațiilor adenoide cu scopul ca să oprim infecția prin intermediul trompei și să ferim astfel bolnavul de pericolul mastoiditelor sau otite-lor scarlatinoase.

1. Dezinfecția nazo-faringelui se face cu substanțe uieioase antiseptice eucaliptolate 1^o/. Ea trebuie făcută corect, cu mare atenție, de oarece unele manipulații considerate binefăcătoare cum sunt badijonările, pot fi din contra dăunătoare, de oarece ele traumatizează epiteliul și mucoasa deja alterată prin procesul inflamator favorizând producerea septicemiei. Desinfecția nazo-faringelui este bună numai atunci când picăturile antiseptice ajung nu numai în partea interioară a foselor nasale, dar să treacă și posterior, dezinfectând cavumul, faringele, căzând dinapoi în cavitatea bucală. Spălăturile nasale cu substanțe antiseptice, bicarbonat de sodiu 5^o/₁₀₀ etc. se evită pe cât posibil deoarece produc otite prin transportarea materialului infecțios din naso-faringele în urechea medie.

2. Angina scarlatinoasă se tratează în afară de medicațiunea specifică seroterapică și prin antisepsia locală: gargarisme, pulverizațiuni, spălături ale buco-faringelui, aplicațiuni topice. Gargarismele se fac cu soluții antiseptice calde: clorat de potasiu 3^o/, fenosalyl $\frac{1}{2}$ ^o/₁₀, tercinol, $\frac{1}{2}$ linguriță de cafea într'un pahar cu apă fiartă, apă oxigenată diluată 1 p. 5. În cazuri grave se practică mai ales la copii

mici spălături buco-faringiene cu soluții alcaline, clorat de sodiu sau borat de sodiu 3‰, soluții salicilate 2‰ licuarea lui Labarraque în doză de 40 grame pentru un litru de apă fiartă, sau soluție de fenosalil $1/2$ ‰—4‰.

Ca aplicațiuni topice locale, se admit ușoare atingeri a regiunilor inflamate amigdaliene și faringiene, fără badijonări cari pot să deschidă capilarele sanghine susceptibile să septicemizeze infecția faringiană și să agraveze inflamația locală. Substanțele antiseptice nu trebuie să fie caustice sau de concentrații mari. Intrebuințând atingeri cu glicerină borată ușor fenicată, glicerină fenicată dela 1—3‰ sau albastru de metilen, după ce depozitul format din restul de membrane, secrețiuni și mucus au fost îndepărtate prin spălătura buco-faringiană.

3. Controlul și ablația vegetațiilor adenoide prezintă o necesitate imperioasă, deoarece acestea ca niște bureți impregnați de puroi agravează scarlatina, predispun la persistența stărei scarlatinoase și ușurează în largă măsură propagarea infecțiunei prin trompă la casă și apoi spre mastoidă.

Observațiunile laringologului englez Dundas Grant făcute într'un pension de eleve sunt foarte interesante: Elevele cu vegetații adenoide au contractat scarlatina în proporție de jumătate; cele cari nu aveau vegetații în proporție 1—28; iar cele operate de curând de vegetații adenoide nu au contractat nici una scarlatina.

Din toate acestea se poate deduce că ablația vegetațiilor adenoide prezintă nu numai un scop profilactic individual dar și social.

Observațiuni clinice.

Dela 15 Noembrie 1935 până la 15 Iulie 1937 adică într'un interval de 2 ani și 7 luni s'au trepanat în Clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj de sub conducerea d-lui Profesor Dr. G. Buzoianu 12 cazuri de mastoidite scarlatinoase, dintre cari 5 cazuri cu mastoidite scarlatinoase grave bilaterale însoțite de nefrite hemoragice iar restul de 7 cazuri cu mastoidite sarlatinoase acute sau subacute unilaterale.

Obs. I. Bolnavul M. F. de 8 ani din Cluj, întră în serviciul Clinicei în ziua de 17 Iulie 1935 și părăsește serviciul vindecat în ziua de 27 Ian. 1936 cu diagnosticul de: scarlatină septică, otită-mastoidită bilaterală operate, nefrită.

Ant. h. col. fără importanță.

Ant. personale. La 6 ani a suferit de difterie.

Boala actuală datează de 3 zile. A debutat în mod brusc cu dureri de gât, ascensiuni de temperatură și apariția unui exantem generalizat. Cu aceste simptome este primit în Clinică, punându-i-se dagnosticul de scarlatină.

Ex. general al boln. Conformația normală, tegumentele prezintă un exantem scarlatiniform, semnul lui Pastia, masca lui Filatof, ganglionii cervicali măriți, reflexe păstrate și senzoriul clar. Mucoasa faringiană roșie, amigdalele mărite și congestionate. Torace simetric, la auscultație murmur vezicular, la percuție sonoritate pulmonară. Matitatea precordială în limite normale, șgomote cardiace clare. Abdomenul de conformație normală, nu prezintă puncte dureroase, ficat, splina nu se palpează.

Mersul boalei. 18. VII. Starea generală rea, temperatura 40°, puls frecvent, bolnavul este agitat, are grețuri și dureri de cap. Ganglionii cervicali măriți, faringele și amigdalele hiperemite fără false membrane, limba încărcată.

Trat. Regim lacto hidric, gargare, injecție chinin uretan 1 cm³ și ser antiscarlatinos 60 cm³.

25. VII. Starea generală bună, temperatura 37° , puls, frecvent. Bolnavul prezintă otită medie purulentă cu dureri la urechea stângă din care se scurge un puroi cremos. Regiunea mastoidiană roșie iar la palpare și presiune f. dureroasă.

27. VII. Starea generală se înrăutățește, temperatura 39° , puls frecvent, durerea retro-auriculară mai accentuată. Se deschide mastoidea stângă de către Prof. Dr. Gh. Buzoianu, ajutat de Dr. Șt. Gârbea practicându-se antrocelulotomie maximă. În interiorul mastoidei se constată distrucția osoasă cu puroi galben-verzui în abundență. Trat. regim lacto-hidric, gargare.

28. VII. Starea generală gravă, temperatura $39,8^{\circ}$, puls frecvent. Tesuturile mastoidiene din dreapta roșii și dure-roase, din urechea dreaptă se scurge o secreție purulentă în abundență. Se indică deschiderea mastoidei drepte. Trat. pansament, gargare, injecție chinin — uretan.

29. VII. Starea generală aceeași. Se deschide mastoidea dreaptă, practicându-se antrocelulotomie maximă; se constată și din partea aceasta distrucția osoasă și puroi în abundență. Trat. regim lacto-hidric, gargare, injecție de electragol $2\frac{1}{2}$ cm.³ i. m.

1. I. Starea generală ameliorată. temp. 38° , puls frecvent. Plăgile mastoidiene operate supurează puțin și se pansează zilnic. Pe tegumente mai ales pe torace începe ușoară descuamație. Controlul urinei, negativ. Trat. electragol 2 cm.³ i. m., gargare.

13. I. Starea generală bună, temperatura 37° , puls normal, descuamație pe palme și membrele inferioare. Plăgile mastoidiene se pansează tot la 2 zile.

16. I.—21. I. Starea generală bună, temp. $36^{\circ},8$, puls normal. Plăgile mastoidiene operate sunt curate, supurează puțin, merg spre vindecare. Ganglionii cerv. și submax. nu sunt măriți, faringele liber, descuamația de pe tegumente s'a terminat.

27. I. Starea generală f. bună temp. $36^{\circ},8$, puls normal plăgile operate nu supurează, se închid încet. Controlul urinei: A. urme, P. Z. negativ. Bolnavul părăsește serviciul clinicei vindecat, urmând să facă restul pansamentelor mastoidiene la Clinica O. R. L.

Obs. II. Boln. B. R. de 14 ani intră în serviciul Clinicei infecțioase în ziua de 23 Aprilie 1936 și părăsește serviciul vindecat în ziua de 1 Iunie 1936 cu diagnosticul de: scarlatină gravă și toxică, otita stângă, mastoidită stângă operată, nefrită acută mijlocie, boala serului.

Ex. general al boln.

Ant. personale. Purpura hemoragică la 11 ani, gripa repetată.

Boala actuală datează de 5 zile. Debutază brusc cu dureri de gât la diglutiție. Amigdale hiperemiate cu angină foliculară, a doua zi se acopăr cu false membrane, iar a 3-a zi limba de smeură și enantemul vălului palatin. În ziua de 21 Aprilie acuză dureri mari la urechea stângă cu iradieri spre aceeași mastoidă. Cu aceste simptome intră în serviciul Clinicei.

Ex. general al boln. Boln. de statură mică, tegumentele normal colorate, ganglionii cervicali palpabili, sensibilitatea la palparea pe mastoidă stângă, pupile rotunde, centrale, reacționează bine la lumină și la distanță. În gât amigdale hiperemiate și hipertrofiate, peretele faringian, acoperit cu mucozități purulente. Torace simetric, aparatul circulator și digestiv nimic deosebit.

Mersul boalei. 23. IV. Starea generală gravă, temp. 38°, puls 120. Bolnava acuză dureri în gât, la urechea stângă cu iradiere spre mastoidă care la palpate este f. sensibilă. În timpul nopții i se perforează timpanul stâng și se curge o secreție purulentă. Trat. se administrează 30 cm³. Ser de convalescent intra-muscular.

25. IV. Starea generală aceeași. Sensibilitatea pe mastoidă stângă persistă, secrețiunile naso-faringiene sunt foarte abundente. Trat. injecție i. m. cu electraragol și calciu clorat.

26. IV. Aceiaș stare generală gravă. Se trepanează mastoidă stângă de către prof. Gh. Buzoianu, ajutat de Dr. Șt. Gârbea găsindu-se o apreciabilă cantitate de puroi. Controlul urinei: albumină pozitiv, iar în sediment hematii, leucocite și celule descumate. Trat. cardiotonice, efedrina, calciu.

2. V. Starea generală ameliorată, temperatura $37^{\circ},4$, puls 90. Subiectiv boln. acuză durere la nivelul mastoidei din stânga a cărei plagă se drenează și se pansează zilnic.

6. V. Starea generală aceeași plaga operatorie secretează ușor, iar din puroi se pune în evidență streptococul, stafilococul gram negativ.

14. V. Starea generală bună, bolnava este afebrilă. Subiectiv acuză ușoare dureri în mastoidă stângă, iar obiectiv plaga nu mai supurează cu tendință spre închidere completă.

17, V.—30. V. Starea generală din ce în ce mai bună, plaga mastoidiană stângă merge spre vindecare, în urină albumina este negativă, iar în sediment se mai găsesc câteva hematii.

1. VI. Boln. părăsește serviciul vindecat urmând a face restul pansamentelor pentru mastoida stângă la Clinica O. R. L.

Obs. III. Boln. C. V. de 3 ani din Cluj intră în serviciul Clinicei infecțioase în ziua de 25. II. 1937 și părăsește serviciul vindecat în ziua de 30 Aprilie 1937 cu diagnosticul de: scarlatină gravă toxică, boala serului, otomastoidită stângă supurată operată, otita medie dreaptă supurată, adenită cervicală dreaptă.

Ant. h. col. și personale nimic deosebit.

Boala actuală datează de 2 zile, cu dureri de cap, inapetență, dureri în gât accentuate la degluție.

Ex. gener. al bolnavului.

Boln. de conformație normală, țesut muscular, adipos bine dezvoltat, tegumentele normale colorate, ganglioni cervicali sunt prinși și formează un pachet dur, dureros la palpare. Amigdalele sunt mărite de volum, prezintă false membrane, aderente, aspect albicios și de formă rotundă. Aparatul circulator, digestiv nu prezintă nimic deosebit, ficatul, splina nu se palpează.

Mersul boalei. 28. II. Starea generală gravă, temperatura 39° , bolnavul face scarlatină cu exantem generalizat, prezintă frison cu angină, tahicardie, fenomenele digestive, greață și vărsături. Trat. se administrează 60 cm.^3 ser anti-

scarlatinus Dick—Doches, gargare, instilații cu oleu gome-nolat, regim lacto-hidric.

5. III. Starea generală mulțumitoare temp. 37°₅, puls 120. Boln. face boala serului, se dă soluție calciu clorat 5%.

17. III. Starea generală gravă, temperatura 39°. Boln. acuză dureri intense la urechea stângă: se dă o injecție cu chinin-uretan.

18. III. Se face diagnosticul de otită stângă cu sensibilitate mastoidiană destul de accentuată. Trat. se practică paracenteza timpanului stâng

20. III. Starea generală gravă, simptome mastoidiene accentuate. Se deschide mastoidita stângă de către Prof. Gh. Buzoianu ajutat de Dr. St. Gârbea, găsindu-se o cantitate apreciabilă de puroi mai ales spre vârful mastoidei.

23. III. Boln. face otită medie supurată dreaptă. Se face paracenteza dreapta și se administrează 3 cm.³ electragol.

25. III. Starea generală aceeași din ambele urechi de scurge puroi din abundență. Trat. se pansează mastoida stângă zilnic, se dă prontosil în injecții și tablete.

3. IV. Starea generală gravă, temperatura 40°, puls 152. Se formează adenita cervicală dreaptă dură și f. durosă. Trat. se dă calciu uretan contra temperaturii și electragol ca desinfectant.

12. IV. Se deschid chirurgical ganglionii cervicali, găsindu-se o colecție abundență de puroi.

16. IV.—27. IV. Starea generală bună. Bol. este afebril, plaga cervicală complect închisă, cea mastoidiană prezintă țesut de granulație în abundență cu tendință spre vindecare.

30. IV. Starea generală bună. Boln. este luat acasă, rămânând ca plaga mastoidiană să fie pansată până la vindecare complectă la clinica O. R. L.

Obs. IV. Bolnava G. G. de 7 ani intră în serviciul Clinicei infecțioase în ziua de 9 Aprilie 1937 și moare în ziua de 26 Aprilie 1937 cu diagnosticul de: scarlatină gravă septică cu mastoidită supurată bilaterală operată, adenită cervicală dreaptă operată, nefrită hemoragică, artrită septică.

Ant. h. col. fără importanță.

Ant. personale. Pojar.

Boala actuală datează de 18 zile a debutat brusc cu grețuri, vărsături, temperatura $39^{\circ},5$ și exantem scarlatiniform pe tegumente. Bolnava primește 20 cm.³ de ser anti-scarlatinous.

În 30. III. se deschide spontan timpanul din dreapta, iar după 3 zile cel din stânga, însoțit de scurgeri abundente de puroi. De o săptămână boln. acuză dureri în regiunea mastoidiană dreaptă mai accentuate la presiune.

Ex. general al boln. Bolnavul de conformație normală, în ambele regiuni cervicale ganglioni măriți, duri și sensibili. Din ambele canale auditive externe se scurge în abundență puroiu cu aspect verzui. Aparatul circulator și digestiv nimic deosebit.

Mersul boalei. 9. IV. Starea generală alterată, temperatura $38,5^{\circ}$, puls 128, durere mastoidiană vie la dreapta și scurgere auriculară accentuată. Cu aceste simptome bolnava este operată de către prof. Gh. Buzoianu ajutat de dr. St. Gârbea, practicându-i-se antrocelulotomie maximă. După secțiunea părților moi și trepanația tablei osoase externe se constată că, cavitățile osoase mastoidiene prezintă aspect necrotic cu sfaceluri și miros f. fetid; se raclează țesutul osos necrozat cât mai mult, se desinfectează și se pansează.

13. IV. Starea generală gravă, temperatura $39^{\circ},7$, puls 152. Tumefacția ganglionilor din regiunea cervicală dreaptă fiind foarte accentuată, se deschid chirurgical găsindu-se o cantitate apreciabilă de puroi. Trat. pansament zilnic, cardio-tonice, prontosil.

18. IV. Starea generală se menține gravă. Sensibilitatea pe mastoida stângă se accentuează. Se trepanează mastoida stângă de către d-l Prof. Gh. Buzoianu, găsindu-se aceiași necroză osoasă și puroi ca și în mastoida din dreapta.

20. IV. Starea generală gravă, temp. $39,5^{\circ}$, puls 148. În urină albumină pozitivă, microscopic hematii, leucocite, cilindri, granuloși și hialini. Trat. se administrează 30 cm.³ de ser antiscarlatinous, prontosil, septicemina intravenos, cardiotonice.

24. IV. Starea generală f. gravă, copilă prezintă accese de confuzie mintală. Plăgile operatorii supurează puțin, sunt atone și fără hemoragii, cavitatea bucală și retro-faringiană

acoperite cu false membrane necrotice din care se pune în evidență streptococul hemolitic și stafilococul aureu. Trat. 300 cm.³ ser de convalescent, prontosil, vitamina C, plus 60 cm.³ glucoză 40% și cardiotonice.

26. IV. Starea generală f. gravă temp. 39^o,9, puls abia perceptibil, respirația dificilă, oligurie în ultimele 24 de ore, confuzie mintală durabilă și pronunțată. Cu aceste simptome bolnava sucombă.

Obs. V. Boln. A. H. de 14 ani intră în serviciul clinicii infecțioase în ziua de 28 Iulie 1936 și părăsește serviciul vindecat în ziua de 12. IX. 1936 cu diagnosticul de: scarlatină gravă septică, otită bilaterală, mastoidită bilaterală operată, nefrită.

Ant. L. col. fără importanță.

Ant. personale. Boln. a suferit de difterie la 1^{1/2} an și pojar la 6 ani.

Boala actuală datează de 3 zile a debutat cu dureri în gât, febră mare și exantem cu pete roșii aproape pe întregul corp. Cu aceste simptome intră în serviciul clinicii.

Ex. general al boln. Boln. de conformație normală, pe tegumente exantem scarlatiniform generalizat, semnul lui Grozovici—Pastia pozitiv. În gât, lueta și pilierii roșii, amigdalele mărite și acoperite cu un depozit de puroiu. Aparatul circulator, digestiv normale.

Mersul boalei. 28. VII. Temperatura 39^o,7, puls tahicardic, starea generală gravă. Trat. Se dă ser de convalescent 30 cm.³, ser antiscarlatinos 60 cm.³.

29. VII. Bolnavul face otită stângă, are dureri în gât unde amigdalele sunt f. mărite. Trat. ser antiscarlatinos 50 cm.³.

30. VII. Starea generală gravă, temperatura 39^o,7. Bolnavul prezintă reacția mastoidiană stângă intensă cu adenită cervicală din aceeași parte.

1. VIII. Febra și durerea la mastoidă stângă persistă. Se trapanază mastoida stângă de către asistentul dr. Th. Naghi ajutat de dr. Gârbea, găsindu-se puroi în abundență mai ales la nivelul vârfului. Tot în aceeași zi bolnavul face boala serului.

9. VIII. Temperatura $38^{\circ},2$, puls normal. Bolnavul face otită medie supurată dreaptă, având dureri intense la nivelul urechei drepte. Trat. se face paracenteza la urechea dreaptă, mastoida stângă se pansează zilnic.

16. VIII. Seara temp, 38° , sensibilitate ușoară asupra mastoidei drepte. Trat. boln. primește injecție cu electrargol 3 cm.^3 i. m.

22. VIII. Se face trepanația mastoidei drepte și se constată focare purulente multiple în celulele mastoidiene. După operație boln. se simte mai bine temp. scade la $37^{\circ},4$.

26. VIII. Bolnavul se simte din ce în ce mai bine. Ambele plăgi mastoidiene se pansează zilnic, secretează ușor cu tendință vădită spre vindecare.

6. IX. Bolnavul este afebril, de 2 zile se alimentează cu lichide, făinoase și grăsimi. Se face controlul urinei și se constată ușoară albumină, puroi, zahăr negativ.

12. IX. Starea generală f. bună. Boln. este afebril, părăsește clinica, vindecat rămânând a face pansamente zilnice a plăgilor mastoidiene până la vindecarea completă.

Obs. VI. Boln. F. V. de 2 ani intră în serviciul Clinicei infecțioase în ziua de 23. V. 1935 și moare în ziua de 31. V. 1935 cu diagnosticul de: otita dublă supurată, mastoidită bilaterală operată, adenită supurată.

Ant. h. col. și personale fără importanță.

Bolnava este transportată dela spitalul epidemic în serviciul clinicei Infecțioase din Cluj, pentru a i se face deschiderea mastoidelor.

Ex. general al boln. Bolnava cu tegumente palide, ganglionii ușor măriți, reflexe osteotendinoase și cutanate păstrate, toracele de conformație normală. Aparatul circulator și digestiv normale.

Mersul boalei. 24. V. Bolnava este palidă cu starea generală rea, temperatura $39^{\circ},2$. Trat. se deschide adenita supurată găsindu-se o cantitate apreciabilă de puroi.

27. V. Bolnava prezintă semne clasice de mastoidită stângă, cu starea generală rea, temp. $38^{\circ},9$.

28. V. Deoarece febra și durerea mastoidiană persistă, accentându-se mai mult, se deschide mastoida stângă, practicându-se antrocelulotomia maximă.

29. V. Starea generală rea, apar semne de mastoidită dreaptă cu dureri vii și temperatura $39^{\circ},5$.

31. V. Starea generală aceeași, se deschide mastoïda dreaptă. Bolnava se simte rău devine f. palidă și la ora 6 d. m. sucombă.

Obs. VII. Boln. B. St. de 7 ani intră în serviciul Clinicii de boli contagioase în ziua de 27 Sept. 1935 și părăsește serviciul vindecat în ziua de 30 Decembrie 1935 cu diagnosticul de: scarlatină septică, otita medie dreaptă purulentă, mastoidită dreaptă operată.

Ant. h. col. nimic deosebit.

Ant. personale. La vârsta de 5 ani tuse convulsivă la 6 ani varicelă, la $6\frac{1}{2}$ pojar.

Boala actuală datează de 4 zile. A debutat brusc cu dureri de cap și gât, temperatura 40° , inapetență, grețuri, vărsături și dureri abdominale. În aceeași zi spre seară îi apare pe corp erupțiuni roșii. Cu aceste simptome intră în serviciul Clinicii. Ex. general al boln. Bolnavul de conformație normală, tegumentele cu erupțiuni scarlatiniforme, în gât amigdelele tumefiate și f. hiperemice. Aparatul circulator și digestiv normale.

Mersul boalei. 28. IX. 1935. Starea generală rea bolnavul acuză dureri la nivelul urechei drepte. Diagnosticul: otita medie dreaptă. Se face miringotomie largă, scurgându-se o cantitate apreciabilă de puroi.

29. IX. Starea generală bună, temperatura scade litic pulsul deasemenea.

3. X.—19. X. Starea generală bună, boln. este afebril, pulsul de frecvență normală. Controlul urinei negativ.

20. X.—26. X. Starea generală aceeași, începe stadiul de descuamație; urina fără elemente patologice.

2. XI. Bolnavul prezintă un puseu febril cu dureri intense în regiunea mastoidiană dreaptă. Se face antocelulotomie maximă de către Dr. Tn. Naghi, găsindu-se în interiorul mastoidei drepte focare multiple de puroi.

4. XI. Starea generală bună, temperatura revine la normal. Local plaga mastoidiană dreaptă supurează puțin și se pansează zilnic

11. XI. Starea generală bună. Bolnavul este subfebril descuamația de pe tegumente s'a terminat, plaga mastoidiană operată merge spre vindecare, nu mai supurează se pansează la 2 zile.

18. XI. Starea generală aceeași, local plaga operată merge spre vindecare.

30. XI. Starea generală bună, plaga mastoidiană dreaptă cicatrizată. Bolnavul părăsește serviciul Clinicei infecțioase complet vindecat.

Obs. VIII. Boln. C. E. de 3^{1/2} ani intră în serviciul clinicei infecțioase în ziua de 22 Ian. 1937 și părăsește serviciul vindecat în ziua de 25 II. 1937 cu diagnosticul de: scarlatina, otită medie supurată, mastoidita stângă operată.

Ant. h. col. fără importanță.

Ant. personale. Acum un an a suferit de pojar.

Boala actuală datează de 3 săptămâni. A debutat brusc cu dureri de cap, temperatura 38^{0,5} și exantem generalizat. Încă dela începutul boalei a avut dureri la urechea stângă, pentru ca după 4 zile să prezinte otoree abundentă.

Ex. general. Boln. de conformație normală, tegumentele palide cu ușoară descuamație, ganglionii submaxilari ușori măriți, ambele urechi supurează ușor având timpanele paracentizate. În gât amigdalele sunt mărite și hiperemiate. Aparatul circulator, respirator, digestiv nimic deosebit.

Mersul boalei. 22. I. Starea generală alterată, copilul este slăbit și foarte anemic.

24. I. Aceiași stare generală. Local ambele urechi supurează din abundență.

30. I. Starea generală alterată, temperatura 38⁰, semne de mastoidita stângă sunt f. evidente. Se face trepanație de către Dr. Th. Naghi, găsindu-se în interiorul mastoidei stângi puroiu sub tensiune mare.

2. II. Starea generală satisfăcătoare, copilul se simte bine. Plaga mastoidiană stângă se pansează zilnic.

13. II. Starea generală bună, copilul este afebril însă f. anemic și slăbit.

16. II. — 28. II. Starea generală satisfăcătoare. Local

plaga mastodiană stângă operată este curată și merge spre vindecare.

7. III. Starea generală bună, copilul este afebril.

14. III. — 22. III. Aceiaș stare generală și locală.

29. III. Starea generală f. bună. copilul este afebril pleacă acasă complet vindecat.

Obs. IX. Boln. D. P. în etate de 4 ani din Cluj intră în serviciul clinicei în ziua de 17. II. 1935 și părăsește serviciul vindecată în ziua de 13 Aprilie cu diagnosticul de: scarlatină gravă septică, otită dublă purulentă, mastoidită bilaterală operată, difterie nazală, amigdalită septică, nefrită, abces al brațului stâng, miocardită.

Ant. h. col. nimic deosebit.

Ant. personale. La vârsta de $1\frac{1}{4}$ ani a suferit de tuse convulsivă, la 2 ani de pojar.

Boala actuală datează de 4 zile a debutat brusc cu dureri de cap, neliniște, temperatură, greață, vărsături și exantem generalizat.

Ex. general. Boln. de conformație normală, tegumentele din regiunea foselor iliace și pe coapse prezintă un exantem scarlatiniform, ganglionii submaxilari ușor măriți și puțin sensibili la palpare.

Mersul boalei. 17. II. Starea generală gravă, bolnava este agitată, delirează, temperatura $39^{\circ},5$, puls 170. Trat. se administrează 90 cm.⁸ ser de convalescent și o fiolă de cardiazol.

20. II. Starea generală se ameliorează, exantemul depe tegumente a dispărut. Bolnava prezintă difterie nazală, otită bilaterală și simptome de mastoidită. În secreția nazală se pun în evidență b. difterici. Trat. se face paracenteza ambele timpane.

21. II. Starea generală rea, temperatura 40° , puls 160, apar semne de mastoidită bilaterală și iritație meningială, amigdalele hipertrofiate și hiperemiate. Trat. Se deschid mastoidele, practicându-se de amândouă părțile antrocelulotomie maximă, să dă 20 cm.³ de ser Bering plus 20 cm.³ ser anti-scarlatinus, cardiazol, chinină o fiolă.

22. II. Aceiaș stare a bolnavei, temperatura $39^{\circ},5$, plus 150. Trat. ser antidiferic; Cantacuzino 20 cm.³, ser de convalescent 30 cm.³, se face pansamentul ambelor mastoide operate.

24. II. Temperatura 39° , puls 130, bolnava face boala serului. Trat. cardiazol, efedrina.

3. III. Bolnava febrilă cu starea generală rea, leucocitoză 16.000. Controlul urinei, albumină slab pozitiv.

15. III. Starea gravă persistă, bolnava face abces la brațul stâng, care se deschide chirurgical.

25. III. Bolnava prezintă febra tahicardie și ușoare semne de miocardită. Trat. zilnic se administrează cardiazol și digalen sub formă de picături.

3. IV. Starea generală mai bună. Bolnava este subfebrilă se alimentează bine și câștigă încet în greutate. Plăgile mastoidiene pe cale de vindecare.

12. IV. Starea generală aceeași. Plăgile mastoidiene din ambele părți aproape vindecate.

13. IV. Bolnava părăsește cerviciul Cliniceii Infecțioase vindecată.

Obs. X. Boln. C. G. de 11 ani din Cluj, intră în serviciul cliniceii infecțioase în ziua de 6 Aprilie 1936 și sucombă în ziua de 17. IV. 1936 cu diagnosticul de: scarlatină gravă toxică și septică, difterie nazală, otită stângă, mastoidită stângă operată, flegmon al articulației cotului drept;

Ant. b. col. Fără importanță.

Ant. personale. Anul trecut a avut pojar și în repetate rânduri a suferit de amigdalită.

Boala actuală datează de 4 zile, debutând brusc cu dureri în gât, grețuri și vărsături, temperatură ridicată. Cu aceste simptome boln. se internează în serviciul Cliniceii Infecțioase. Ex. general al boln. Boln. de statură mică, tegumentele prezintă un exantem maculo-papulos. În gât amigdalele f. hipertrofiate, sunt acoperite cu mici puncte de proi. Toracele simetric aparatul circulator și digestiv nimic deosebit.

Mersul boalei. 6. IV. Starea generală gravă, temp.

38^o,5, puls 130. Bolnavul cu amigdale f. hipertrofiat^e și hiperemiate, prezintă dureri la nivelul urechei din partea stângă, cu iradieri vii spre mastoida de aceeași parte. Secreția nasală este purulentă și f. abundentă. Trat. se administrează 35 cm.³ ser de convalescent, cardiazol, chinină.

7. IV. Bolnavul prezintă semne clasice de mastoidită stângă cu starea generală gravă, temp. 40^o,2, puls 160. Trat. se practică antrocelulotomie maximă la mastoida stângă; se administrează 30 cm.³ ser de convalescent, injecții cu pron-tosil plus calciu cardiazol.

8. IV. Starea generală aceeași, în secreția mastoidiană se pune în evidență streptococi hemolitici. Trat. se administrează 80 cm.³ ser antiscarlatinos.

13. IV. Starea generală gravă, temperatura 39^o, puls 150. Bolnavul face un flegmon al antebrațului care se deschide chirurgical. Se administrează electargol plus cardiotonice.

15. IV. Starea generală gravă, temp. 39^o,1, puls tahicardic. Bolnavul este f. slăbit, are dispnee și dureri în gât. I se administrează cardiotonice.

17. IV. Bolnavul sucombă. La autopsie se constată: urechea medie plină cu puroi, mastoida stângă în parte necrozată cu puroi în abundentă, amigdalele mărite și cu mici abcese intra-amigdaliene, infarct pulmonar, cordul ușor dilatat, corticală rinichiului îngroșată și friabilă.

Obs. XI. Boln. L. T. de 5¹/₂ ani din Cluj intră în serviciul Clinicei Infecțioase în ziua de 19 Noembrie 1936 și părăsește serviciul vindecat în ziua de 29. XII. cu diagnosticul de: scarlatină otita medie stângă supurată, mastoidită stângă operată, boala serului.

Ant. h. col. Mama moartă de tuberculoză.

Ant. personale. Boln a suferit de pojar în 1934, pleurită, tuse convulsivă în 1936.

Boala actuală datează de 2 zile, a debutat brusc cu dureri în gât, febră acompaniate de vărsături și apariția pe torace a unui exantem discret.

Ex. general a boln. Bolnavul de conformație mijlocie, eugementele normal colorate, țesutul celular subcutanat bine

desvoltat, ganglionii nu sunt măriți, pe torace, un exantem discret. Pupile normale, rotunde reacționează la lumină și la distanță, reflexele osteo-tendinoase păstrate. Gâtul liber, aparatul circulator și digestiv nimic deosebit.

Mersul boalei. 20. XI. Starea generală satisfăcătoare, temperatura $38^{\circ},5$.

23. XI. Bolnava prezintă otită stângă cu dureri auriculare intense și febră 38° . Trat. se face miringotomie largă la ureche stângă, din care se scurge puroiul sub tensiune. Bolnavul primește 3 cm^3 de electrargol intramascular.

26. XI. Bolnavul face boala serului. Prezintă durere accentuată la nivelul mastoidei stângi și temp. $38^{\circ},2$. Cu aceste simptome se indică de urgență trepanația mastoidei stângi.

27. XI. Se practică antrocelulotomie maximă, găsindu-se la trepanația mastoidei stângi mai ales la vârf o cantitate apreciabilă de puroi. După operație starea generală se îmbunătățește, temperatura începe să scadă simțitor.

1. XII. Starea generală bună, temp. scade și oscilează între $36^{\circ},6$ — $36^{\circ},8$. Zilnic se pansează mastoida stângă operată.

5. XII. Starea generală bună, boln este afebril.

10. XII.—15. XII. Starea generală aceiaș.

15. XII.—24. XII. Aceiaș stare, se face pansament zilnic a plăgii mastoidiene operate care e aproape vindecată.

29. XII. Starea generală bună, bolnavul afebril este lăsat să plece acasă.

CONCLUZIUNI.

1. Mastoidita scarlatinoasă este relativ frecventă față de restul mastoiditelor infecțioase și în raport cu mastoiditele în general.

2. Mastoidita scarlatinoasă este o afecțiune gravă, cu leziuni anatomo-patologice tipice de osteită distructivă, cauzată de streptococ și toxina lui, singur sau asociat cu alți piogeni (stafilococ, pneumococ, piocianic) care-i măresc virulența.

3. Angina scarlatinoasă constituie afecțiunea primară, care infectează urechea mijlocie prin intermediul trompei, iar mastoidita este o consecință a otitelor medii scarlatinoase.

4. Aproape totdeauna mastoidita scarlatinoasă este secundară unei otite grave de aceeași origină, excepțional poate fi primitivă produsă pe cale sangvină în urma septicemiei scarlatinoase.

5. Mastoiditele scarlatinoase care survin în urma otitelor din prima săptămână a scarlatinei sunt grave, evoluează uneori bilateral; cele care apar după otitele tardive din a treia săptămână sau mai târziu sunt mai puțin grave și în general unilaterale.

6. Rolul vegetațiilor adenoide și al hipertrofiilor de amigdale prezintă o mare importanță la producerea, întreținerea și agravarea, otitei în cursul scarlatinei.

7. Tratamentul mastoiditei scarlatinoase este local și general. Tratamentul local este fundamental și consistă din antrocelulotomie maximă; tratamentul general coosistă în tratamentul infecției generale scarlatinoase (seroterapie specifică). El constituie un adjuvant prețios pentru desăvârșirea tratamentului operator.

8. Când după miringotomie largă nu se constată nici o tendință la retrocedarea fenomenelor dureroase mastoidiene și a febrei, Clinica O. R. L. din Cluj recomandă dela început antrocelulotomia maximă.

9. Profilaxia mastoiditei scarlatinoase cuprinde:

a) ablația vegetațiilor adenoide și a amigdalelor bolnave la copii.

b) antisepsia atentă a rino-faringelui și tratamentul rațional al anginei scarlatinoase în timpul scarlatinei.

c) timpanotomia imediată și largă atrio aticală, în caz de otită supraacută scarlatinoasă.

Văzută și bună de imprimat:

Președintele tezei:

Pro. Decanul Facultății:

(ss.) Prof. Dr. G. Buzoianu.

(ss.) Prof. Dr. I. Moldovan



BIBLIOGRAFIE.

Prof. Dr. G. Buzoianu: Trepanația mastoidiană actuală. Clujul Medical 1 Martie 1935.

Prof. Dr. G. Buzoianu: Elemente de otologie. 1937.

Prof. Dr. G. Buzoianu, Dr. Dorin Ionescu și Eugen Bodea: Cazuri de mastoidită acută supurată bilaterală scarlatinoasă la copii 1 Aprilie 1936.

Prof. Dr. G. Buzoianu: 166 trepanări mastoidiene pentru mastoidită acută sau cronică — extras din revista „Clujul Medical” No. 4/1937.

Prof. Dr. G. Buzoianu: Regulele chirurgiei oto-rinolaringologice. România Medicală Oct. 1932.

N. Popolița: Otite medii și mastoidite la maladiile infecțioase acute „Clujul Medical” 1923 p. 281.

Georges Portman: Traité de Technique opératoire oto-rino-laringologique 1932.

Germoyer—Boulay—Hautant: Traité des affections de L'oreille 1921.

Dr. V. Fotiade: Otita medie scarlatinoasă la copii „Cinica” revistă medicală 1928.

A. Filatow: Diagnostic et semiologie des maladies de l'enfants.

P. Nobécourt: Précis de médecine des enfants, Paris 1924.

Costex, A.: Maladies du larynx, du nez et du oreille.

G. Sage: La scarlatine.

Borman F.: Die Scharlachkomplikationen und die serotherapie des Scharlach. Deutsch Medic. Woch 1929.

Laurens G.: Chirurgie de l'oreille, de nez, du harynx et du larynx Masson 1936.

Laurens G.: Précis oto-rhino-laryngologique Masson 1931.

Laurens G.: Oto-rhino-laryngologie du médecin praticien 1921.

Moure F. I.: Technique chirurgicale oto-rhino-laryngologique.

Parrel I.: Précis de thérapeutique médicale oto-rhino-laryngologique 1921.

Jochmann: Lehrbuch der Infektionskrankheiten (1924).

Perdrizet L. E.: Aide-Mémoire de microbiologie 1928,

Heiman: L'oreille et ses maladies.

Branca A.: Précis d'histologie Paris 1921.

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

Prof. Dr. Victor Papilian: Tratat de anatomie umană 1923.

G. Raussy: Précis d'anatomie pathologique, Masson 1933.

Testut Iacob O.: Traité d'anatomie topographique Paris 1921 T. I. P. 62.

