

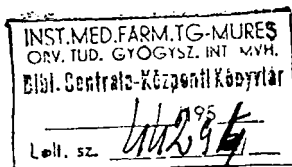
Pentru ce sunt necesare cunoștințele de
oto-rino-laringologie medicului practician ?



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE PREZENTATĂ
ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE ... IULIE 1937

DE

TEOBALD COLUMB



23 MAY 2005

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : Domnul Prof. Dr D. Michail

Profesori :

| | |
|---|------------------------------------|
| Clinica stomatologică | Dl. Prof. Dr. <i>Aleman I.</i> |
| Microbiologia | ” ” ” <i>Baroni V.</i> |
| Fiziologia umană | ” ” ” <i>Benetato Gr.</i> |
| Istoria medicinei | ” ” ” <i>Bologa V.</i> |
| Patologia generală și experimentală | ” ” ” <i>Botez A. M.</i> |
| Clinica oto-rino-laringologică | ” ” ” <i>Buzoianu Gh.</i> |
| Istologia și embriologia umană | ” ” ” <i>Drăgoiu I.</i> |
| Semiologia medicală | ” ” ” <i>Goia I.</i> |
| Clinica ginecologică și obstetricală | ” ” ” <i>Grigoriu C.</i> |
| Clinica medicală | ” ” ” <i>Hațieganu I.</i> |
| Medicina legală | ” ” ” <i>Kernbach M.</i> |
| Clinica Oftalmologică | ” ” ” <i>Michail D.</i> |
| Clinica neurologică | ” ” ” <i>Minea I.</i> |
| Igiena și igiena socială | ” ” ” <i>Moldovan I.</i> |
| Radiologia medicală | ” ” ” <i>Negru D.</i> |
| Anatomia descriptivă și topografică | ” ” ” <i>Papilian V.</i> |
| Clinica chirurgicală | ” ” ” <i>Pop A.</i> |
| Medicina operatorie | ” ” ” <i>Popoviciu Gh.</i> |
| Clinica infantilă | ” ” ” <i>Sturza M.</i> |
| Balneologia | ” ” ” <i>Tătaru C.</i> |
| Clinica dermato-venerică | ” ” ” <i>Țeposu E.</i> |
| Clinica urologică | ” ” ” <i>Thomas P.</i> |
| Chimia biologică | ” ” ” <i>Urechia C.</i> |
| Clinica psihiatrică | ” ” ” <i>Vasilii T.</i> |
| Anatomia patologică | ” ” ” <i>Racoviță E.</i> |
| Biologia generală | ” ” ” <i>Popoviciu Gh.</i> |
| Farmacologia și farmacognozia (Supl.) | Dl. Agr. Dr. <i>Secăreanu S.</i> |
| Chimia | Dl. Conf. Dr. <i>Bărbulescu N.</i> |
| Fizica medicală | |

Juriul de promoție :

Președinte: Dl. Profesor Dr. *G. Buzciannu.*

Membrii: { Dl. Profesor Dr. *M. Sturza.*
Dl. Profesor Dr. *G. Benetato.*
Dl. Profesor Dr. *V. Bologa.*
Dl. Profesor Dr. *Gh. Popoviciu*

Supleant: D-l Doc. Dr. *P. Vancea.*

Introducere

Medicul practician este chemat de multe ori să dea un ajutor imediat, indiferent de categoria boalei de care suferă pacientul. Nu putem considera o abatere dela regulele deontologice, intervenția medicului practician, cerută de urgență sau gravitatea cazului, indiferent de specialitatea a căreia aparține. posibilitățile medicului practician trebuiesc, din contra, apreciate, fiind o dovadă de bună pregătire și de adevărată înțelegere a rolului preventiv al medicinei viitorului.

Pornind dela aceste premise, am căutat să reamintesc câteva șapte practice, într'o formă rezumativă și fără pretențiuni. M'am silit să redau câteva aspecte ale problemelor de specialitate, conformându-mă, pe cât posibil, felului cum ele au fost rezolvate și lucrărilor ce au apărut în această direcție, la Clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj, de sub direcția D-lui Prof. Dr. G. Buzoianu.

În prima parte a acestei lucrări, am insistat mai mult asupra necesităților de examinare și diagnostic, asupra intervențiilor principale, asupra pericolului ce prezintă temporizarea tratamentului indicat, asupra relelor deprinderi ale pacienților, asupra igienei de toate zilele, asupra momentului când trebuie consultat neapărat specialistul, păstrând planul de studiu clasic.

În partea a doua, am arătat ceea ce trebuie să știe să nu facă medicul practician, documentând cu câteva observațiuni clinice.

În ce privește terapeutică, am arătat alocuri, principalele moduri de aplicație a medicamentelor, am dat indicațiuni ge-

nerale despre prescripții, care de altfel, se găsesc cu ușurință în orice formular terapeutic.

Țin să omagiez aici pe Dl. Prof. Dr. G. Buzoianu, directorul Clinicii de Oto-Rino-Laringologie din Cluj.

Mulțămesc călduros personalului didactic D-lui Dr. Andrei Teodorescu, Dr. Dorin Ionescu, Dr. V. Cotul, Dr. Ștefan Gârbea și tuturor celor care mi-au ajutat să alcătuesc această lucrare.



CAPITOLUL I.

În afară de generalitățile de examinare și regule chirurgicale, acest capitol tratează despre câteva noțiuni mai importante de practică oto-rino-laringologică.

Limitat la început, domeniul Oto-Rino-Laringologiei a crescut, împrumutând neîncetat regulile de studiu, tehnică și îngrijire ale chirurgiei generale. (Prof. Dr. G. Buzoianu: „România Medicală“, Octombrie 1932). Astfel, și aici avem un tripied de bază, asepsia, anestezia și hemostaza. Asepsiei trebuie să i se dea cea mai mare atenție. Pentru medicul practicant, anestezia cea mai întrebuințată este cea locală, cu cocaină 5%, novocaină, amestecul Bonain, etc., prin infiltrație sau prin badijonare. Hemostaza poate fi preventivă, prin administrarea la interior de substanțe apropiate, clorură de calciu, adrenalină, — definitivă, prin ligaturi ale vaselor în timpul intervenției, — temporară prin tamponare, sau mai rar, prin aspirație. Trebuie deasemenea să dăm atenția cuvenită tratamentului preoperator și postoperator, de care depinde adesea reușita intervenției.

Instrumentarul indispensabil medicului practicant, pentru un examen oto-rino-laringologic, este compus din oglinda frontală, două specule pentru ureche, dintre care unul pentru copii, un specul nazal și o oglindă laringeană. Iluminarea cavităților se poate face cu ajutorul luminei directe, dar se preferă lumina indirectă. Vom observa ca sursa de lumină să fie de dreapta examinatorului, la distanță aproape egală cu regiunea de examinat. Unghiul razei pe oglinda reflectantă frontală trebuie să fie cât mai mic. Vom cere ajutorul unui asistent pentru a examina copiii, pentru a-i imobiliza.

BOLILE URECHEI. A) *Urechea externă.* Pavilionul poate fi afectat de boli ce sînt de specialiști, dermatolog, chirurg, etc. În traumatisme și alte cazuri urgente poate interveni și medicul practician. Conductul auditiv poate fi sediul unui furuncul, după cerumen sau epidermic, unui corp străin. În *furuncul*, bolnavul suferă de dureri mari, spontane sau provocate, chiar prin simplă atingere a pavilionului. De multe ori introducerea speculului nu este posibilă. Ne vom feri de a introduce brutal speculul. Îi vom imprima o mișcare helicoidală și vom căuta apoi să-l așezăm în axul conductului, astfel ca să vedem și timpanul; tragem de pavilion în sus și înapoi. Putem descoperi o tumefacție roșie (sau mai multe), cu vârf alburiu, furunculul. Când bănuim o mastoidită, *diagnosticul diferențial* va fi ajutat de mai multe elemente. Vom găsi în antecedente, sau concomitent, suferința urechei medii și a timpanului, apoi sediul durerii, în dreptul antrului sau la vârful mastoidei. *Tratamentul medical* al furuncului se aplică în cazuri ușoare. Se recomandă bolnavului instilații cu amestecul 2/5 iod-acetonă sau cu licoarea Van Swieten. Se vor recomanda compresele calde. *Tratamentul chirurgical* se va executa după regulile asepsiei și antisepsiei. Anestezia se poate face cu cocaină sau cu lichidul Bonain. Incizia va interesa întregul furuncul dintr-o singură trăsătură. Urmează expresiunea puroiului, badijonarea cu iod, drenarea și pansamentul oclisiv. Pentru a preveni recidivele, vom trata dermatozele, cauzele pruritului.

În *dopul de cerumen* diagnosticul e foarte ușor. Simptomele sunt surditatea bruscă, intermitentă, văjâituri. La examen, găsim o masă brună negricioasă. Înmuierea dopului de cerumen se face prin instalații bicolidiene cu carbonat de sodiu 10% și glicerină, în părți egale. Ablațiunea dopului se face prin injecțiuni de apă caldă, în cantitate variabilă. Nu vom îndrepta jetul spre timpan, ci către perețele posterior al conductului.

Dopul epidermic este mai aderent. Vom îndruma bolnavul la specialist. Putem încerca prevenirea recidivelor, recomandând instalații cu alcool salicilat.

Corpuri străine pot fi: animați organici, anorganici, neani-

mași. Pentru extracția corpiilor străini, vom proceda la omorirea insectelor care se pot găsi eventual în conductul auditiv, prin alcool sau un oleu oarecare. Pentru orice fel de corpi străini, singura manoperă de recomandat este injectarea de apă, în repetate rânduri, până la eliminare. În caz de nereușită, vom apela la specialist.

B) *Urechea medie*. Medicul practician va distinge otitele medii acute, cronice și scleroase. Cele acute și cronice pot fi catarale sau supurate, cele scleroase, primitive sau secundare. Cel mai important rol îl au otitele acute, atât din punct de vedere vital, cât și din punct de vedere al funcțiunii auditive. În *otita medie cronică*, vom ști să facem drenajul, spălăturile și pansamentele necesare. În otita scleroasă, tratamentul este mai mult paliativ și se adresează stării generale. Diagnosticul otitei medii cronice se bazează pe semnele funcționale și otoscopice. Cele funcționale sunt: otoreea uneori însoțită de surditate, văjâituri, lipsa durerii. Semnele otoscoapice consistă în perforația timpanului, unică sau multiplă (tuberculoasă), de dimensiuni și sedii variabile, prezența de fungozități sau de polipi. În ce privește evoluția, timpanul se poate cicatriza, cu sau fără perzistența perforației, sau se pot întâmpla complicațiuni cranio-cerebrale. Pentru medicul practician, cea mai mare importanță o are otita medie acută, în care, dacă se intervine imediat, salvăm funcțiunea auditivă, și de multe ori, chiar viața bolnavului.

Otita medie acută catarală este mai frecventă la copii. *Mecanismul* infecțiunii recunoaște o mulțime de cauze. În general, este vorba de o infecție propagată din nas sau faringe, prin intermediul trompei lui Eustache. La copii joacă un rol mai mare vegetațiile adenoide. Infecțiunea gripală este adesea incriminată. *Alterațiunea anatomică* este revărsarea de lichid în urechea medie, cu obstruarea trompei, congestionarea timpanului, dispariția triunghiului luminos al lui Politzer. *Simptomele* sunt: impresia de ureche astupată, hipoacuzia, autofonia, — bolnavul aude propria-i vorbă, ca și cum urechea normală ar fi astupată, văjâituri, etc. *Evoluția* poate fi spre vindecare, prin rezorbția lichidului, sau spre cronicizare, când în urma aderențelor (otita adesivă), apare surditatea. *Recidivele* se pot

preveni prin tratarea vegetațiilor adenoidice și a tuturor cauzelor predispozante. *Tratamentul* simptomatic sau prin aerațiune tubo-timpanică, revine specialistului. Otită medie catarală acută poate deveni purulentă.

Otită medie acută supurată. Evoluiază cu un tablou clinic alarmant, cu temperatură înaltă, greață, vărsături, stare generală rea. *Simptomele* subiective sunt: durerea, care iradiază spre mastoidă, sau spre fundul ochiului, surditatea. *Simptomele* obiective sunt generale (vezi mai sus) și locale. Cele locale sunt date de alterația timpanului, care poate fi mombarea cadranelor inferioare, congestionarea timpanului și chiar dispariția triunghiului luminos a lui Politzer. În ce privește *evoluția*, putem avea o retrocedare fără perforație sau cu perforația timpanului, o trecere la cronicitate, o complicație mastoidană. *Tratamentul* este miringotomia abrio-aticală, preferată de cele mai multe ori la Clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj și trebuie să intre în uzul comun, fiind metoda suverană de prevenire a complicațiilor. Pentru a proceda la miringotomie, facem în prealabil tualeta urechei, atât a pavilionului cât și a conductului auditiv și a timpanului, cu apă oxigenată, benzină iodată sau orice alt dezinfectant. Anestezicul preferat este lichidul Bonain, care se compune din: fenol, mentol, cocaină, în părți egale. Anestezicul se introduce prin tamponare și se lasă minimum 8—10 minute (Prof. Dr. G. Buzoianu, „Clujul Medical“, Nr. 10, 1935). La sugari nu vom face anestezie. La copiii mai mari vom prefera narcozia. În urma anesteziei, timpanul devine alb-cenușiu și putem proceda la incizie. Actul operator propriu zis se execută cu ajutorul bisturii-lui lanțolat, numit impropriu ac de paracenteză. Incizia se face din jos în sus. Metoda preferată de Dl. Prof. Dr. G. Buzoianu este miringotomia abrio-aticală, permițând și drenajul aticeii. Incizia interesează astfel întregul timpan și permite cel mai bun drenaj. În cazul perforărilor spontane, intervenim numai dacă perforația este insuficientă. După ce am intervenit, căutăm să evităm două lucruri: suprainfecția și stagnarea puroiului. Vom prefera în consecință pansamentele auriculare umede frecvente, ȳcelor uscate și rari. Vom recomanda bolnavului să facă de 3 ori pe zi băi auriculare cu apă oxigenată.

genată, timp de circa 3 săptămâni, până la completa vindecare. Bolnavul va întrebuința apoi treptat, alcoolul de 80, 70, 60°. În pericada ultimă, când puroiul este filant, vom întrebuința alcoolul boricat 3%.

Ca *tratament complementar* vom face următoarele:

Se va spune bolnavului cum să sufle nasul corect, alternativ.

Se vor prescrie desinfecante rino-faringiene și bucale.

Se vor lua defectele dentare.

Vom lua temperatura bolnavului, vom cerceta sensibilitatea mastoidei și eficiența drenajului.

Vom trata cauzele tendinței la cronicizare, stările diatetice, bolile generale, oto-rino-laringologice sau dentare (Prof. Dr. G. Buzoianu, op. citat).

Rezultatele intervenției sunt imediate. Formele cronicizate, otorenele cronice, sunt periculoase prin complicațiile lor și vom căuta să facem un tratament conservativ, rămânând ca bolnavul, să fie supravegheat și de un specialist, care ne va trimite instrucțiunile de îngrijire.

Complicațiile otitei medii sunt: locale, mastoidita; apoi intracraniene, abcesul creierului, abcesul crebelului, meningitele; complicațiuni venoase, flebita sinusului lateral; complicațiuni nervoase, paralizia facialului. Complicațiile exterioare culiei craniene sunt fistulele, abcesele și flegmoanele profunde ale gâtului. Medicul practician trebuie să aibă cunoștință de aceste complicații, de gravitatea lor, pentru a îndruma la timp bolnavul la specialist. Diagnosticul meningitei este posibil, grație cortegiului de semne meningeale: redoarea cefei, semnul lui Kernig, puncția lombară, temperatura, vărsăturile nervoase, etc.

Otitele medii acute catarale sau purulente se pot transforma în otite cronice, cu diverse complicațiuni locale ca: granulațiile, polipii, cholesteatomul casei; complicațiuni regionale: mastoidita abcesului extradural, apoi celelalte complicațiuni intra- și extra-craniene, pe care le-am citat mai sus. După cum am amintit la începutul capitolului despre otite, tratamentul otitelor cronice se face de către medicul practician în urma avizului și instrucțiunilor specialistului.

IGIENA URECHEI. Medicul practician nu-și poate îndeplini rolul de a preveni bolile oto-rino-laringologice fără a indica igiena organelor respective. Există regule generale de igienă comune tuturor vârstelor. Vom recomanda astfel, suflarea corectă a nasului, care trebuie să se facă alternativ; astfel secreția, adesea infectantă, va lua drumul trompelor. Trompele se pot infecta și prin practica aspirației nasale de apă rece dimineața, în acelaș mod, practică pe care o vom combate. Purtarea de dopuri de vată în urechi favorizează producerea cerumenului. La copilul de sân, vom evita infectarea conductului auditiv extern, în timpul băii, evitând inersiunea capului și ștergerea cu vată hidrofilă, în cazul când toluși apa băii a pătruns în conductul auditiv. Vom face toaleta pavilionului și a șanțului retro-auricular, pentru a evita intertrigo-ul. În caz de iritație a pielii, vom întrebuința pudra de talc. Vom interzice introducerea de mici instrumente în conductul auditiv și vom recomanda ridicarea cerumenului, de două ori pe săptămână, cu ajutorul unui tampon de vată sterilă. Vom supraveghia urechea în cazuri de febră cu origină necunoscută; de multe ori descoperim otita medie, cu urmări atât de grave pentru funcțiunea organului. În mod normal, copilul începe să audă la 5 luni. Întârzierea peste această vârstă reclamă examenul medicului. La copiii mai mari vom face recomandațiuni de igienă analoage, ei se vor feri de a introduce în ureche mici instrumente, sau diverse substanțe desinfectante. Le vom trata supurațiile urechei, vom feri urechea de expunere la frig, traumatisme, etc.

BOLILE NASULUI. Pentru a începe *examinarea*, vom face întâi interogatorul bolnavului; îl vom lăsa să ne spună el singur simptomele, care de cele mai multe ori sunt fenomene de obstrucție nasală ca: senzația de nas astupat, respirație dificilă; fenomene nervoase, anosmia, cacosmia, apoi fenomene inflamatorii, scurgeri seroase, mucoase sau mucopurulente, etc. Vom observa starea generală, bilile aparatului respirator, ale rino-faringelui, ale amigdalelor, ale urechei. Inspecția ne poate arăta o ereditate sifilitică, apoi diformațiuni, creste osoase, turburări circulatorii, afecțiuni ale pielii, etc. Narinoscopia se face cu ajutorul luminei directe, fără specul.

Rinoscopia anterioară și posteroară sunt dificile pentru medicul practician, fie din cauza excitabilității reflexe, fie prin greșeli de tehnică, care antrenează diverse leziuni, totuși e bine să intre în practică. Medicul practician va ști să trateze o coriză banală, o epistaxă, va recunoaște un corp străin, vegetații în rino-faringe — acestea indirect, prin puroiul ce se scurge din cavum. Intervențiunile de competiția lui sunt în tratamentul general, în igiena nasului, aplicarea medicamentelor, și în câteva afecțiuni mai frecvente, ca: epistaxa, corpii străini, corizele.

Terapeutică generală, aplicarea medicamentelor, nu cere o descripție a inhalațiilor și a celorlalte aplicațiuni destul de cunoscute. Pentru instilație, întrebuițăm soluțiile desinfectante sau oleurile desinfectante.

Epistaxa recunoaște cauze locale, cum ar fi vase vario-coase; traumatisme, și cauze generale ca: brightismul, arterioscleroza, hipertensiunea, etc. Un tratament rațional va fi întotdeauna adresat cauzei. În caz de hemoragii ușoare simpla compresiune a nării, cu degetul, de partea hemoragiei, timp de 5—10 minute, este suficientă. În hemoragii mai mari, vom întrebuița tamponul cu antipirină 50%. În hemoragii persistente, vom proceda la tamponarea anterioară, și dacă avem suficiente cunoștințe, și la tamponarea posteroară. Intrebuițarea balonului hemostatic nasal este dificilă pentru medicul practician, tot așa și tamponarea posteroară. În caz de hemorgie mare, vom trimite cât mai repede bolnavul la specialist.

SINUSITELE interesează pe medicul practician cel puțin în ceea ce privește diagnosticul, dacă nu cel sigur, cel puțin unul prezumptiv. a) *Diagnosticul sinusitelor acute* este ajutat de metoda transluminației, apoi de edemul roșietic al regiunii frontale sau maxilare, în unele cazuri, de examenul dentar, sediul durerii, rinoscopie, etc. Punctele sensibile când există, pentru sinusita frontală, au sediul în unghiul intern al orbitei și deasupra rădăcinii sprincenei. În sinusita maxilară, avem sensibilitatea fosei canine. Durerile sunt spontane sau provocate, ele au un caracter periodic. Diagnosticul etimoiditelor este greu, ca și acel al sfenoiditelor. El reclamă explorări, pe

care le poate face numai specialistul. b) În sinusitele cronice, cacosmia, tulburările digestive și examenul foselor nasale (puroi în meatul mijlociu), ne permit stabilirea diagnosticului. Diagnosticul sinusitelor acute trebuie făcut cât mai din vreme, având în vedere complicațiunile intra-cranienne și oculare. Vom ține seamă de origina sinusitelor, dentară sau nasală. Indicațiunea este de a favoriza scurgerea puroiului, prescriind inhalaji cu mentol, de 2—3 ori pe zi, pulverizări, comprese umede calde, calmante. De cele mai multe ori vom observa ameliorarea și vindecarea, în 2—3 săptămâni. Nu vom recomanda spălături, intra-nazale, ele pot provoca otite. Tratatamentul rațional al sinusitelor complicate se poate executa numai de specialist.

AFECTIUNILE NASO-FARINGELUI sau cavumului, prin poziția anatomică, sunt adesea ascunse. Inflamațiunile acute și cronice, polipii mai ales, adenoidismul cu repercusiunile lui asupra respirației, asupra complicațiunilor auriculare și asupra întregii economii, sunt greu de diagnosticat în practică. Ne vom mulțumi cu semnele oferite de deformările palatului osos și suferința organelor de vecinătate, nas, faringe, amigdale, arcade dentare, ureche. Adenoizii, care reprezintă o mare amigdală faringiană pe cale de involuție, involuție complectă abia la vârsta de 12—15 ani, dau complicațiuni mult mai serioase, amigdalite, otite, bronșite, enterite, etc. și reprezintă de fapt, prin recrudescența focarelor, unul din marile elemente ale patologiei infantile. Medicul practician nu va sfătui bolnavii să facă tratamente simptomatice, ci va institui un tratament rațional, în concordanță cu bolile generale de care suferă pacientul: diateze, avitaminoze, etc. În afară de *tratamentul* medical, care de multe ori rămâne paliativ, tratamentul preferat al adenoizilor este cel chirurgical. Indicațiunile operatorii sunt: la noul născut, care nu se poate alăpta fără respirație nasală, la copiii ce suferă de obstrucțiuni și infecțiuni, la adulți, când catarul cronic naso-faringian provoacă tulburări auriculare și laringeene. Contra-indicațiunile le dau stările generale grave, bolile febrile, otitele medii în plină evoluție, etc. Operația este suportată foarte ușor la orice vârstă. O altă afecțiune frecventă a naso-faringelui este sifilisul terțiar, care se recu-

noaște destul de ușor. Găsim gome ulcerative, sub formă de tumori circumscrie, colorate în roșu-viu; în acelaș timp bolnavul prezintă turburări auriculare, rinită persistentă, vorbire nasomată. Vom prescrie imediat tratamentul antispecific.

Igiena nasului. 1. Olfacțiunea poate fi turburată prin diversele alterațiuni ale mucoasei. 2. Respirația nasală este necesară pentru umezirea și încălzirea aerului și pentru aerația trompelor. Vom feri copilul de sân de coriză, vom recomanda operația adenoizilor, pentrucă aceștia împiedică respirația nasală și sugerea. La copii mai mari sau adulți, ce au suferit operațiunii de domeniul rinologiei, este nevoie de o adevărată reeducație a respirației. Vom prescrie exerciții de gimnastică ce aduc toracele la expansiunea normală. Vom recomanda pacienților suflarea corectă a nasului, alternativ, vom interzice introducerea de instrumente și corpi străini în nas.

BOLILE FARINGELUI comportă un examen amănunțit al faringelui nasal, al celui bucal și al celui laringean. Vom face o explorare externă, un examen al faringelui și un examen funcțional. *Examenul local* al buco-faringelui se poate face cu ajutorul luminei directe sau reflectate prin oglinda frontală. Regulele iluminăției nu trebuiesc scăpate din vedere. Putem examina: fără instrumente, sau cu instrumente: oglinda frontală și coborătorul de limbă. Vom apăsa foarte ușor în jos, mai mult pe vârful limbii și vom recomanda bolnavului să respire liniștit. În examenul faringean apar: părțile posterior, stâlpii posteriori, amigdalele, stâlpii anteriori, lueta și vălul palatin. Ceeace se cere medicului practician este să recunoască faringita, hipertrofiile, amigdalitele specifice, abcesele și flegmoanele periamigdaliene. Procedeele terapeutice sunt: inhalațiile, pulverizațiile, gargarismele.

Amigdalitele acute. În ce privește diagnosticul, ele se împart în: a) Anghine roșii, fără false membrane, depozite pul-tacee, exudate, ci numai cu congestie și catar. Sunt frecvente în copilărie și vom prescrie gargarisme simple, cu apă oxigenată, fenosalil, etc. b) Anghinele albe, pseudo-membranoase, sunt: pul-tacee, lacunare, pseudo-membranoase nedifterice, sau difterice. Vom putea deosebi ușor o anghină pul-tacee, prin prezența punctelor de exudat pe amigdală, o amigdalită herpe-

tică, veziculoasă, anghinele pseudo-membranoase nedifterice, adesea foarte grave, formele difterice (examen bacteriologic), cele asociate, maligne, toxice, ulcero-membranoase, cu caracter de invaziune laringeană și a cavumului; anghina ulcero-membranoasă Plaut-Vincent este de obicei unilaterală, neîndurată, datorită unei asociații fuзо-spirilare (vom face reacția Wassermann și examenul microscopic). Vom face tratamentul desinfectant local și general corespunzător. Nu vom recomanda niciodată badijonajul. Atingerile cu substanțe antiseptice sunt admise. În bolile infecto-contagioase avem imunoterapia activă și pasivă și chimioterapia corespunzătoare.

Abcesele și flegmoanele faringelui. Pot fi după localizare, retro-faringiene, laterale, amigdaliene centrale, anterioare și posterioare. Starea generală rea, disfagia, halena fetidă, ne atrag atenția asupra acestor secțiuni. *Examenul* ne rată, în abcesul retroamigdalian, un edem foarte mare al stâlpului posterior; abcesul preamigdalian dă trismus și disfagie pronunțată, starea generală rea. *Evoluția* poate fi ușoară în cazul perforărilor spontane, sau grea, complicată cu septicemie, flebita jugulară, otite, alterațiuni viscerale etc. *Conduita medicului practician* este în cazul când puroiul s'a colectat, de a proceda la deschidere, dacă instrumentarul i-o permite, fără a pierde multă vreme. Intervenția se poate face și înainte de colectarea abcesului, deschiderea preventivă având un rol profilactic recunoscut. În practică, după o prealabilă aseptizare, vom putea deschide abcesul, dar numai cu o gândă boantă, destul de lungă; cum este, de exemplu, pensa Kocher. Se va recomanda apoi chimio-terapia adecvată.

Hipertrofia amigdelor. Atât de frecventă la copii, asociată adesea cu vegetațiuni adenoide, cu hipertrofia mucoasei, cu supurațiuni cronice, complicațiuni la distanță, dă de cele mai multe ori indicațiuni operatorii. *Amigdalectomia* are indicațiuni locale și generale. — *Indicațiile locale* sunt: amigdalitele acute și catarale simple sau pultacee cu repetiție, peri-amigdalitele flegmonoase, amigdalitele cronice, cu halenă fetidă, tuse, supurația foliculilor, amigdalita hipertrofică simplă, anghinele cronice, catarurile tubare, laringitele cronice, etc. *Indicațiile generale* sunt: reumatismul articular, afecțiunile cardio-

vasculare, renale, tulburările digestive, nervoase, choreea, gușa (Brown), autointoxicațiile cronice de origine amigdaliană, tulburările otice, conjunctivale și ale stării generale. *Contraindicațiile* sunt de ordin local și general. Cele de ordin local sunt: afecțiunile acute (vom recomanda operația imediat după defervescență), afecțiunile acute de vecinătate, malformațiuni anatomice, etc. *Contraindicații de ordin general* sunt: arterioscleroza avansată, hemofilia, hemogenia, anemia, cloroza, stauul timico-limfatic, stările catameniale, discraziile viscerale, graviditatea, nefritele cronice, diabetul, stările cașectice. În ce privește influența amigdalectomiei asupra vocii, chestiunea este încă disputată. Combaterea hemoragiei post-operatorii, de multe ori gravă, se va face de către specialist, sau, după instrucțiunile lui. Sifilisul, tuberculoza și cancerul se pot diagnostica prin manifestațiile faringiene, ceea ce este foarte important pentru medicul practician.

BOLILE LARINGELUI. Organul vorbirii, totodată un organ respirator, poate fi explorat cu ușurință prin laringoscopie. Medicului practician laringoscopia îi este necesară pentru a depista cel puțin o tuberculoză, un sifilis, un cancer. În caz când nu poate pune diagnosticul cu toată siguranța, medicul practician își va fi făcut cu prisosință datoria, bănuind în urma laringoscopiei o afecțiune gravă, și îndrumând bolnavul la specialist.

Examenul bolnavului trebuie condus după o anumită normă, începând cu examenul nasului, apoi al faringelui, continuând cu examenul laringelui și terminând cu examenul urechei. Facem apoi examenul funcțional și nu uităm nici examenul general, adesea revelator. Inspecția și palpația externă ne pot arăta un laringe mărit, dureros sau nedureros (cancer, perichondrită). Nu vom face niciodată tușeul intern, inutil și periculos. *Laringoscopia* este un examen ușor și reușește adesea dintr'odată. Poziția examinatului și a examinatorului este cea clasică, descrisă în capitolele de mai sus. Lumina trebuie să fie destul de puternică, introducerea oglindei este timpul cel mai dificil. Bolnavul trebuie să respire liniștit. Oglinda laringiană este încălzită la flacăra unei lămpi cu alcool. Mânerul oglindei se ține cu dreapta, ca un toc. Stânga examinato-

rului prinde vârful limbei prin intermediul unui tifon curat, trage de el în jos și înafară. Dacă frenul e scurt și provoacă dureri, îl putem badijona cu cocaină. Introducem apoi oglinda, spirijinind-o cu spatele de luetă. Oglinda, trebuie să o mișcăm, pentru a putea explora toată regiunea. Mișcările reclamă un exercițiu prealabil, căci altfel, ele pot provoca reflexul de vomă, în care caz trebuie să retragem imediat oglinda. Imaginea laringelui este dată de: corzile vocale, albe, întinse între tiroid și aritenoizi (mobile); corzile vocale delimitază glota, spațiu obscur, care se reduce la o simplă linie, atunci când pacientul pronunță litera e; în fața tiroidului se vede epiglota; între tiroid și aritenoizi, sunt plicele ariteno-epiglotice. Epiglota are ferme foarte variabile, ea este roșie pe partea bucală și gălbue de partea laringeană. Pliturile ariteno-epiglotice, rozee, delimitează lateral și înapoi conturul imaginii laringoscopice. Corzile vocale inferioare determină o zonă supraglotică, sau vestibul laringean și alta subglotică. În inspirație profundă, putem vedea, în regiunea subglotică, cartilajul cricoid, de culoare gălbue și imediat sub el, inelele albe ale tracheei. Pentru a completa imaginea, vom aminti: papilele ce formează V-ul dela baza limbii, amigdala linguală, plexul vânos al aceleiași regiuni. Dificultatea laringoscopiei provine din nerespectarea timpilor examinării, sau din partea bolnavului, care poate avea frenul prea scurt, o respirație dificilă, neputința de a deschide suficient gura, excitabilitatea reflexă pronunțată, hipertrofia amigdalelor sau a luetei. Vom căuta să atingem cât mai puțin pereții și organele faringelui. Dacă bolnavul este hiperexcitabil, vom proceda la anestezia faringelui cu cocaină, făcând trei badijonări, la interval de două minute, cu câte 1 cmc. cocaină 10%. La sugari, procedăm la menținerea lor forțată de către un ajutor, în poziție operatorie, întrebuințând spatula lui Escat. La copiii mai mari, vom proceda cu multă diplomatie, promisiuni, laude, etc. În general, examenul este mult mai greu la astfel de pacienți, adesea ne vom mulțami cu o imagine fugitivă, între două șipete. (G. Laurens).

Laringita catarală are de cele mai multe ori o origine banală, respirația bucală, rino-faringita, etc. Bolnavul tușește, e

răgușit și nu poate vorbi adesea, decât în șoaptă. Laringosco-
pul ne arată încurbarea sau alte tulburări ușoare de contur
ale corzilor vocale ca: ușoară pareză, congestie etc. În larin-
gita gripală, vedem edemul aritenoizilor. Uneori există și ușoa-
re ulcerăriuni. Prognosticul e benign. Prescripțiunile terapeu-
tice sunt: simple inhalațiuni cu diverse tincturi, eucalipt, ter-
pentină, etc., apoi comprese umede calde, revulzive. În caz
că pareza corzilor vocale persistă, vom prescrie sulfatul de
strichnină. Laringitele copilăriei și laringita striduloasă, cu
accese de sufocare și tusă, datorite spasmelor laringiene, re-
cunosc de cele mai multe ori origina lor în adenoizi. Scurgerea
de mucozități din cavum, sforăiturile nocturne, ne vor atrage
atenția asupra acestora din urmă. Tratamentul simptomatic
al laringitei striduloase e simplu: inhalația a câteva picături
de eter, comprese revulzive, calde etc.; nu vom uita să reco-
mandăm curetajul adenoizilor.

Laringitele bolilor euptive infecto-contagioase, fie că e
vorba de crup difteric, fie de pseudo-crup, necesită mai mult
cunoștințe de medicină internă, examenul laringoscopic fiind
adesea inpracticabil. Vom interveni prin tracheotomie în ca-
zurile indicate de urgență.

Laringitele flegmonoase trebuie diagnosticate la timp, a-
vând un prognostic grav și trebuind să fie tratate de specialist.
Ele evoluează brusc, cu durere vie și disfagie pronunțată, chiar
și pentru lichide, apoi, cu celelalte semne cunoscute, febră,
răgușeală, jenă respiratorie, salivatie continuă. Abcesul se
poate palpa uneori, la exterior. Laringoscopia arată o tume-
facție ușoară unilaterală a epiglotei, sau a bazei limbei. Pu-
tem avea uneori și un abces intralaringean. În prezența sem-
nelor patognomonice, durerea și disfagia pronunțată, nu vom
practica niciodată laringoscopia, vom recomanda rezolutive și
dat fiind faptul că adesea spargerea spontană a abcesului poate
da moartea subită, apoi complicațiunile mediastinale, nu vom
intervenii decât în cazuri de asfixie, prin tracheotomie. Vom
îndruma bolnavul la specialist, imediat ce starea generală îi
permite deplasarea.

Edemul laringelui. De cele mai multe ori, laringoscopic,
vedem edemajierea epiglotei sau a plicelor ariteno-epiglotice.

Edemul are o cauză fizică, lichidele calde sau reci (edemul acut sau primitiv), sau una traumatică, corpi străini; în fine, putem depista un focar infecțios de vecinătate, un edem generalizat, cu albuminurie; o cauză terapeutică, iodul. Vom recomanda comprese calde, vom ține bolnavul culcat, sub supraveghere, vom fi gata să procedăm la traheotomie. De teama recidivelor, vom îndruma la specialist.

Laringita catarală cronică se manifestă prin congestie difuză, hipertrofierea și nodozitățile epiteliale, sau ale coardele vocale, răgușeală cronică, toate concomitente adesea cu un catar nasal sau faringean cronic. Fiind vorba de o afecțiune cronică, vom prescrie paliative și vom îndruma bolnavul la specialist, singurul în măsură să facă pansamente laringiene și alte intervențiuni de specialitate.

Tuberculoză laringelui. Medicul practician cunoaște evoluția funcțională a acestei boli. El trebuie să aibă câteva noțiuni asupra laringoscopiei și a câtorva particularități de tratament. În ce privește mecanismul infecțiunii, amintim, că este de cele mai multe ori o infecție secundară, prin sputa bacilarilor cronici, aceștia putând căpăta oricând laringită tuberculoasă. Deducem importanța igienei laringelui la bacilari. Debutul leziunilor tuberculoase consistă în îngroșarea și infiltrarea regiunii inter-aritenoide, sau în apariția de vegetațiuni, în îngroșarea și congestia mucoasei în acelaș loc, în congestia unei singure coarde vocale, alterațiuni care pot fi concomitente. Într'un stadiu mai înaintat putem găsi infiltrația și ulcerarea unei singure coarde vocale, sau a ambelor coarde vocale, a aritenoizilor, infiltrații enorme ale epiglotei sau ale aritenoizilor, vegetațiuni în vestibulul glotic etc. Toate aceste alterațiuni pot da dislagie și emaciare consecutivă, pot evolua către o distrucțiune a tuturor elementelor laringiene, pot da accidente asfixice. Medicul practician va institui repausul vocal, va interzice fumatul, excitantele. Pe lângă o terapie generală roborantă, va prescrie calmante, pulverizații și inhalații cu desinfecțanți volatili, alcaline, va recomanda helioterapia, climatoterapia (nu vom recomanda marea) și celelalte procedee ale medicinei interne. Se va însista în special asupra tratamentului tbc. pulmonare. Traheotomia se recomandă în

caz de forme vegetante, care evoluiază cu obstrucții și fenomene asfixice.

Sifilisul laringelui. Am insistat mai mult asupra tuberculozei laringelui, pentru familiarizarea cu evoluția cronică a bolilor laringelui. Ceeace trebuie să avem în vedere aci, este să amintim că sifilisul primar nu apare niciodată la laringe, — decât în cazuri excepționale (instrumente infectate), — că în formele secundare și în cele terțiare laringoscopia este ajutată de reacția Wassermann și de manifestările concomitente ale mucoaselor, ale pielei și ale celorlalte organe. Simptomatologia este redusă de multe ori la o simplă răgușeală, starea generală este bună. Nu ne vom lăsa înșelați de jena respiratorie progresivă, adesea cu accese de sufocație, pentru a proceda la trachetomie, ceace ar fi o mare greșală. Vom face întotdeauna examenul laringoscopic, care ne arată prezența gomelor, ce pot fi simple sau ulcerate, predilecte pentru faringele anterior. Vom institui la timp tratamentul antispecific, ferind laringele de distrucțiuni mari și definitive. Ne vom adresa specialistului în toate cazurile îndoeelnice.

Tumorile laringelui. 1. Tumorile benigne evoluiază în general cu semne funcționale ușoare și au diverse forme: polipi, fibroame, papiloame, noduli vocali. Medicul practician va recomanda repaus vocal, și va îndruma la specialist. În caz de accese de sufocare mai grave, în special în papilomatoza copiilor, va recurge la tracheotomie. De teama cancerizării, el va îndruma la timp cazurile renitente sau evolutive la specialist.

2. Tumorile maligne trebuiesc diagnosticate cât mai devreme. Nu vom aștepta disfagia pronunțată, hemoragiile, tumefierea ganglionilor cervicali sau exteriorizarea neoplasmului. La început, laringoscopia ne poate arăta o îngroșare roșie a unei singure coarde vocale, sau a unui singur aritenoid, sau a glotei, având un aspect vegetant, de culoarea căpșunilor, și cu imobilizarea organului afectat. Massa aceasta vegetantă se ulcerează, mai târziu apar hemoragii și apoi celelalte complicațiuni amintite. Nu vom scăpa din vedere semnele patognomonice date de laringoscopie: unilateralitatea și imobilitatea organului afectat. Vom trimite bolnavul la specialist cât mai

din vreme, pentru extirparea focarului canceros. În aceste cazuri tot specialistul va decide tracheotomia, va indica radioterapia, radiumterapia, sau operația.

Traheotomia, este o intervenție de importanță capitală în practica medicală și indispensabilă medicului practician.

Indicăm tracheotomia în toate cazurile de asfixie iminentă sau prezentă, datorită obstrucțiunii laringeene de orice natură. *Indicațiunile absolute* sunt: edemul laringen, obstrucția prin crup difteric sau pseudo-crup cu false membrane, — acestea mai ales la copii, — în stenoză datorite supurațiunilor, condritelor și pericondritelor, plăgilor traumatice; în edemul laringean acut sau primitiv, cauzat de frig, lichide ferbinți sau în bolile generale, nefrită acută, cașexie, edem generalizat, edemul laringean secundar, sifilitic, tuberculos, canceros, etc.; în boala serului, edemul angio-nevrotic, diateza spasmo-filiacă a copiilor, laringita striduloasă; în stenozele accidentale datorite inhalajiilor de gaze toxice de războiu, de vapori supraîncălziți, de fum, în strangularea sau în secționarea traumatică sau accidentală a regiunii, interesând vasele mari, nervii laringeni. *Indicațiile relative* sunt: laringotomia totală sau parțială, tracheoscopia sau bronhoscopia inferioară, anestezia generală în cazul operațiilor asupra cavității buco-faringeene. *Traheotomia este contraindicată* în cazuri de perichondrită acută și în toate cazurile când obstrucția căilor respiratorii este la un nivel inferior, având cauze mediastinale, pulmonare, etc.

Traheotomia de urgență este temporară și se poate executa în două feluri: 1. Laringotomia inter-crico-tiroidiană. Consistă în perforarea cu trocarul traheotom al lui Buttelin—Ponier, a membranei cu acelaș nume; introducem apoi, cu un mandrin, canula internă, scoatem mandrinul, articulăm canula externă și o acoperim cu o bandă de tifon. Putem proceda și în doi timpi, timpul întâiu fiind descoperirea membranei, timpul al doilea secționarea ei, cu bisturiul. 2. Crico-traheotomia este tot o operație de urgență. Ea se execută tot în doi timpi, primul, secționarea pielei și a țesuturilor moi pe o distanță de 4 cm., începând dela cricoid spre trahee; evidențiem astfel cartilajul cricoid și primul inel traheal; procedăm la timpul al doilea: secționarea cartilajului cricoid și a inelului traheal

subjacent. Introducem canula internă și cea externă, așa cum am văzut mai sus. În general avem suficient timp pentru a proceda la o traheotomie sistematică, cu caracter definitiv.

Traheotomia sistematică este de trei tipuri: superioară, mijlocie și inferioară. În cea superioară, secționăm primul și al doilea inel traheal, în cea mijlocie, inelele de sub istmul tiroidian. Aceasta din urmă traheotomie este mai grea fiind nevoiți să tăiem parenchimul vascularizat al istmului. În caz de corpi străini metalici, suntem nevoiți să recurgem adesea la ajutorul și controlul radioscopiei. Traheotomia inferioară se execută atunci când porțiunile superioare sunt inaccesibile (tumori, tumefieri etc.) și este o intervenție dificilă, din cauza bogatei vascularizații a plexului venos sub istmic și din cauza situației mai profunde a traheei.

Tehnica operatorie prevede pregătirile preliminare: aseptizarea regiunii cu benzină iodată și tinctură de iod, delimitarea regiunii prin câmpuri sterile, anestezia în straturi cu novocaină 0,5% 20 cmc. și adrenalină 5 picături 1%. Când traheotomia este preliminară altei operații putem face și anestezia generală. Operatorul stă la dreapta bolnavului. El are nevoie de un ajutor, în fața lui. Operatorul reperează linia de incizie, medio-mentonieră, medio-manubrială, trecând prin regiunea cea mai proeminentă a tiroidului; el secționează apoi țesuturile strat cu strat, numai la nivelul unde trebuie să descopere traheea, pe o porțiune de 4—5 cm. În tot acest timp se face hemostaza prin tamponare, precum și ligaturile. După descoperirea traheei, se procedează la incizarea ei, pe o porțiune, numai atât cât trebuie, pentru introducerea canulei. La deschiderea traheei, se aude un șuerat caracteristic, bolnavul are accese de tuse, adesea violente, prin care elimină mucozitățile sau sângele închegat. Aceste reflexe împiedică operatorul. Ele pot fi prevenite prin injectarea prealabilă, în perețele traheal, a unei soluții de cocaină 5—10% (Portman). Când vedem că bolnavul este amenințat de asfixie, procedăm imediat la introducerea canulei interne, articularea ei cu cea externă, după cum am văzut la operațiile de urgență, rămânând

să executăm ulterior ligatura vaselor, scoaterea penselor și suturarea țesuturilor învecinate canulei, legarea canulei externe cu benzi în jurul gâtului și protejarea deschiderii cu o bandă de tifon.

Accidentele postoperatorii sunt: precoce, imediate și tardive. Amintim șocul inhibitor cu asfixie și sincopă, mai ales al copiilor, în timpul inciziei pielei, pe care-l combatem prin adrenalină și prin respirație artificială. Hemoragia este un accident imediat, mai ales în traheotomiile mijlocii și inferioare putând da, foarte rar, moartea prin embolie gazoasă. Alte accidente sunt: deschiderea concomitentă a esofagului, pătrunderea cu canula în țesuturile vecine, emfizemul subcutanat — datorit unei traheotomii mai mari decât canula, — aruncarea afară a canulei. Accidentele tardive sunt datorite suprainfecției, hemoragiilor secundare, emfizemului subcutanat.

Îngrijirile post-operatorii sunt: instituirea unui control în primele ore după operație; bolnavul va fi așezat aproape șezând, pentru a-i facilita respirația. Vom institui regimul lactat hidric și vom face pansamente sterile cotidiene. A treia sau a patra zi, scoatem dubla canulă și o înlocuim cu alta sterilă. Desinfecțăm regulat canula internă. Canularea a demeure se face de către specialist. Tot specialistul va executa decanularea. Traheotomiile de urgență, cât și cele sistematice, după o statistică pe anii 1934—1936 la Clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj s'au executat în număr egal. În cele mai multe cazuri, ele au fost făcute la copii, în crupul difteric, iar la adulți, în cancerul laringean.

Igiena faringelui și a laringelui. Vom căuta întotdeauna să asigurăm bolnavului o respirație nasală normală. Respirația bucală antrenează uscarea gurei, a faringelui, laringite, turburările vocale. Vom trata cauzele obstrucției nasale, vom observa regulile unei stricte igiene buco-faringeene, vom trata bolile gurei, dinții cariați, pyoreea alveolară, etc. Vom recomanda gargare cu substanțe desinfecțante în soluție slabă, asociate cu substanțe volatile, cum ar fi: oleum menthae pipe-

rita, pentru igiena de toate zilele. In special, pentru igiena laringelui vom interzice fumatul, substanțele iritante, alimentele prea ferbinți sau prea reci. Vom împiedeca abuzurile vocale, vom desvâța copii de a striga și țipa, pentru a evita nodulii vocali atât de frecvenți. Vom trata afecțiunile faringelui și nasului.



CAPITOLUL II.

Ce trebuie să știe să nu facă medicul practician?

De multe ori este mai important să se știe ceea ce nu trebuie, decât ceea ce trebuie să se facă. Prin intervenția necesară, și când trebuie, și când nu trebuie, nu facem adesea de cât să expunem bolnavul la complicațiuni, de multe ori grave, așa încât, în loc să-i fim de un real folos, prelungim sau îi agravăm suferința. Recomandările care se fac medicului practician la Clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj de sub direcția D-lui Prof. Dr. G. Buzoianu și care trebuie să intre în practica obișnuită, sunt următoarele:

Medicul practician trebuie

1. Să nu badijoneze, traumatizând, amigdalele inflamate. Asupra acestei regule, vom observa că este un corolar al chirurgiei generale. Infecția se poate generaliza; rezistenței reduse a țesuturilor din cauza proceselor inflamatorii, i se adaugă traumatizarea și necrozarea.

2. Să nu prescrie spălături nasale, în scop igienic. Prin spălăturile nasale, mucoasa se congestionează, microbii patogeni sunt antrenați prin inspirație în faringe și de aici în trompe, putând cauza infectarea acestora.

3. Să nu scoată corpuri străini auriculari cu pensa. Rolul traumatizant al instrumentelor a fost arătat la capitolul despre igiena urechei. Adăogăm că traumatizarea și lezarea conductului nu face decât să favorizează infecția.

4. Să nu dea comprese reci în anghine acute. Rolul nefast pe care-l joacă acest fel de medicațiune se explică prin scăde-

rea rezistenței mucoaselor la frig și prin favorizarea înmulțirii microbilor patogeni.

5. *Să nu introducă tinctura de iod în faringe.* Această metodă veche trebuie să fie scoasă din uzul practicienilor, căci astăzi ne stau la dispoziție o sumă de alți desinfecțanți, care îndeplinesc condiția de a fi buni, fără să fie caustici.

6. *Să nu deschidă flegmonul amigdalian cu bisturiul.* Această recomandare de importanță capitală, își are explicația în pericolul lezării acestei regiuni atât de vascularizate. Este suficient un moment de neatenție sau o mișcare neopinată a capului pacientului pentru a cauza accidente grave.

7. *Să nu îngrijească intempestiv sau inutil conductul auditiv.* Orientarea jetului de apă spre timpan în timpul spălăturilor auriculare poate provoca spargerea lui; introducerea de substanțe desinfecțante în conductul auditiv în igiena de toate zilele, curățirea cerumenului cu pensoane de vată, chibrit, diverse instrumente, nu fac decât să favorizeze producerea de cerumen, iar prin lezarea epiteliului, infectarea lui.

8. *Să nu facă spălături auriculare în otitele supurate.* Prin presiunea lichidului și prin antrenarea agenților patogeni și a puroiului favorizăm complicațiile auriculare, mastoidita.

9. *Să nu preconizeze îngrijirea vestibulului nasal, prin diferite pense ori scobitori,* care rănesc narinele și dau inflamații.

10. *Să nu lucreze septic.* Introducerea regulilor de asepzie în orice ramură de specialitate chirurgicală, cum este și Oto-Rino-Laringologia, reprezintă unul din cele mai de seamă deziderate ale chirurgiei moderne. Numai ținând seamă de regulile asepsiei, vom putea interveni cu folos, nu vom supra-infecța, nu vom transmite infecția la alți pacienți, vom evita complicațiile.

Natural, multe din aceste recomandări sunt cunoscute medicului practician, orice lucru cunoscut are însă nevoia de a fi din când în când repetat. Ar fi de dorit ca medicul practician să țină întotdeauna seamă de aceste câteva recomandări practice, care nu sunt altceva decât respectarea celei mai importante norme de medicină, mai întâi a nu dăuna, apoi a vindeca.

OBSERVAȚII CLINICE. Dau mai jos câteva cazuri, în legătură cu observațiile din capitolele precedente:

Cazul I. — Copila G. B. în etate de 3 ani, este adusă la ambulanța Clinicei Oto-Rino-Laringologice, prezentând jena auriculară, senzație de corp străin în urechea dreaptă. Înainte, a fost adusă la un medic practician, care a încercat să scoată corpul străin cu ajutorul unei pense, dar n'a reușit decât să-l introducă și mai în fund. Se încearcă cu insistență spălături auriculare, extracția nu reușește însă. Se procedează la narcoză și se scoate corpul străin, cu ajutorul croșetului pentru corp străin. Această intervenție se putea evita, dacă s'ar fi procedat dela început corect, prin spălături, cu atât mai mult cu cât extracția corpilor străini prelimpanici, cari se însoțesc de leziuni inflamatorii de tumefacție a pereților conductului, nu se face fără oarecare dificultate, chiar de specialiști experimentați.

Cazul II. — Bolnavul D. G. de ani, se prezintă la consultațiile Clinicei Oto-Rino-Laringologice, în ziua de 21. VI. 1935, cu dispnee gravă, care a apărut brusc, înainte cu o săptămână. Mama băiatului consultă întâiu un medic particular, care îl tratează cu inhalajații și comprese reci în jurul gâtului, dar neconstatând nici o ameliorare, mama se adresează clinicei. Procedând la anamneză, se află că este singurul copil la părinți, după ce mama avuse două avorturi spontane. Mama neagă orice infecție venerică și nu amintește că bărbatul său ar fi avut vre-o leziune specifică. Antecedentele și aspectul debil al copilului, dar mai ales nasul în șea, erau indicii care îndreptau atenția spre o gomăsifilitică. La examenul faringelui, se constată vegetații adenoidice. Examenul laringoscopic arată o inflamație subglotică, o proeminență acoperită de corzile vocale.

Ea prezintă o mică ulcerăție cu margini tăiate net, acoperită la suprafață cu o secreție albicioasă. Se pune diagnosticul de infiltrație subglotică gomoasă. Reacția Wassermann este intens pozitivă; la mamă, parțial pozitivă. În urma examenului clinic, i se face imediat o injecție de 0,10 gr. neosalvarsan și $\frac{1}{2}$ fiolă bismiochin. După 4 zile bolnavul se prezintă din nou, nemai având dispnee și infiltrația fiind foarte mult regresată. Acest caz cu aspectul tipic și cu reacția sa promptă de ameliorare la tratamentul antiseptic, aparține cazurilor în care un diagnostic precoce și un tratament instituit imediat dă rezultate miraculoase și oprește leziunile distructive.

Cazul III. — D-na J. A. în etate de 33 ani, se prezintă la ambulanță, în ziua de 4. VI. 1937. Procedând la anamneză, bolnava ne spune, că a consultat o mulțime de doctori parti-

culari, cari au tratat-o de diferite boli, bronchită, tuberculoză pulmonară, etc. — Boala actuală datează din Dec. 1936. Debutul a fost insidios, cu uşoare accese de dispnee, tuse, sufocaţie. Aspectul clinic al bolnavei face să se bănuiască o leziune traheală de origine sifilitică. Se procedează la traheoscopia superioară şi se descoperă în peretele traheal un corp străin, plăcă de os. Se procedează la extracţia lui.

Cazul IV. — R. M., bolnav, în vârstă de 26 de ani, se prezintă la ambulanţa Clinicei Oto-Rino-Laringologice, la 3. III. 1936. În antecedente, amigdalite pultacee repetate. În iarna trecută, un flegmon periamigdalian, care a fost deschis. Prezintă de 6 zile anghină, şi fenomene mai pronunţate: temperatura 39,6°, pulsul 124, trismus, dureri la deglutiţie, cu iradieri auriculare. A consultat un medic practician, care i-a făcut un badijonaj cu tinctură de iod. La examen, ganglionii submariari apar tumefiaţi, dureroşi, stâlpul anterior drept tumefiat şi bombat în partea superioară; lueta dematişată, atârnă inertă. Dgn. flegmon periamigdalian drept.

Operat de Dl. Prof. Dr. G. Buzoianu (deschidere cu pensa Lubet-Barbon), se evacuează 10—15 cm.³ puroiu cu caracter net sanguinolent. Vindecarea completă în 3 zile.

Cazurile, care urmează, arată exemple de diagnostic tardiv al cancerului laringian, devenit inoperabil. (Prin bunăvoinţa D-lor Dr. Traian Stoicoiu şi Dr. Iosif Bulbuca).

Cazul V. — K. I., 56 ani, tâmplar, se prezintă la ambulanţa Clinicei Oto-Rino-Laringologice în 10. VIII. 1936, cu semne laringiene, ce datează de 2 ani. Se procedează la examenul clinic, se face biopsia, care este pozitivă pentru epiteliom laringean. Este îndrumat la Inst. de cancer, fiind în faza inoperabilă foringo-laringean.

Cazul VI. — F. T. 30 ani, tăbăcar, se prezintă la consultaţiile Clinicei Oto-Rino-Laringologice, în 9 Aug., 1936, cu cc. al laringelui inoperabil, fistulizat. Antecedentele sunt următoarele:

Înainte cu 2 ani a simţit o durere vie, după un pahar cu bere rece. Consultată imediat un medic de circumscripţie, care îi spune că are un catar laringian şi-i face badijonări timp de 6 luni, probabil cu acid lactic, după afirmaţiile bolnavului. Un alt medic, fără a-i face examenul laringoscopic, îi pune diagnosticul de tbc. laringian. Ii administrează 6 injecţii cu un preparat de aur şi după un interval de timp, de o lună, îi face încă o serie de 20 inj., probabil roborante. Între timp bolnavul slăbeşte foarte mult.

Consultând un alt medic la Braşov, după aproape un an,

acesta îi face examenul laringoscopic, stabilindu-se un diagnostic de laringită acută și recomandându-i să nu bea, să nu fumeze și să nu vorbească. Timp de o lună bolnavul nu vorbește cu nimeni, însă nu simte nici-o ameliorare.

Consultă apoi un medic din Sighișoara, care îi pune diagnosticul de neoplasm și-l trimite la Clinica Oto-Rino-Laringologice din Cluj.

Aici, se confirmă diagnosticul de cc., inoperabil, fistulizat al laringelui și este îndrumat la Inst. de cancer.



Concluziuni

1. Numeroase afecțiuni Oto-Rino-Laringologice au urmărit importante asupra stării generale.

2. In etiologia și patogenia multor afecțiuni, putem depista focarul infecțios la nivelul urechei, nasului, (sinusuri, fose nasale), faringelui, laringelui.

3. Diagnosticul multor boli generale poate fi ajutat prin depistarea manifestărilor lor oto-rino-laringologice.

4. Cunoașterea practică a celor câteva intervențiuni mai importante în oto-rino-laringologie, precum: extracția corpiilor străini din conductul auditiv, fose nasale, faringe, deschiderea unui abces sau flegmon faringean, paracenteza timpanului, traheotomia etc., dă medicului practician posibilitatea ajutorului de urgență.

5. Familiarizarea cu examenul oto-rino-laringologic permite medicului practician diagnosticul, ce puțin prezumptiv, al bolilor care trebușă tratate cât mai devreme: cancerul laringean, complicațiunile intracraniene ale otitelor, mastoiditele, sinusitele, septico-piemile.

6. Cunoștințele teoretice și practice ale oto-rino-laringologiei înlesnesc medicului practician triarea și îndrumarea bolnavilor la specialist.

7. Intervenția la timp a medicului practician salvează urmările nefaste ale afecțiunilor grave oto-rino-laringologice și de multe ori, chiar viața bolnavului.

Văzută și bună de imprimat.

Cluj, 26 Iunie 1937.

Președintele tezei:

(ss.) Prof. Dr. G. BUZOIANU.

Decan:

(ss.) Prof. Dr. D. MICHAIL.

Bibliografie

- G. Buzoianu: *Regulele chirurgiei oto-rino-laringologice*. România medicală, Oct. 1932. București. — *Olita supurată acută și cronică în practica medicală*. Clujul Medical, No. X, 1935. — *Tratamentul otitei medii supurate acute*. România medicală, București. 1927. — *Trepanația mastoidiană actuală*. Clujul medical, No. III. 1935. — *Problema tratamentului operator în flegmoanele periamigdalene*. Clujul Medical, No. VII, 1934. — *Laringotomie totală pentru cancer laringean*. Clujul medical, No. X, 1935. — *ELEMENTE DE OTOLOGIE*. Biblioteca științelor oto-rino-laringologice, Cluj, 1937.
- G. Buzoianu și V. Cotul: *Vocea și igiena vocală*. Ed. Ciofloc, Cluj, 1935.
- L. Drăgoiu: *Elemente de istologie și tehnică microscopică*.
- Dorin Ionescu, Andrei Teodorescu și A. Bodea: *Clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj*. Spitalul, XI, 1935.
- Frățianu Eusebiu: *Amigdalele și patologia generală*. Teză, Cluj, 1937.
- Șt. Gârbea: *Tehnică amigdalectomiei totale în Clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj*. Teză. Ardealul, Cluj, 1936.
- Hațieganu—Goia: *Tratat elementar de semiologie și patologie medicală*.
- I. Iacobovici: *Elemente de propedentică chirurgicală*. Ardealul, Cluj, 1927.
- V. Papilian: *Manuscris tratat de anatomie umană*. Ardealul, Cluj, 1923.
- Gh. Popovici: *Elemente de fiziologie medicală*. Transilvania, Cluj, 1933. — *Elemente de pediatrie și puericultură*. Lumina, Cluj, 1936.
- G. Laurens: *Précis d'oto-rino-laringologie*. Masson, Paris, 1934.
- P. Lecône: *Précis de médecine opératoire*. I. B. Baillièrre, Paris, 1930.
- G. Roussy: *Précis d'anatomie pathologique*. Masson, Paris, 1933.
-