

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

No 1543

OTITELE SUPURATE ALE SUGARILOR



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 15. 11. 1940

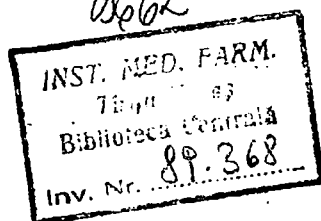
DE
STRASSER ALEXANDRU

OTITELE SUPURATE ALE SUGARILOR



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 1940

DE
STRASSER ALEXANDRU



24 MAY 2005

UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I« DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINA

Decan: Prof. Dr. DRĂGOIU I.

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr. ALEMAN I.
Microbiologia	„ „ BARONI V.
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	„ „ BARONI V.
Fiziologia umană	„ „ BENETATO GR.
Istoria medicinei	„ „ BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală	„ „ BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	„ „ BUZOIANU G.
Istologia și embriologia umană	„ „ DRĂGOIU I.
Semiologia medicală	„ „ GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală	„ „ GRIGORIU C.
Clinica medicală	„ „ HATIEGANU I.
Medicina legală	„ „ KERNBACH M.
Chimia biologică	„ „ MANTA I.
Clinica oftalmologică	„ „ MICHAEL D.
Clinica neurologică	„ „ MINEA I.
Igiena și igiena socială	„ „ MOLDOVAN I.
Radiologia medicală	„ „ NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică	„ „ PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală	„ „ POP A.
Medicina operatorie }	
Clinica infantilă	„ „ POPOVICIU GH.
Chimia medicală	„ „ SECĂREANU ȘT.
Balneologia	„ „ STURZA M.
Clinica dermato-venerică	„ „ TĂTARU C.
Clinica urologică	„ „ TEPOSU E.
Clinica psihiatrică	„ „ URECHIA C.
Anatomia patologică	„ „ VASILIU T.
Igiena generală	Agr. ZOLG M.
Fizica medicală	Conf. BĂRBULESCU N.

JURIUL DE SUSTINERE :

PREȘEDINTE: D-l. Prof. Dr. G. BUZOIANU

MEMBRII:	}	„ „ „	GH. POPOVICIU
		„ „ „	T. VASILIU
		„ „ „	GR. BENETATO
		„ „ „	V. BOLOGA

SUPLEANT „ Conf. „ TR. POPOVICI

*Alor mei în semn de
dragoste și recunoștință.*

*Dlui Prof. G. Buzoianu mulțumiri pentru onoarea ce
mi-a făcut primind președinția lucrării mele inaugurale.*



*Onor. Juriu de Promoție
omagii respectuoase.*



SECRETARUL UNIVERSITĂȚII

DR. A. POPESCU - 0232207191 - Iasi

INTRODUCERE.

În timpul din urmă studiarea aparte a otitelor supurate la sugari față de otitele adulților câștigă o deosebită importanță, constituind un punct principal al programului care se îndreaptă pentru combaterea patologiei infantile.

După G. Alexander 30% din sugari suferă în primul an al vieții lor de otită medie supurată; la autopsii în 75—80% a cazurilor se observă afecțiuni auriculare. L. Hoffmann în statistica lui publicată asupra otitelor survenite în cursul pneumoniei sugarilor, arată că dintre 440 sugari pneumonici examinați 149 aveau otite. Preysing și mai nou Krassing arată că procentul otitelor în complicația pneumoniilor este 70—90%.

Rabinovici și Salzberger între anii 1928 și 1931 din 99 cazuri de toxicoze ale sugarilor în 82 cazuri au găsit otite (16 unilaterale și 66 bilaterale).

Deosebirea față de otitele adulților, prezentarea clinică specială, influența acestor otite supurate asupra organismului sugarilor, raporturile anatomo-fiziologice speciale și greutatea întâlnită în examinarea și diagnosticul otitelor supurate la sugari, ne îndepărtăsc la un studiu mai amănunțit al acestei probleme.

Sunt deosebiri și în ceea ce privește tratamentul față de otitele adulților. Pe când la adulți toți specialiștii sunt adepții unei paracenteze precoce, la sugari, cu toate că otologii recomandă același procedeu, pediatrii din trecut și unii chiar în prezent au fost contra acestei metode. Medici vestiți ca Czerny și Mayer n'au recurs niciodată la paracenteza copilului de sân după unele date ale literaturii. După ei otita supurată a sugarilor s'ar vindeca în multe cazuri fără ajutorul paracentezei, iar dacă totuși intervine perforația spontană, aceasta are o acțiune mult mai favorabilă asupra evoluției boalei, decât paracenteza.

Pirquet efectua paracenteza numai în fața timpanelor bombate. În schimb Finkelstein și Lust sunt mai radicali, iar Solge este cu totul radical, făcând paracenteză foarte timpurie pentru asigurarea scurgerii puroiului, care are influență nocivă asupra organismului sugarului.

În timpul din urmă majoritatea pediatriilor consideră de deosebită importanță urechea sugarului, atrăgând atenția asupra acțiunii nefaste și în multe cazuri toxice a urechii purulente asupra organismului sugarilor.

Având în vedere cele de mai sus am crezut interesant și în același timp important să mă ocup cu această problemă.

ISTORIC.

În anul 1683 Duverney semnalează extrema frecvență a otitelor la necropsii. Impresionat de aceeași frecvență, în 1858 Von Troeltsch face o descriere anatomo-patologică: „Catarul purulent al urechii la copii”, bazat pe necropsii.

Studii clinice de specialitate apar în 1869 când Parrot publică lucrarea: „De l'otite moyenne chez le nouveau-né”. În 1889 Netter descrie: „Les alterations de l'oreille moyenne chez les enfants en bas âge”. Gradenigo și Panco sunt primii cari fac observațiuni bacteriologice asupra conținutului casei timpanului la cadavrele noilor-născuți.

În 1903 Aviragnet și Barbillon stabilesc o legătură etiologică între rinofaringe și otita medie.

În 1904 Jacobi din New-York în lucrarea sa „Otita latentă la sugari” are marele merit de a atrage atențiunea cercetătorilor asupra acestui mod latent de evoluție a otitei medii supurate.

Lucrările cari pun în lumină turburările digestive provocate de otita latentă apar abia în 1905 când Kishi și Le Mée constată dispariția acestor tulburări în urma paracentezei timpanului.

ETIOLOGIE.

În marea majoritate a cazurilor infecția își are originea în nasofaringe. Această inflamație a nasofaringelui se propagă la mucoasa casei prin trompa lui Eustache care la sugari este mai scurtă și mai largă. Inflamațiile nasofaringelui sunt datorite bolilor infecțioase generale (gripă, febrele eruptive: scarlatina, variola, pojar apoi sifilis și tuberculoză) și cauzelor de ordin local cari pot provoca stări inflamatorii ale nasofaringelui, ca vegetațiuni adenoide, amigdalite, spațaturi nasale intempestive, corpi străini etc.

La populația săracă numărul relativ mare al otitelor

supurate la sugari este în legătură cu nașterile în condițiuni nefavorabile, cu vărsăturile dese, alimentația artificială, diateză exudativă. La orașe se mai adaugă și posibilitatea infecției din cauza suprapopulării locuințelor.

Câteodată pare că nasofaringele, mucoasa casei timpanului, ba chiar și antrul mastoidian la sugari formează o unitate fiziologică înbolnăvindu-se simultan (Sternfeld).

Considerațiuni anatomice și fiziologice.

Constituția anatomică a urechii sugarilor are un rol important în dezvoltarea otitelor supurate. Conductul auditiv osos în această vârstă încă nu este dezvoltat. Conductul auditiv extern e relativ lung, are formă de jghiab și mai ales în primele săptămâni ale vieții, peretele superior și inferior aproape se ating. În caz de inflamație, tumefacția obstruiază conductul până la timpan. Câteodată perii din conduct pot fi așa de dezvoltați încât împiedică examinarea, totașa dupăcum și o supraproducție a glandelor ceruminoase formează o masă uicioasă, care pentru laic poate avea semnificația de puroiu.

Timpanul e aplecat înafară, iar în primele săptămâni e aproape orizontal. Orientarea asupra timpanului sugarului câteodată e foarte dificilă din această cauză și singurul punct de reper e apofiza externă a ciocanului. La sugar un timpan cu strălucire normală se observă rar, el fiind mat, alb-suriu. Prin epidermul îngroșat roșeața care trădează inflamația se observă greu, cel mult vedem o rețea de culoare roză. Bombarea timpanului se observă rar la sugari. Tabloul otoscopic devine și mai greu de interpretat dacă ținem seamă de faptul că timpanul poate fi injectat și în urma plânsului la sugarii până la 3—4 luni. Timpanul sugarilor este adesea mai rezistent decât al adulților, perforația spontană în urma unei otite supurate nu se produce de multeori decât după 1—2 săptămâni sau deloc.

Conținutul de aer al casei timpanului la sugari e foarte mic față de adult. Deci în urma turburărilor funcționale ale trompei produse de inflamații în urechea mijlocie se formează un vid care predispune și ajută la propagarea infecției din rinofaringe spre casa timpanului. Faptul că trompa e scurtă și largă ajută propagarea infecției. Presiunea care în mod normal ține trompa închisă e foarte mică. Musculatura trompei fiind slabă închiderea perfectă nu se produce.

Din aceste date anatomice reiese faptul că între urechea mijlocie și cavitatea nasofaringiană există o in-

fluență reciprocă. Mucozitățile și resturile alimentare în timpul deglutiției, dar mai ales în timpul vărsăturilor foarte frecvente la sugari se pot propaga spre casa timpanului, mai ales la sugari debilitați predispuși la infecții, la cari din cauza turburărilor de deglutiție și respirație conținutul de mucus al rinofaringelui este mare. Decubitul dorsal predispune la infecții.

Peretele mastoidian al sugarului e diploic. Peretele extern al antrului e subțire ca hârtia, iar la unii cartilagos. Deaceea întâlnim des la acest nivel abcese subperiostale, edemațierea și hiperemia regiunii mastoidiene. Canalul facialului la sugari de multe ori e dehiscent. Inflamația prin intermediul căilor limfatice peritubare și perifaciale se poate transmite ușor asupra durei și facialului, putând da meningite și paralizii faciale.

Anatomia patologică.

Flora microbiană este aproape totdeauna o asociație microbiană (strepto-stafilo-pneumococ etc.)

Puroiul este seros la începutul otitei, devine purulent în perioada de stare, iar în cea terminală mucos.

Leziunile casei se întind de obicei la întreaga ureche mijlocie. Pot fi și localizate alcătuind otite ale punگیlor. Mucoasa e roșie, tumefiată, infiltrată de globule albe. În cavitatea timpanică găsim exudatul inflamator format din globule albe alterate și din microbii supurațiunilor banale. Găsim și leziuni de vecinătate la trompă etc.

Simptomatologia.

Debutul otitei supurate la sugari nu poate fi întotdeauna precizat, simptomele subiective și obiective fiind uneori fruste. Mai rar debutează în mod brusc cu simptome generale ca: febră, vărsături, diaree, scădere în greutate și cu simptome locale: durere la atingerea urechii bolnave și în special la o apăsare mai puternică a tragusului, la care micul pacient ne răspunde uneori prin plâns. În caz de tensiune mare a exudatului purulent sugarul prezintă semnul lui Grünfelder, analog semnelui lui Babinsky: flexiunea dorsală a degetelor piciorului cu deosebire a celui mare.

Mai deseori însă debutul nu poate fi precizat, simptomele subiective fiind fruste și numai otoreia, care urmează atrage atenția celor din jur asupra urechii. În multe cazuri însă perforația spontană nu se produce decât

după 1—2 săptămâni, din cauza timpanului rezistent al sugarului. Purtarea sugarului numai în a 4-a lună începe să fie de așa natură încât aceasta să poată atrage atenția celor din jurul său asupra urechii sale bolnave. În această vârstă sugarul care suferă de urechi începe să-și ducă mâinile la cap și să înlăture culcarea pe partea afectată.

Deseori temperatura, dacă este luată regulat dela început, ne indică formarea unei otite supurate în cursul evoluției unei boli. Dacă de ex.: în decursul unei corize temperatura se ridică brusc peste 38° și concomitent sugarul n'are poftă de mâncare și prezintă o stare de prostrație, cu multă probabilitate ne putem gândi la o otită supurată.

Sunt cazuri când accidentele nervoase, meningiale cum sunt convulsiunile, vărsăturile, arată debutul otitei. În aceste cazuri o paracenteză la timpul oportun salvează copilul.

Toți otologii au părerea unanimă că examenul urechii la sugari este greu și nu reușește în toate cazurile. Acestuia nu-i putem lua datele necesare pentru anamneză și nici examenele cu diapazonul, care sunt atât de folositoare pentru diagnosticul unui adult. Acestea nu ne dau nici un ajutor în cazul examinării sugarilor. Pentru examinarea timpanului avem nevoie de anumite pregătiri. Atât timp cât capul copilului nu este ținut fix nu putem proiecta lumina asupra timpanului, căci sugarul se mișcă. Copilul trebuie ținut în brațe în așa fel, ca spatele lui să fie fixat de pieptul celui care-l ține, iar capul copilului trebuie aplecat de partea opusă urechii de examinat. Numai așa se poate obține o poziție favorabilă pentru examinare.

Cât privește conductul auditiv extern, știm că la sugari este relativ mai lung și câteodată foarte strâmt, umplut fiind de o masă ceruminoasă. În acest caz ștergem conductul cu o vată înmuiată în alcool sau oleu de parafină. În caz că avem un dop uscat vom face o spălătură cu apă caldă. Pentru examinarea timpanului ne servim de speculul de ureche de calibrul cel mai mic, pentru a nu împinge epiteliul macerat spre timpan și pentru a nu irita cu instrumentul pielea conductului. Urechea fiind curățată cautăm să vedem timpanul prin speculul introdus în ureche. Acest examen nu reușește totdeauna din cauza oblicității membranei la această vârstă și chiar dacă reușește, datele obținute trebuiesc interpretate altfel decât la adult. La adulți sau la copii mai mari la începutul otitei timpanul prezintă o roșeață accentuată. Acest aspect îl găsim rar la sugari. Timpanul inflammat este acoperit de un strat de epiteliu macerat prin care se văd fășii rozate

cari reprezintă timpanul. Uneori pe un timpan care pare normal numai un vas dilatat trecând oblic sau de sus în jos, trădează existența otitei. (Goppert).

În alte cazuri un punct roșu pe timpan, un exudat seros sau alte semne discrete arată existența otitei. Deși datele pe cari ni le servește otoscopia pot diferi, un specialist care face o examinare conștiincioasă poate găsi simptome cari să-l ajute la punerea diagnosticului. Cu toate acestea se poate întâmpla ca toate examinările să fie negative, deși avem otită supurată. Aceasta se întâlnește mai ales în otita medie latentă a sugarului, la care după unii nu există nici o modificare vizibilă a timpanului și care formează un capitol important al patologiei auriculare la sugari.

Forme clinice.

Există 3 forme clinice de otită supurată la sugari.

Forma acută, în care un sugar în urma unei boli infecțioase are în mod brusc o temperatură de 39—40°, devine agitat, țipă neconținut, face mișcări cu capul, refuză sânul, rareori prezintă vărsături sau convulsii. La examenul local timpanul e congestionat, bombat. Se perforează câteodată spontan. În urma paracentezei curge puroiu. Boala se vindecă repede. Turburările digestive la această formă sunt nule sau atenuate. Această formă este foarte rară.

Forma latentă este cea mai frecventă. După Alexander otitele latente sunt de 2 feluri: 1. Otita relativ latentă și 2. Otita absolut latentă. La otita relativ latentă anamneza este negativă. Lipsesc și simptomele subiective, însă prin examinări otoscopice repetate reușim să găsim vre'un simptom caracteristic otitei. A doua formă, mai rară, la care nici prin examinări repetate și conștiincioase nu putem găsi nici un simptom patognomonic. La aceste două forme însă găsim manifestațiuni digestive grave, ducând la moarte prin agravarea progresivă a turburărilor de nutriție și a stării toxice. Examenul rinofaringelui arată inflamația mucoasei, punctul de plecare al infecției tubotimpanice.

Otita medie cronică purulentă survine în urma otitelor acute supurate netratate, sau insuficient îngrijite. Poate fi însoțită de leziuni ale casei timpanului sub formă de granulații, polipi, colestatom, la cari se pot asocia leziuni profunde de osteită timpanică ori antro-mastoidiană. Această formă clinică la sugari e foarte rară.

Evoluția.

Evoluția unei otite supurate acute este în legătură cu

tratamentul aplicat la început. O miringotomie suficientă și aplicată la timp face ca otita să evolueze către vindecare care este mai rapidă ca la adult. Scurgerea devine din ce în ce mai puțin abundentă, apoi mucoasă, ca după scurt timp, în 2—3 săptămâni să înceteze complet. Timpanul începe să-și recâștige culoarea normală, iar când perforația se cicatrizează survine restitutio ad integrum. Când puroiul nu este bine drenat sau când infecția este masivă pot surveni complicații.

Complicații.

Complicațiile pot fi de vecinătate sau pot influența organismul întreg. În general complicațiile survin din cauza insuficienței organice la sugari, reacțiunile antiinfecțioase și antitoxice fiind foarte slabe și sistemul osos nedesvoltat. Otita supurată poate să treacă în cronicitate producând aderențe ale oscioarelor urechii și consecutiv surditate.

Procesul infecțios poate să se întindă și la conductul auditiv extern dând o eczemă a conductului. Otita supurată constituie un focar care expune la complicații osoase mastoidiene ori pietroase (osteomielita stânței) de obicei mortale. Complicațiunile de temut sunt cele intracraniene: meningită, abcesul extradural și cerebral sau flebita sinusului cu septicemie. Complicațiuni pot surveni și din partea aparatului digestiv urmate de cașexie progresivă sau din partea aparatului urinar: pielită. Deseori otita supurată e trădată numai prin complicațiile ei, îmbrăcând simptomatologia acestor boli.

Diagnostic.

Diagnosticul otitei supurate la sugari are o importanță mare pentru că această afecțiune pe deoparte prezintă un pericol momentan, iar pe de altă parte are repercusiuni ulterioare asupra dezvoltării copilului. Diagnosticul se bazează pe simptome locale și generale, subiective și obiective.

De multe ori însă diagnosticul de otită se pune numai prin excludere, adică atunci când pediatrul nu găsește explicația temperaturii sau a celorlalte simptome generale printr-un examen medical general (aparatul respirator, digestiv, boli infecțioase), prin examen de laborator amănunțit, (cultura urinei) atunci chiar în lipsa unor modificări apreciable ale timpanelor este indicată paracenteza. Incizia timpanului este preferabilă puncției exploratoare. În aceste cazuri miringotomia este nu numai o metodă terapeutică, ci și un mijloc de diagnostic diferențial, scăderea febrei care urmează după paracenteză arată că tempera-

tura avea origine otică.

Singurul mijloc de diagnostic precis al otitei supurate la sugari este paracenteza.

Diagnosticul diferențial se face cu diferitele infecțiuni parenterale însoțite de turburări digestive ca: rinofaringite, adenoidite, amigdalite; unele infecțiuni pulmonare însoțite de turburări digestive, acestea având simptome locale proprii caracteristice. În cazul infecțiunilor aparatului urinar cari evoluează cu febră, semne urinare, edeme, turburările digestive nu ajung la gravitatea celor din otita supurată.

Diagnosticul diferențial e mai greu față de infecțiunile primitive ale tubului digestiv. În cazuri indolente paracenteza precizează diagnosticul (Le Mée). În caz de furunculoză a conductului auditiv extern durerile apar la nivelul pavilionului, iar otoscopia este imposibilă.

Prognostic.

Prognosticul este bun dacă tratamentul este aplicat precoce și este grav când avem simptome meningiene sau când otita survine în cursul unei boli infecțioase de ex.: scarlatina, care are un caracter necrozant, distructiv, putând compromite auzul și dând complicațiuni intracraniene. O cauză frecventă a surdității este otita bilaterală cu stigmate sifilitice și bacilare, având tendință de cronicitate. La această vârstă surditatea bilaterală se însoțește de mulțitate. Așa că mulți surdo-mulți considerați și congenitali își datoresc infirmitatea lor unei otite bilaterale din prima copilărie,

Tratamentul.

În otitele neperforate paracenteza este o operație fără nici un pericol dacă se execută în condițiuni aseptice. Ea trebuie practicăată precoce când nu survin încă complicațiuni și când avem speranțe la vindecare per primam. A amâna o paracenteză până ce apar semne sigure de otita e o greșeală mare, care poate costa viața bolnavului uneori. În mediul rural în lipsă de specialist medicul care presupune existența unei otite medii trebuie să practice paracenteza bilaterală. Condițiunile pentru practicarea paracentezei după Dl. Prof. Buzoianu sunt: să nu se practice brutal, să asigure un drenaj bun și să fie aseptică. Mai bine să facem o paracenteză inutilă decât să nu o practicăm la nevoie. Tehnica paracentezei: Dl. Prof. Buzoianu preferă incisia atrio-aticală, incisând de jos în sus plica timpanală posterioară și membrana lui Shrapnell.

La otitele perforate trebuie să supraveghiem scurgerea puroiului. Când perforația e insuficientă lărgim incizia. Dacă scurgerea se face în mod indestulător facem ori un pansament umed, care este mai convenabil, — cu băi auriculare cu apă oxigenată sau cu soluție Dakin etc. — ori aplicăm metoda uscată a lui Lermoyez, introducând în conduct până în apropierea timpanului o meșă mică de tifon steril care se schimbă de 3 ori pe zi. După ștergerea puroiului și antiseptizare meșa se fixează în conduct. Metoda aceasta uscată e costisitoare și trebuie executată de specialist. Clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj după indicațiile D-lui Prof. Buzoianu preferă metoda umedă. Se umple conductul auditiv extern de partea bolnava cu un antiseptic: apă oxigenată etc. menținându-l 5—10 minute. Antisepticul se scoate întorcând capul de partea opusă. Se lasă în meatul auditiv un tampon de vată sterilă. Concomitent cu acest tratament muccasa rinofaringiană trebuie desinfectată cu desinfectante slabe. Se va prefera pentru aceasta colargolul și argirolul în soluție de 1%. Mentolul este contraindicat din cauza că poate produce spasme glotice uneori mortale. Menținerea respirației nazale este importantă. Ștergerea mucozităților cu tampon de vată montat pe stilet este interzisă la sugari. În acest scop folosim aparate aspiratoare speciale. Aspirația se face de mai multe ori pe zi, mai ales înaintea sugerilor. Este bine ca înainte de alăptare să înlesnim permeabilizarea foselor nasale prin instilațiuni de adrenalină.

Tratamentul profilactic constă din instilațiuni cu oleu gomenolat 1—2%, 5—6 picături în fiecare nară. În același timp îngrijim stările patologice ale foselor nasale și ale rinofaringelui și luăm măsuri de igienă generală a sugarului.

În caz de complicațiuni tratăm concomitent și pe acestea. Vărsăturile grave și diareea prin regim, acidoza prin injecțiuni subcutanate de ser bicarbonat a cărui dozare trebuie condusă de examinările chimice ale sângelui.

Cazuri clinice.

Observația I. D. A. de 6½ luni. A fost adus la consultațiunile Clinicei Oto-R. L. din Cluj. A fost hrănit natural. E bolnav de 3 săptămâni. Are diaree și vărsături. Temperatura în primele 2 săptămâni: 37—38.5°. Slăbește din ce în ce mai mult. Copilul e tratat de un pediatru, dar starea lui nu se ameliorează ci din contra în ultimele 5 zile temperatura se ridică dela 38° până la 39.4°, din care cauză e adus la ambulanță clinice.

Examenul oto-rino-laringologic: examenul faringelui nu relevă nimic important. Examinând urechile, se constată o modificare a timpanului drept în cadranul postero-superior, fără însă ca să se constate o bombare, ci din contra o infundare. Timpanul stâng apare normal.

Deoarece temperatura copilului s'a ridicat de o săptămână cu tot tratamentul medicamentos ce-i s'a aplicat, după indicațiunile Dlui Prof. Buzoianu s'a practicat paracenteza bilaterală, după o prealabilă desinfecție a conductului auditiv. După paracenteza apare imediat puroiu în urechea dreaptă. A doua zi temperatura este 38.2° . Starea generală este invariabilă. A treia zi găsim puroiu în ambele urechi. Starea copilului se ameliorează. Peste 2 săptămâni cedează și fenomenele gastro-intestinale.

În cazul de față pare că am avut de a face cu 2 boli: turburările dispeptice, cari în urma vărsăturilor au provocat infecția rinofaringelui și consecutiv otita. Pentru organismul sugarului aceste 2 boli au fost prea grave. Prin vindecarea otitei organismul a putut lupta cu succes împotriva toxinelor enterale.

Observația II. T. M. de 11 luni este adus la Clinica O.-R.-L. Este bolnav de 4 săptămâni. Pediatriul a constatat o broncho-pneumonie cu temperatură ridicată. Copilul a fost tratat și deși starea pulmonară obiectiv s'a ameliorat mult, temperatura nu scade sub 38° . N'are poftă de mâncare, limba este încărcată. Diaree puțin accentuată.

Examenul oto-rino-laringologic: faringele inflammat. La nivelul regiunii mastoidiene nu există inflamație. La examenul timpanelor se constată, că ele sunt ușor injectate. Se practică paracenteză bilaterală imediată. A doua zi apare puroiu în ambele urechi. Temperatura 37.5° , după 3 zile copilul este afebril. În 10 zile se vindecă.

Observația III. B. I. de 7 luni. E bolnav de 2 săptămâni. În primele zile temperatură de $37-38^{\circ}$. Coriză și tuse. A opta zi temperatura se ridică brusc la 39.5° . Pediatriul nici prin radioscopie n'a putut pune în evidență vre-o modificare patologică la nivelul plămânilor. De 3 zile temperatură de $39-40^{\circ}$, ușoară rigiditate a cefei fără infiltrația regiunii mastoidiene. Paracenteză bilaterală imediată. A doua zi în ambele urechi puroiu. Temperatură: $37.5-38^{\circ}$. Starea generală mai bună. După 12 zile în urma pansamentelor zilnice aplicate capilul se vindecă.

Aceste cazuri ne dovedesc că în caz de otită supurată un diagnostic pus la timp și o paracenteză bine aplicată pot să dea rezultate bune.

CONCLUZIUNI.

1. Cauzele cari produc otitele supurate la sugari sunt infecțiunile. Ele se propagă ușor în urechea medie din cauza raporturilor anatomo-fiziologice ale trompei sugarului.

2. Ceeace face interesul otitei supurate la sugari este forma clinică latentă, cu caracterul fundamental de a nu avea tendință la perforare.

3. Simptomele în forma acută sunt aproape identice ca la adult, expresia lor clinică poate fi însă dificil evidențiată local din cauza vârstei fragede. În forma latentă nefiind simptome din partea urechii, numai prin timpanotomie putem fixa diagnosticul bolii.

4. Examinarea și interpretarea tabloului simptomatic și otoscopic este mai grea la sugari decât la adulți din cauza conformației anatomice și a prezenței clinice, boala nefiind totdeauna însoțită de semne otoscopice evidente și putând îmbrăca simptomatologia altor boli.

5. Otita supurată la sugari poate da naștere la dispepsii cari conduc la turburări grave de nutriție.

6. Incizia timpanală e singurul mijloc de diagnostic precis al bolii.

7. Tratamentul constă în timpanotomie precoce, dezinfecția continuă a cavităților auriculare și nasofaringiene și tratarea eventualelor complicațiuni.

Văzută și bună de imprimat:

Decanul Facultății:

Președintele tezei:

ss. Prof. Dr. I. Drăgoiu

ss. Prof. Dr. G. Buzoianu



BIBLIOGRAFIE

1. ALEXANDER G.: Otitis und Mastoiditis im Seuglingsalter. (Monatschr. f. Ohrenh. p. 437. 1931.)
2. BERGER M.: Les indications opératoires dans les mastoidites. (Revue de laryng. t. 58. No. 5. p. 417—462; No. 6. p. 582—603; No. 7. p. 656—679; No. 8. p. 779—807. 1938.)
3. BERTOIN: La ponction lombaire dans le traitement du syndrom „paleur—hypertermie“ apres les interventions mastoidiennes. (Ann. oto-laryngol. No. 3. p. 245. 1936.)
4. BLOCH—BOUCHET: Indications de la trépanation mastoïdienne chez le nourrisson. (5-e Congr. de la Soc. o—r—l. lat. București, 16—20 Sept. 1937; O. R. L. internat. t. 21. p. 10. p. 546—557. 1937.)
5. BOURGEOIS R.: Les hydrocéphalies aiguës et subaiguës d'origine otitique (These Paris, Masson, 1936.)
6. BUZOIANU G.: Otița medie supurată acută și cronică în practica medicală. (Clujul Medical p. 511—518. 1935.)
7. BUZOIANU G.: 166 trepanări mastoïdienne pentru mastoidită acută sau cronică. (Clujul Medical. No. 4. p. 221—223. 1937.)
8. BUZOIANU G.: Trepanația mastoïdiană actuală. (Clujul Medical No. 3. p. 119—122. 1935.)
9. BUZOIANU G.: Elemente de otologie. (Cartea Românească. Cluj. 1937.)
10. BUZOIANU G.—GAVRILĂ: Mastoidite bilaterale scarlatinoase operate la copii. (România Medicală. 1937.)
11. CAMBRELIN: L'opportunité de l'intervention chirurgicale dans les oto-mastoidites. (5-e Congr. de la Soc. d'oto-rhino-laring. lat. Bucarest. 16—20 Sept. 1937.)
12. COMBY: Quatre cents consultations médicales pour les maladies des enfants. (9-e éd. Masson. 1930.)
13. CSILLAG E.: Despre diagnosticul precoce al otiței medii la sugari. (Revista Științelor Oto-R-l. Cluj, No. 3.—1938.)
14. HOFFMANN I.: Zur Klinik der Pneumonie-Otitis im Kindesalter. (Monatsch. f. Ohrenh. p. 239—1929.)

15. KRASSING: Die akuten Mittelohrentzündungen im Kleinkindesalter. (Arch. f. Ohrenh. No. 4. p. 118.—1928.)
16. LAURENS G.: Précis d'oto-rhino-laryngologie. (Masson. 1931.)
17. LEROUX L.: L'otite du nourrisson et du nouveau-né.) Presse Médicale. 17. Dec. — 1921.)
18. NOBÉCOURT: Précis de médecine des enfants. (5-e éd. Masson—1926.)
19. ONCESCU B. P.: Otita medie catarală la sugari. (Teză București. 1925.)
20. OREVICIANU—IULIU M.: Turburări grave produse de otite și mastoidite latente la sugari. (Revista Științelor Med. Maiu — 1932.)
21. POPOVICI GH.: Elemente de pediatrie și puericultură. (p. 21, 224, 247, 342, 462, 626, 627 — Cluj — 1936.)
22. POPESCU L.: Otita medie latentă și rolul ei în turburările de digestie și de nutriție la sugari. (Teză București 1934.)
23. PORTMANN-KISTLER: Les otites moyennes. (Masson. — 1929.)
24. TEMPEA V.: L'état premeningitique. (Ann. otolaryngol. No. 9. p. 906—910—1936.)
25. TERRACOL I. ET MLE DE GANDIN DE LAGRANGE: Le polymorphisme de la tuberculose de l'oreille. (Revue de laryng. t. 58. No. 3. p. 254—269, — 1938.)
26. URBANTSCHITSCH E.: Über Mittelohrentzündungen bei Diphtherie. (Monatschr. f. Ohrenh. p. 775. — 1931.)
27. YVER ET BARRAT: Difficultés de diagnostic des abcès cerebelleux. A propos de deux cas de complications endocraniennes d'otite moyenne suppurée. (Revue laryng. t. 56. No. 7. p. 867—871. — 1935.)