

ALCOOLIZAREA
NERVULUI LARINGEU SUPERIOR
ÎN DISFAGIILE TUBERCULOASE



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 19 IULIE 1940.

DE
BUTEANU ROMUL

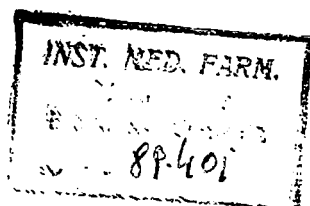
ALCOOLIZAREA
NERVULUI LARINGEU SUPERIOR
ÎN DISFAGIILE TUBERCULOASE



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 19 IULIE 1940.

DE
BUTEANU ROMUL

24 MAY 2005



2041

UNIVERSITATEA „REG. FERDINAND I” DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : D-nul Prof. I. Drăgoiu

Profesori :

Anatomie umană	Prof.	Dr.	<i>Papillan V.</i>
Chimie generală medicală	”	”	<i>Secăreanu S.</i>
Chimie biologică	”	”	<i>Manta I.</i>
Istologie și embriologie	”	”	<i>Drăgoiu I.</i>
Fiziologie și fizică medicală	”	”	<i>Benetato Gr.</i>
Anatomie patologică	”	”	<i>Vasillu T.</i>
Bacteriologie	”	”	<i>Baroni V.</i>
Patologie generală și experimentală	”	”	<i>Botez M. A.</i>
Igienă și medicină preventivă	”	”	<i>Moldovan J.</i>
Clinica medicală I.	”	”	<i>Hașteganu I.</i>
Clinica medicală II. (semiologie)	”	”	<i>Gota I.</i>
Clinica chirurgicală (semiologie)	”	”	<i>Pop A.</i>
Clinica chirurgicală și boalele căilor urinare	”	”	<i>Țeposu E.</i>
Clinica obstetricală și ginecologică	”	”	<i>Grigoiu Cr.</i>
Clinica dermatologică și sifilografică	”	”	<i>Tătaru C.</i>
Clinica infantilă și puericultură	”	”	<i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica neurologică	”	”	<i>Minea I.</i>
Clinica psihiatrică	”	”	<i>Urechta C.</i>
Clinica oftalmologică	”	”	<i>Michail D.</i>
Clinica balneologică și dietetică	”	”	<i>Sturza M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	”	”	<i>Buzolanu Gh.</i>
Clinica stomatologică	”	”	<i>Aleman I.</i>
Medicina legală	”	”	<i>Kernbach M.</i>
Radiologie	”	”	<i>Negru D.</i>
Istoria medicinei	”	”	<i>Bologa V.</i>
Farmacologia	Supleant Prof	”	<i>Baroni V.</i>
Igienă și medicină preventivă	Agr.	”	<i>Zolog M.</i>
Clinica boalelor contagioase	Conf.	”	<i>Gavrillă I.</i>

JURIUL DE SUSTINERE:

	<i>Președinte :</i>	D-l Profesor	Dr.	<i>Gh. Buzolanu</i>
{	Membrii :	”	”	<i>Gr. Benetato</i>
				<i>T. Vasillu</i>
				<i>V. Bologa</i>
				<i>I. Aleman</i>
Supleant :	D l	Conf.	Dr.	<i>I Gavrillă</i>

Introducere.

Incep această teză pentru doctorat în medicină și chirurgie, exprimând cele mai sincere mulțumiri d-lui Prof. Gh. Buzoianu, directorul Clinicelor de nas, gât și urechi din Cluj, pentru deosebita cinste ce mi-o face de a fi avut bunăvoința să prezideze juriul meu de promoție.

După cum spunea dl. Prof. Buzoianu în cursurile D-sale: „tuberculoza este o boală ce tubește glota. Adică o boală ce se localizează preponderent pe corzile vocale. Simptomele acestei boli localizată la laringe vor fi turburări în fonafie în deglutiție și la sfârșit turburări în respirație.

Turburările de deglutiție sau disfagiile de natură tuberculoasă, survin ca o etapă înaintată a evoluției unei tuberculoze laringiene, survin în perioada când leziunile tuberculoase inițial localizate la nivelul glotei se extind în regiunile învecinate: pe benzile ventriculare, epiglotă, regiunea aritenodiană și plicile ariteno-epiglotice. Aceste turburări disfagice sunt enorm de neplăcute pentru bolnav, cauzează dureri atroce, împiedecă posibilitatea alimentației normale și contribuie la un sfârșit rapid și dramatic al bolnavului.

De multe ori turburările disfagice nu survin obligatoriu în evoluția unei tuberculoze laringiene, pentrucă bolnavul se poate pierde în perioada turburărilor fonatorii.

Dacă ne găsim în fața unui bolnav care prezintă turburări disfagice de natură tuberculoasă, medicul încearcă și trebuie să încerce să amelioreze durerile bolnavului și să faciliteze alimen-

tația suferindului. În acest scop se poate aplica: tratament medicamentos, tratament fizioterapic ori tratament chirurgical, în care ultimă grupă se intercelează și tehnica alcoolizării nervului laringeu superior. Această ultimă tehnică prezintă o serie de avantagii față de celelalte metode, producând o incetare aproape bruscă a durerilor pentru durată lungă.



Considerațiuni anatomom-topografice asupra laringelui.

Privit în totalitatea sa, laringele prezintă forma unei piramide triunghiulare a cărei bază privește în sus și vârful trunchiat se continuă cu trahea.

Laringele este situat sub baza limbii, deasupra traheei și în fața hipofaringelui. Regiunea laringiană delimitată în sus de un plan orizontal ce trece prin marginea superioară a cartilajului tiroid, iar jos de planul orizontal ce trece prin marginea inferioară a cartilajului cricoid corespund celei de a V-a și a VI-a vertebră cervicală.

Laringele se continuă în sus cu faringele fixându-se prin interdemii membranei tirohioidiene de osul hioid, care printr'o serie de mușchi se unește cu orificul superior al toracelui. Laringele se continuă în jos cu traheea. Prin aceste mijloace laringele este menținut în regiunea laringeană descrisă.

Raporturile de vecinătate ale laringelui.

Fetele antero-laterale sau simplu fețele laterale, una dreaptă și alta stângă inclinate spre linia mediană dinapoi înainte unindu-se pe linia mediană formează proeminența cunoscută sub numele de mărul lui Adam. Vin în raport cu: corpul tiroid apoi mușchii sterno-tiroidian, tiro-hioidian, sterno hioidian acoperiți de aponevroza cervicală suprafacială și piele.

Fața posterioară a laringelui alcătuiește și porțiunea infe-

rioară a peretelui anterior al laringelui. Este formată din cricoid, mușchii posteriori ai laringelui și de mucoasa hipofaringului. Vine în raport imediat cu peretele posterior al laringelui și prin intermediul lui, cu stratul celular retro-faringian, mușchilor prevertebrale și coloanei cervicale.

Baza laringelui vine în raport cu baza limbii și cavitatea faringiană.

Vârful laringelui se prelungește cu trahea.

Rolul laringelui în deglutiția faringo-esofagiană.

Laringele prezintă posibilități de mișcare foarte importante mai ales în studiul disfagiilor laringiene.

Laringele posedă mișcări de verticalitate între 2—4 cm; mișcări anteroposterioare de întindere mai restrânse și mișcări de lateralitate pe care i-le putem imprima noi.

La începutul deglutiției prin contractiunea mușchilor suprahioidieni, hioidul și laringele este tras în sus înainte infundându-se sub baza limbii, care împinge în sus și înapoi vălul palatului, iar epiglota acoperă ca un capac orificiul superior al laringelui.

Când alimentele au pătruns în porțiunea superioară a esofagului limba, hioidul și laringele își reiau poziția lor inițială.

Aceste mișcări de ascensiune și descensiune ce le face laringele în timpul deglutiției și raporturile pe care le are laringele cu gura esofagului explică disfagiile laringiene, care se nasc ori de câte ori vre-o leziune inflamatorie localizată mai ales pe marginea liberă a epiglotei ori pe mucoasa regiunii posterioare ariteneoidiene, produc durerile când prin actul deglutiției vin în contact cu peretele dur al coloanei vertebrale cervicale.

Durera ce se naște la acel nivel este percepută prin nervii sensitivi al laringelui.

Inervația sensitivă a laringelui.

În ceea ce privește inervația sensitivă a laringelui, nervul sensibil este laringeul superior. Se crede că și nervul laringeu inferior ar contribui în mică măsură la inervația sensitivă posedând câteva fibre sensitive și semnalizându-se pe traiectul lui prezenta unor celule ganglionare.

Fibrele nervoase sensitive prezintă pe traiectul lor numeroase celule ganglionare. Modul de terminare a fibrelor sensitive la nivelul mucoasei laringiene se face după cum s'a putut arăta prin metoda Golgi-Erlich, printr'un plex nervos bogat numit plexul sub-epitelial. Din acest plex sub-epitelial pleacă niște fibre ascendente cari trec printre celulele epiteliale, acolo se ramifică transformându-se în firicele subțiri cari merg până la suprafața mucoasei, descriindu-se chiar arabațiuni terminale.

Nervul laringeu superior, este nervul sensibil al laringelui. El provine din nervul pneumo-gastric după ce acesta a primit o ramură a spinalului, deci corect spus provine din nervul pneumo-spinal.

Ia naștere din nervul pneumo-spinal la partea inferioară și internă a ganglionului plexiform și se îndreaptă înspre laringe descriind o curbă cu concavitatea îndreptată în sus și înainte, având raporturi cu marginea internă a carotidei interne având raporturi intime cu faringele; puțin deasupra și înapoia osului hioid se împarte în două ramuri una superioară și alta inferioară.

Ramura superioară continuă traiectul nervului laringeu superior. Merge deasupra mușchiului constrictor inferior al faringelui, apoi paralel cu marele corn al hioidului și perforază deodată cu vasele laringee superioare membrana tiro-hioidiană, dând naștere la grupuri de fibre :

1. Fibițele anterioare, cari merg la cele două fețe ale a epiglotei;

2. fibrele mijlocii, cari se ramifică in regiunea sub-glotică și la plicele ariteno-epigloteice;

3. fibrele posterioate, cari merg la fața posterioară a laringelui și dintre acestea o fibră principală ce se anastomozează cu ramura ascendentă a nervului laringeu inferior, formându-se ansa nervoasă a lui Galien.

Ramura inferioară a nervului laringeu superior este motorie și sensitivă in același timp. Are un traiect oblic în jos și înainte până la mușchiul crico-tiroidian pe care îl inervează. Perofrează apoi dinafară înăuntru membrana crico-tiroidiană și dă ramuri terminale sensitive pentru mucoasa subglotică și vestibulară. Această ramură dă și anastomoze cu simpaticul formând plexul lui Haller.



Deglutiția și disfagia.

Disfagia sau greutatea de a înghiți este simptomul care traduce o tulburare de deglutiție și este foarte adesea întâlnit de medicul oto-rino-laringolog în practica zilnică.

Spre a înțelege disfagia trebuie să știm cece e deglutiția.

Deglutiția este actul fiziologic necesar trecerii bolului alimentar, (odată format în cavitatea bucală,) prin faringe și esofag până ajunge în stomac. În îndeplinirea acestui act deosebim: o fază bucală, sau predeglutiția, o fază faringiană și o fază esofagiană.

Actul deglutiției reclamă o complexitate impresionantă de mișcări mușchiulare. Astfel vor fi interesați în acest act mușchii intrinseci și extrinseci ai limbii, cari contractându-se împing bolul alimentar înapoi. În acelaș timp se contractă brusc mușchii stilo-faringieni și mușchii constrictori ai faringelui, producând o scurtare a faringelui și astfel orificiul superior al esofagului este tras spre fundul gurii înlesnind intrarea bolului alimentar în esofag.

În esofag deglutiția este continuată datorită acțiunii mușchilor esofagului cari sunt formați din două straturi de fibre: unele fibre externe și longitudinale, altele fibre interne și circulare. Deglutiția esofagiană se face deosebit pentru lichide și deosebit pentru solide. În cazul alimentelor solide deglutiția are loc sub forma unei unde contractile ce naște în urma deglutiției faringiene, deci spre a avea loc deglutiția esofagiană este nevoie de a face o înghițire — deglutiție faringiană — gravitatea în acest caz nu are nici o influență.

Pentru lichide deglutiția esofagiană se face în baza gravitației.

Această complexitate de mișcări mușchiulare stă sub control intim nervos. Actul deglutiției este un act reflex complex, a cărui punct de plecare este istmul buco-faringian deci fața anterioară a vălului palatului. Căile nervoase centripete sunt reprezentate prin fibrele sensitive ale nervului trigemen și în parte prin fibrele sensitive ale nervului pneumo-gastric și ale nervului glosio-faringian. Trigemenul este însă nervul centripet principal.

Căile centrifuge sunt reprezentate prin fibrele nervilor glosiofaringieni, vag, spinal și hipoglos. Mulțimea acestor căi centrifuge explică de ce mișcările deglutiției sunt atât de complexe.

Centrul deglutiției este în bulb, la nivelul nucleilor de origine a nervilor cari conțin fibrele centripete ale acestui reflex.

În timpul deglutiției orificiile posterioare ale foselor nasale sunt închise prin ridicarea vălului palatului, iar orificiul superior al laringelui este astupat pe de o parte de epiglotă (care joacă rol important numai în cazul deglutiției lichidelor) pe de altă parte de baza limbii sub care este tras laringele prin contracțiunea mușchilor supra-hioidieni. În timpul deglutiției deci laringele face o mișcare de ascensiune.

Nu trebuie să uităm că în deglutiție are un rol activ și mucoasa răspântiei aero-digestive.

Complexitatea mișcărilor mușchiulare, cari iau parte în actul deglutiției, precum și rolul mucoasei răspântiei aero-digestive care este expusă la traumatisme multiple constituite prin sistemul ei fagocitar o barieră în calea germenilor patogeni veniți dela exterior pe cale aeriană, ne explică de ce este compromis atât de frecvent actul deglutiției și de ce ne găsim adesea în fața simptomului disfației.

Tulburările aceastea în deglutiție apar, fie sub forma unei simple jene fie sub forma unor dureri veritabile. Durerile au

intensități diferite fiind uneori atroce, cum este cazul disfagiilor bacilare. În cazul când durerea este intensă și bine precizată disfagia se numește odinofagie.

Medicul în fața unui caz de disfagie, cunoscând complexitatea actului teoretic se presupune că trebuie să facă examinarea cavității bucale și a mezofaringelui ce elucidează cauza disfagiei. Dacă aceste examinări rămân negative vom proceda la laringoscopie ori la examinarea esofagului, întâi radiologic apoi esofagoscopic.

Aceste examinări succesive sunt necesare fiindcă disfagia poate tine de diferite cauze cum ar fi:

1. Afecțiuni ale cavității bucale; glosite acute, angina lui Gensoul—Loudwig etc.

2. Afecțiuni ale vălului palatului ori a stâlpilor anteriori; ulcerăriuni sau afte ale a stâlpilor anteriori, abces al vălului palatului etc.

3. Afecțiuni ale mezo-faringelui:

a) Disfagii în cursul fenomenelor febrile acute cum sunt anginele, flegmoanele difuze etc.

b) Disfagii în cursul afecțiunilor cronice cum ar fi faringite cronice, atroifice ori hipertrofice, tumori benigne, sifilis cicatricial etc.

4. Afecțiuni ale hipofaringelui:

a) Disfagii în cursul fenomenelor febrile acute; herpes laringian, flegmon faringo-laringian etc.

b) Disfagii în cursul afecțiunilor cronice; actinomicoză, gomă sifilitică, cancer laringian, tuberculoză laringiană.

5. Disfagii esofagiene:

a) Disfagiile cari apar după traumatism în primele zile.

b) Disfagiile cari apar după fenomene febrile acute.

c) disfagiile cari țin de altă cauză.

Laringele poate fi deci sediul unor afecțiuni cari cauzează

în afară de alte simptome și disfagia. Am văzut cum se comportă laringele în timpul actului deglutiției. Mișcarea de ascensiune a laringelui și frecarea lui indirectă de pe planul dur al coloanei cervicale, recer o integritatea perfectă a mucoasei și cartilagiilor laringine. Când integritatea aceasta recerută este compromisă va suferi și actul deglutiției și ne vom afla în prezența unei disfagii laringiene.

Printre numeroasele cauze cari pot cauza disfagii laringiene este și tuberculoza.

Etiologia. Tuberculoza poate prinde laringele în mod primitiv (cazuri foarte rare) ori în mod secundar dela o tuberculoză pulmonară. Unii autori cum este Killian, susțin că nu ar exista tuberculoză laringiană primitivă; alții ca Freudenthal și Mitchell susțin că tuberculoza laringiană primitivă este frecventă. Practic se întâlnește însă numai o tuberculoză laringiană secundară, de acea autorul Kanooy a și propus numirea de tuberculoză laringo-tracheală.

Tuberculoza laringiană este socotită ca o complicație a tuberculozei pulmonare. Collet susține că $\frac{1}{3}$ din tuberculoza pulmonară este însoțită de tuberculoză laringiană. Alți autori ca Schäffer cred că 97% din tuberculoza pulmonară este însoțită de tuberculoză laringiană.

Patogene. Modul în care se poate inocula mucoasa laringiană cu bacilul Koch poate fi :

a) Secundar dela o tuberculoză pulmonară preexistentă.

b) În mod clinic primitiv, ceea ce vrea să spună că simptomele laringiene premerg simptomele toracice.

Patogenia tuberculozei laringiene secundară cunoaște trei ipoteze, cari reprezintă cele trei căi posibile de inoculare a mucoasei laringiene: calea canaliculară sau directă prin intermediul sputei, calea sangvină și calea limfatică.

Trebuie să insistăm dela început asupra faptului că însă-mănțarea infecției pe cale limfatică sau sangvină a mucoasei laringiene este greu de dovedit. În majoritatea covârșitoare a

cazurilor sputa baciliferă care scaldă laringele constituie sursa de infecție cea mai sigură.

a) Calea canaliculară sau directă prin intermediul sputei. Bacilul este adus pe celea broncho-traheală prin intermediul sputei la nivelul mucoasei laringelui. Găsind acolo condițiuni favorabile de fixare, determină leziuni tuberculoase. Bacilul pătrunde în mucoasă în urma unei leziuni a epiteliului mucoasei, sau prin canalul excretor al glandelor ori chiar prin mucoasa intactă. Condițiuni favorizante dezvoltării bacilului Koch sunt iritațiunile mucoasei în urma exceselor vocale, acceselor de tuse, fumatul abuzul de alcool, procese inflamatorii acute sau cronice. Unii autori cred că afecțiunile foselor nasale ar favoriza însemnarea unei infecții tuberculoase la nivelul laringelui. Astfel Moure descrie rinitele pseudo-atrofice care ar forma prima etapă a evoluției bacilare în căile respiratorii superioare.

b) Calea hematogenă este susținută prin argumente istologice, constatându-se adesea în jurul vaselor leziuni bacilare.

c) Calea limfatică este absolut excepțională.

În sinteză localizarea leziunilor tuberculoase la nivelul laringelui recere; virulența microbului, slăbirea rezistenței organismului și ca inocularea locală să se facă timp mai îndelungat și în mod repetat.

Anatomo-patologic. Infecțiunea odată produsă la nivelul laringelui evoluează cu diferitele aspecte anatomo-patologice.

După cum am amintit în introducere, când raportăm tuberculoza la laringe se aplică minunat principiul „tuberculoza iubește gînta”. Acolo la nivelul corzilor vocale încep primele formațiuni patologice tuberculoase. Anatomo-patologic microscopic câmpul ne va arăta tabloul clasic al unei infecțiuni tuberculoase: necroză, infiltrație de limfocite și celule subepiteliale precum și prezența celulelor gigante.

Microscopic leziunile pot fi: infiltrative, ulcerative ori necrotice.

La nivelul corzilor vocale predomină leziunile ulcerative.

Leziunile infiltrative predomină la nivelul benzilor ventriculare. Aceste forme de leziuni pot coexista.

În faza disfagică a unei laringite tuberculoase în urma unui examen laringoscopic vom vedea că infiltrația disfagică este localizată în afară glotei pe mucoasa regiunii retro-ariteno-idiene și pe semicirconfrența epiglotei.

Leziunile întâlnite pot fi infiltrative, ulcerative, sau mixte. Infiltrația are aspect roșu. Ea putând cuprinde regiunea interaritenoidiană, epiglota, benzile ventriculare, plicile ariteno-epiglotice sau aritenoizii. Când epiglota este masiv infiltrată ea apare mărită de volum și deformată.

Infiltrația aritenoizilor se traduce prin mărirea lor de volum mucoasa este intens roșie. Această infiltrație este la început unilaterală, când imită aspectul unui edem gelatinos.

Leziuni ulceroase le observăm mai ales la nivelul corzilor vocale dar se pot observa și pe epiglotă, mucoasa aritenoizilor ori pe plicile ariteno-epiglotice.

Simptomatologie. Leziunile începând, după cum am mai spus, la nivelul glotei primele simptome vor fi: modificarea fonației deci disfonie apoi tulburări de deglutiție deci disfagie și la sfârșit tulburări respiratorii dispnea.

Ne interesează în special simptomul disfagiei acest simptom impresionant în evoluția unei tuberculoze laringiene. Am definit înainte disfagia.

Atâta vreme cât leziunile tuberculoase ulcerative sunt la nivelul glotei iar leziunile infiltrative la nivelul benzilor ventriculare și a regiunii prearitenoidiene, nu se produc tulburări de deglutiție. Când leziunile se extind cuprinzând marginile libere ale epiglotei sau regiunea posterioară a aritenoizilor, atunci apare disfagia. În stadiul disfagiei deci, leziunile tuberculoase au părăsit glota și s'au extins în jurul orificiului laringian superior.

Explicația producerii disfagiei când leziunile au cuprins marginea liberă a epiglotei și regiunea posterioară aritenoidiană este mai mult de ordin mecanic.

Disfagia se produce la simpla deglutiție și când bolul alimentar este absent. Acest fapt se explică, dupacum am arătat la deglutiție prin lunecarea laringelui în sus pe planul dur cervical și apoi coborârea lui, ceea ce implică o fricțiune mecanică între peretele posterior faringo-laringian și partea posterioară a aritenozilor pe cari se află leziunile tuberculoase.

Când intervine și bolul alimentar, al cărui traect spre a ajunge în esofag este peste laringe se înțelege că alunecarea lui peste epiglota și regiunea retroaritenoidiană va mări durerea.

Disfagia va avea loc când există fie infiltrațiuni, fie ulceratiuni.

În cazul prezenței ulceratiunilor disfagia va fi extrem de dureroasă.

Putem fi în fața unei disfagii și când regiunea retroaritenoidă este normală, dar găsim leziuni pe marginea liberă a epiglotei.

Epiglota în momentul deglutiției acopere ca un capac orificiul superior laringian împiedecând astfel pătrunderea bolului alimentar în laringe. În acest moment epiglota vine în contact cu peretele posterior al hipofaringelui, un părete dur fiind alcătuit din fața anterioară a corpilor vertebrale. Frecându-se marginea liberă și lezată a epiglotei de acest perete dur se va naște durerea. În caz de leziuni infiltrative durerea este mai mută și în caz de leziuni ulcerative durerea este atroce.

Disfagia poate fi cauzată și de prezența unor leziuni ulcerative retroaritenoidiene sau la nivelul gurei esofagului.

Această disfagie tuberculoasă e dela sine înțeles că variază ca intensitate. Ea se instalează de obicei la mai multe luni după începutul tuberculozei laringiene și este extrem de neplăcută.

Din cauza disfagiei bolnavul va avea teamă să facă simpla deglutiție necesară înghițirii salivei proprii și astfel va prezenta simptome de sialoree. În atari condiți ni alimentația este aproape

imposibilă de unde rezultă inaniția și cașexia, factori cari agravează foarte serios prognosticul boalei, căci nu numai că supra alimentatia este împiedecată dar chiar și simpla nutriție este compromisă într'o boală cum este tuberculoza unde tratamentul igienico-dietetic este de o importanță capitală.

Disfagia laringitei tuberculoase este extrem de dureroasă de unde și numirea ce i se dă uneori de oddinofagie. Aceste dureri cari survin la deglutiție iradiază și in regiunile vecine mai ales in spre urechi și inspre dinți.



Tratamentul laringitei tuberculoase.

Spre a putea privi mai bine locul ce-l ocupă metoda alcoolizării nervului laringeu superior în disfagiile tuberculoase, cred necesar a da câteva noțiuni generale asupra tratamentului laringitei tuberculoase.

Terapeutică actuală adresată unei afecțiuni atât de rebele și dureroase este încă foarte polimorfă, uneori curativă și foarte adesea paliativă.

În linii generale trei sunt marile metode de tratament: general, regional și local.

Conduita terapeutică. Colaborarea laringologului și a fiziologului este indispensabilă. Eforturile lor conjugate sunt importante adeseori contra unei complicații a carei tratament este dificil prin mișcările fonatorii ale laringelui și prin reinfecția constantă prin expectorație.

Tratamentul general. Asociația obișnuită a tuberculozei pulmonare cu laringită ne indică tratarea afecțiunii primitive, căci vindecarea acesteia aduce cu sine vindecarea leziunilor laringiene. Se face apel la igiena generală la repaus, la alimentația substanțială, și la cura climaterică.

Sărurile de aur și vaccinurile. Chestiunea trebuie bine pusă la punct arătând avantajile ori dezavantajile acestei metode pentru laringe.

Relativ la utilizarea sărurilor de aur unii autori cred că mucoasa laringiană suferă în mod defavorabil efectele ei și deci le contraindică. Din contra alții autori în concluziile lor sunt în favoarea auro-terapiei.

În ceea ce privește antigenul metilic unii autorii îi atribuie câteva ameliorări, ori se știe că această medicație este extrem de puțin utilizată în formele obișnuite. Nu se poate totuși contesta de exemplu vaccinul lui Vaudramer, antigen ce poate ameliora starea generală.

Tratamentul local medical. Regula generală de imobilizare a organului atins de tuberculoză trebuie și aici realizată ca și la alte organe. Se indică deci o cură de repaus vocal absolut.

Pot fi utile instilațiile laringo-traheale. Se prescrie oleu gomenolat 5—20%, oleu creosotat 2%, ce se injectează pe căile naturale. Rosenthal sfătuiește introducerea lor printr'o traheo-fistulizație.

Inhalațiile laringiene cu substanțe balsamice ușor antiseptice pot fi utile. La fel pulverizațiile intralaringiene cu soluție de acid fenic 1/1000 dau rezultate bune.

Badijonările laringiene făcute cu o soluție de oleu mentolat 1% sau olei fenicat 1% se pot face cu multă atenție și după o anestezie locală prealabilă fie cu acid tricloracetic (Bonnain), fie cu acid lactic 10/190 (Heryng). Badijonările intralaringiene se aplică numai în cazuri de ulcerații superficiale.

Helioterapia intralaringiană poate fi naturală, când utilizăm razele ultraviolete ale soarelui, sau artificială când utilizăm razele ultraviolete produse de aparate speciale. Reflectarea acestor raze se face cu ajutorul oglinzilor laringiene metalice de nikel, cari produc alterarea minimă cantitativă și calitativă a razelor ultraviolete.

Tratamentul regional tinde la înlăturarea septicității normale a cavităților rino-buco-faringiene vizând igiena cavității bucale; gargarisme antiseptice pentru buco-faringe; picături în nas cu oleu gomenolat 1% pentru rino-faringe.

Tratamentul disfagiei cauzata de laringita tuberculoasa.

Am expus mai sus metodele utilizate ca tratament etiologic in tuberculoza laringiană. Aceste metode nu vizează in mod direct simptomul cel mai esențial și mai supărător al laringitei: disfagia. Pentru combaterea durerilor laringitei tuberculoase ne stau la îndemână o mulțime de mijloace cari aplicate cu oarecara pricepere dau rezultate multumitoare. Se înțelege că toate aceste metode rămân o medicație tarapeutică simptomatică făcând să se amelioreze sau să dispară durerea, însă ne influențând prea mult boala. Este necesar din această cauză complectarea acestui tratament simptomntic cu tratamentul general al tuberculozei.

Avem la dispoziția noastră trei procedee ce le putem aplica in tratamentul disfagiei tuberculoase: 1, Tratamentul medicamentos; 2. tratamentul fizio-terapic; 3. tratamentul operator.

Tratamentul medicamentos. Acest tratament cunoaște insuflații sau pulverizații de lichide sau pudre anesteziante in interiorul laringelui.

Medicul poate executa de două ori pe zi pulverizații cu aparatul lui Lucas—Championière cu soluția următoare: Rp. Acid fenic 1 gr.; Clorhidrat de cocaină 0,50 gr.; glicerină 25,0 gr.; apă distilată 300 gr.

Inainte cu 5—10 minute de fiecare masă medicul poate executa pulverizații cu soluții de cocaină 1% sau cu soluții de pantocaină 2%. O pulvere foarte bună ar fi următoarea: Rp.

Clorhidrat de coaină 0,02 ctgr.; clorhidrat de morfină 0,01 ctgr.; lactoză 0,10 ctgr.; gumă arabică 0,30 ctgr. pentru un pachet.

Bolnavul însuși își poate aplica aceste pulveri anesteziante aspirând prin intermediul unui simplu tub din pulberea prescrisă și aflată pe o farfurioară. Altă metodă utilizată de bolnav însuși este cea prin intermediul tubului laringian Leduc—Escat, în formă de pipă ce se încarcă cu pulberea medicamentoasă. Tubul se introduce în gură cu vârful întors înspre laringe și buzele bine strânse în jurul tubului. Bolnavul face o inspirație bruscă datorită căreia pulberea este proiectată în laringe. Pentru ca pulberea să circule ușor în tub trebuie ca tubul să fie foarte bine uscat.

Alimentația bolnavului trebuie de aproape aprobeșiată. Ea va consta din alimente moi și mai ales din lichide, căutând să prescriem o alimentație cât mai reconstituantă. Bolnavul să mănânce cu corpul aplecat înainte sau mai bine să-l obișnuim să-și tragă laringele înainte îmbrățișându-l cu ajutorul mâinii stângi spre a îndepărta laringele de coloana vertebrală în timpul deglutiției.

Metodele fizice utilizate în tratamentul disfagiei au dat rezultate bune dar nu pot fi la dispoziția oricărui practician.

Electroanalgezia laringelui superior este o metodă de dată mai recentă și constă în ionizarea iodată a nervului. Anestezia nervului se obține în decursul unei singure ședințe, care durează numai 10 minute. G. Canuyt recomandă procedeul foarte călduros.

Radioterapia nu a dat rezultate sigure când a fost aplicată ca metodă primară, rezultatele au fost mai bune când metoda a fost aplicată consecutiv galvanocauterizării. Același lucru se poate spune și despre restul metodelor fizice. Ar însemna să depășesc prea mult cadrele acestei teze ocupându-mă în detalii de fiecare metodă,

Metode Chirurgicale.

Voi trata in grupul acestor metode și galvanocauterizare. Galvanocauterizarea era utilizată mult mai frecvent înainte, azi a început să fie părăsită. Vom aplica această metodă in formele de laringită cu ulceratii mici și superficiale. Metoda va fi urmată de fizioterapi locală.

Metodele chirurgicale propriu zise caută să obțină o ameliorare a durerii prin insensibilizarea nervului laringeu superior, nerv sensitiv al laringelui. Două procedee stau la dispoziția chirurgului pentru obținerea acestui lucru: fie secționarea chirurgicală a nervului preconizată de Avelis, fie anestezierea nervului prin diferite injecții perineurale.

Vom recurge la secționarea nervului laringeu superior numai in cazurile grave la care am epuizat toate metodele de tratament. Această metodă după cum arată Moulonguet mai ales când este executată bilateral are consecințe grave producând alterarea reflexului de deglutiție bolnavul ne mai putând executa corect mișcările de înghițire și socumbă de cele mai multe ori in pneumonie de deglutiție.

Alcolizarea laringelui superior este o metodă ce se execută cu scopul de a calma durerile cauzate de laringitele tuberculouse obținând acest rezultat printr'o secțiune fiziologică a laringelui superior provocată de alcoolul iejectat perineural.

Se știe din terapeutică că injectând anumite substanțe perineural se obține o secțiune fiziologică a nervului respectiv. Acest principiu cunoscut de mai mult timp in neurologie a fost utilizat in tratamentul nevralgiilor faciale și nevralgiile trige-

menului Din această metodă s'au inspirat laringologii preconizând pentru combaterea disfagiilor injecțiile perincurale cu alcool și cocaină. Injecțiile cu novocaină au fost preconizate de Schlosser iar cele cu alcool de Lewy.

In privința abordării nervului trebuie remarcat că toți autorii recomandă abordarea lui în regiunea cuprinsă între cornul mare al osului hioid și marginea superioară a cartilagiului tiroid, la locul unde nervul încrucișază cornul osului hioid. La acest nivel nervul repauzează pe membrana tirohioidiană fiind acoperit de mușchiul tirohioidian. In această regiune nervul este îndepărtat de artera și vena laringiană superioară așa că abordarea lui este ușoară și lipsită de riscuri.

Există două tehnici pentru abordarea nervului laringeu superior: o tehnică directă și alta indirectă. Tehnica directă a fost preconizată de Frey și Valentin constând în abordarea directă a nervului. Tehnica indirectă preconizată de Boncour constă în înțeparea tegumentelor pe linia mediană, această metodă este avantajoasă pentru că se execută deodată anestezierea ambilor laringei superiori.

Hofer și Hunter propun alcoolizarea nervului în foseta piriformă sau plica nervului laringeu. Această metodă nu s'a încetățenit în practica zilnică fiind o metodă migăloasă și greoaie.

Înainte de a începe operația vom badijona pielea regiunii cu tinctură de iod. Bolnavul este așezat pe scaun cu capul plecat înapoi, Boncour recomandă o poziție orizontală cu capul în extensie. Anestezierea nervului se face în mod curent cu alcool și cocaină. Aproape fiecare autor are o compoziție proprie ce o injectează perineural. În Clinica O. R. L. din Cluj se practică la început o injecție perineurală cu o soluție de cocaină 1% a-2 cmc. apoi se injectează 2 cmc. alcool 80%. Voi reda câteva din principalele rețete utilizate pentru anestezierea nervului; Sorensen preconizează următoarea soluție: cocaină 0,2 gr. morfină 0,05 gr. chinină 0,5 gr. 50 cmc alcool 80%. P. Boncour recomandă o soluție de novocaină în alcool

80° și încălzită la 45°, Canuy pretinde că injecțiile cu alcool sunt periculoase preferând novocaina. Din cazurile clinice. O. R. L. din Cluj nu am putut găsi nici un accident cât de ne-ânsemnat cauzat de injecțiile perineurale cu alcool deși această metodă să practică curent.

Procedeu Boncour. Fiind un procedeu sigur este foarte des utilizat în practica zilnică. Acest procedeu utilizează tehnica indirectă pentru abordarea nervului. Ca punct de reper în acest procedeu se utilizează marginea superioară a cartilajului tiroid, se palpează această margine și la nivelul liniei mediane la $\frac{1}{2}$ cm. deasupra marginii superioare a cartilajului se introduce vertical acul siringii la o adâncime de $\frac{1}{2}$ cm. până ce acul este oprit de membrana tirohioidiană. Ajunși la acest prim punct de reper schimbăm direcția acului imprimându-i o direcție orizontală înapoi și înafară, direcție paralelă cu marginea superioară a cartilajului. Cam la 2 cm. dela acest nivel se găsește nervul pe care când îl atingem produce o durere vie ce iradiază în ureche, durere caracteristică atingerii acestui nerv.

Această metodă se practică asupra bolnavului așezat în poziție orizontală și are avantajul că permite anestezie ambilor nervi fără să se scoată anul din țesuturi.

Procedeu Frey Valentin. Această metodă utilizează pentru anestezia nervului tehnica directă de abordare a laringeului superior.

Se reperează cu indexul mâinei drepte cornul mare al osului hioid și unghiul postero-superior al cartilajului tiroid. Pentru a evidenția mai bine aceste formațiuni anatomice împingem cu mâna stângă laringele spre partea în care operăm. La tuberculoșii cașectici aceste puncte de reper sunt bine vizibile chiar fără această manevră. Odată reperate aceste puncte la mijlocul liniei care le unește înfigem acul siringei imprimându-i diferite mișcări până atingem nervul, moment în care bolnavul semnalează durerea caracteristică atingerii acestui nerv.

De preferință în practica zilnică se utilizează acest procedeu sau procedeu Boncour. În Clinica O. R. L. din Cluj se

utilizează ultimul procedeu intrucât abordarea nervului pe cale directe este mult mai ușoară. În cazurile când bolnavul este foarte emaciat să poate întâmpla ca indexul care explorează regiunea să atingă nervul și să producă bolnavului otalgii, vom nota acest loc și vom injecta soluția direct aolo.

Canuyt recomandă o metodă bazată tot pe tehnica directă.

Operatorul se plasează întotdeauna în partea în care vrea să intervină. Bolnavul este culcat cu capul în iperextensiune. Indexul mâinei stângi papează cornul mare al osului hioid prindem apoi cornul mare între index și police fixăm apoi osul cu mâna dreaptă. Introducem siringa către cornul mare al osului traversând pielea țesutul celular, pielos, fascia cervicală superficială întâlnind cornul osului imediat sub piele. Când am ajuns la acest punct îndreptăm siringa foarte ușor în jos și înafară și înapoi alunecând asupra cornului osului mare nervul găsindu-se la 1—2 mm. de la acest punct de reper găsindu-se la marginea posterioară a membranei tirohioidiene întărită la acest nivel de ligamentul tirohioidian lateral. *Canuyt* afirmă că injecțiile cu alcool sunt periculoase, injectând după 5 cmc. novocaină.

Chiary a recomandat și el o metodă bazată tot pe tehnica directă de abordare a nervului laringeu. Tehnica acestei metode nu este mult diferită de a celor precedente și nici nu se utilizează așa că nu voi insista asupra ei.

Rezultatele alcoolizării nervului laringeu superior.

Rezultatele acestei insensibilizări cu alcool sunt destul de bune anestezierea laringelui începe deja la 5 minute după injecție. Durata insensibilizării laringelui este foarte variabilă putând dura de la 5 ore la 7—15 zile. Cazurile de anestezie cu eficacitate scurtă nu constituie un dezavantaj care să ne facă să renunțăm la această prețioasă metoă intrucât intervenția poate fi repetată ori de câte ori este nevoie fiind o intervenție simplă și fără riscuri. Multe din aceste caruri de insucces pot fi datorite unei greșeli de execuție așa că la o nouă intervenție anestezia poate să se producă. Incontesabil că există cazuri de

insuccese cari se observă pe lângă o tehnică și execuție perfectă. În aceste cazuri însă ne rămân la dispoziție alte metode de tratament cari dacă se arată ineficace ne vor obliga să recurgem la secționarea chirurgicală a nervului.

Anestezia obținută prin aceste metode este totală și este cea mai lungă exceptând insensibilitatea obținută prin secționarea nervului laringeu, metodă care este intovărașită de grave consecințe. Rezultatele în multe cazuri sunt foarte frumoase și disfagia dispăre imediat repausul și liniștea bolnavului sunt astfel asigurate bolnavul se poate alimenta obținând astfel din nou avantajul uneia dintre cele mai valoroase metode de tratament a tuberculozei, supralimentația. Operația va fi executată din nou imediat ce efectul anesteziant al injecției a dispărut.

Accidentele intervenției.

Intervenția fiind ca execuție aproape identică cu o injecție complicațiile și accidentele vor fi foarte asemănătoare cu acelea observate în urma unei injecții adăugându-se în plus riscurile ce rezultă din anatomia regiunii în care intervenim. Accidentele se pot clasifica în accidente ce rezultă din: 1. Nerespectarea regulilor de asepsie. — 2. Accidente datorite tehnicii greșite; și 3. Accidente datorite substanței injectate.

Accidente datorite tehnicii greșite. Practicând metoda după o tehnică greșită putem cauza: 1. Înțeparea și lezarea vaselor laringiene. 2. Lezarea și perforarea membranei tirohioidiene și injectarea soluției în plica aritenoepiglotică. Totdeauna vom controla siringa ca să vedem dacă nu am pătruns în vre-o arteră sau vre-o vână evitând astfel acest accident al metodei. Injectarea soluției în plica aritenoepiglotică se datorește faptului că începătorii nu știu că nervul este situat superficial și pătrund prea adânc în țesuturi. Injectarea soluției în această regiune produce un edem local care la rândul lui va cauza o dispnee de intensitate diferită putând duce uneori chiar la sufocarea bolnavului. Acest accident este cauza care face pe mulți autori să renunțe la tratamentul disfagiei din laringita tuberculoasă prin alcoolizarea nervului laringeu supe-

rior. Nu trebuie să uităm că orice metodă ori cât de simplă ar fi dacă este executată în mod greșit poate produce accidente foarte grave.

Accidente datorite substanței injectate. Accidentele datorite substanței injectate survin foarte rar întrucât alcoolul este o substanță inofensivă iar cocaina se utilizează în cantități mici cari nu pot cauza accidente grave.

Accidentele datorite nerespectării regulilor de asepsie sunt destul de regretabile având în vedere regiunea în care am intervenit aceste accidente survin destul de rar.

Insuccesele operațiunii pot fi datorite faptului că injecția nu a atins nervul în acest caz putem repeta injecția a doua zi. În unele cazuri injecția deși atinge nervul anestezia nu are loc, uneori această neproducere a anesteziei este datorită nevritei nervului laringeu superior.

Indicațiile metodei. Metoda este indicată în toate cazurile de disfagii tuberculoase cari nu cedează la tratamentul medicamentos sau în cazul când tratamentul medicamentos nu se poate aplica.

Contraindicațiile metodei nu sunt absolute întrucât metoda nu produce nici un șoc traumatic putând fi tolerată de un organism oricât de debilitat.

O contraindicație care survine destul de rar este nevrita nervului laringian, alcoolizarea în acest caz nu are nici un efect așa că aplicarea metodei nu are nici un rost.

Extinderea procesului tuberculos la faringe deasemenea constituie o contraindicație a metodei întrucât inervația faringelui este deosebită de inervația laringelui. Efectul obținut în acest caz ar fi aproape nul.

Avantagiile metodei. Tratamentul medical utilizând pulverizări de cocaină în laringe poate determina dacă este întrebuintată timp îndelungat după cum este cazul obișnuință și în cele din urmă intoxicație cocainică ducând la emacierea bolnavului, lucrul care nu este de dorit în nici o afecțiune tuber-

culoasă. Cocainizarea trebuie executată înainte fiecărei mese fiind destul de desagregabil pentru bolnav. Durerile sunt calmate prin metoda medicală pentru o perioadă scurtă apărând în intervalul dintre mese obligând bolnavul să și facă noi cocainizări ale laringelui. Metoda alcoolizării are marele avantaj de a fi o metodă simplă producând o anestezie bună și de lungă durată așa că este preferabilă metodei medicale. Un avantaj al acestei metode în viața practică este instrumentarul redus și simplu ce-l necesită această intervenție fiind astfel la îndemână oricărui practician putând fi executată chiar de nespecialiști. După cum am văzut și alte metode de anestezie ale laringelui sunt utilizate însă necesită un instrumentar mai complicat care poate fi la dispoziția clinicelor, rezultatele date de aceste metode nu sunt în nici un caz superioare alcoolizării.



Cazuri clinice.

Aceste cazuri sunt luate dela Santoriul Clinicilor din Cluj, iar metoda alcoolizării a fost practicată de Dl. Dr. Magyari dela Clinica O. R. L. din Cluj.

M. O. de 25 de ani invțător suferă de 5 ani de tuberculoză pulmonară formă cavitară. De 2 ani este regușit, iar de 3 săptămâni prezintă disfație, se recomandă calmarea durerilor cu cocaină și morfină. In ultimele zile simptomul se agravează așa de mult, încât bolnavul nu mai poate înghiți. La examenul laringoscopic se constată: o infiltrație masivă și ulceratiuni marginale ale epiglotei. Se practică alcoolizarea nervului laringeu superior stâng, disfația dispare, și se repetă peste 2 luni

L. A. 30 de ani, casnică. Suferă de tuberculoză fibrocazeoasă cu excavații multiple. De 2 luni prezintă dureri la deglutiție, pentru calmarea lor se prescriu pulverizări de cocaină. La examenul laringologic se constată o infiltrație masivă a epiglotei și a aritonizilor. Se practică alcoolizare bilaterală, peste 2 zile este nevoie să repete la stânga.

S. V. 32 de ani, preot. Este bolnav de tuberculoză infiltrativă diseminată dureri la înghițire ce datează de 10 zile. Aceste dureri nu se calmează cu cocaină și radioterapie. La examenul laringologic se constată infiltrație masivă cu ulceratiuni superficiale ale epiglotei și aritenozilor mai accentuată la dreapta. Se practică alcoolizare, efectul însă durează numai câteva oare, așa că este necesar să se repete tot la două zile.

B. I. 40 de ani, plugar. Bolnav de 6 luni de tuberculoză nodulară diseminată, Prezintă de o săptămână dureri la înghi-

țire, durerea fiind mai intensă la dreapta. La examenul laringologic se constată ulcerațiuni mari ale epiglotei și benzilor ventriculare, infiltrația regiunii aritenoidiene. Se execută alcoolizarea laringeului superior drept cu rezultat bun. Efectul ține 15 zile.

M. E. 23 ani, student. Bolnav de 3 ani de tuberculoză fibrocarioasă cu caverne bilaterale. De 2 săptămâni prezintă disfagie, se prescriu calmante. La examenul laringologic se observă; leziuni infiltrative ale comisurii posterioare, ulcerațiuni superficiale ale marginii epiglotei. Se practica alcoolizare bilaterală cu rezultat bun. Injecția se repetă peste o săptămână, însă numai în partea stângă.



Concluziuni.

1. Disfagia este simptomul care arată o turburare în deglutiție caracterizată subiectiv printr'o senzație de dificultate anormală, sau o durere veritabilă ce survine în momentul înghițirii.

2. Disfagiile pot fi provocate de afecțiuni foarte diferite ale organelor cavității rino-buco laringiene. Un mare procent sunt disfagii laringiene de natură tuberculoasă. Aceste disfagii apar când leziunile tuberculoase au părăsit glota și s'au extins în jurul orificiului laringian superior.

3. Alcoolizarea nervului laringeu superior este o metodă chirurgicală ce se execută cu scopul de a calma durerile cauzate de laringita tuberculoasă. Se obține acest rezultat printr'o secțiune fiziologică a laringeului superior provocată de alcoolul injectat perineural.

4. Abordarea nervului laringeu superior pentru alcoolizare se face fie după tehnici directe, fie după tehnici indirecte. Metoda este ușoară și necesită un instrumentar simplu.

5. Alcoolizarea nervului laringeu superior produce o anestezie ce variază de la câteva ore la 15 zile.

6. Această metodă trebuie combinată cu tratamentul general antituberculos.

7. Alcoolizarea nervului sensibil al laringelui, este indicată în toate cazurile de disfagie laringiană în care tratamentul medicamentos nu a dat rezultate.

Văzută și bună de imprimat :

Decanul Facultății de medicina :

ss. Prof. Dr. *I. Drăgoiu*

Președintele tezei :

ss. Prof. Dr. *Gh. Buzoianu*

Bibliografie.

1. *Dr. Gh. Buzoianu*: Notiuni de laringologie clinică, Cluj 1939 (un vol. de 360 pag.).
 2. *Canuyt*: Les maladies du larynx clinique et therapeutique. Paris 1938 un vol. 790 pag.
 3. *Sörensen*: Die Mund und Halsoperation, Berlin 1929 un vol. de 1100 pag.
 4. *A. Moulonguet*: Les grandes syndromes oto-rino-laringologique, Paris 1926 un vol. de 520 pag.
 5. *F. I. Collet*: La tuberculose du larynx Paris 1913.
 6. *Georges Laurens*: Chirurgie de l'oreille du nez du pharynx et du larinx, Paris 1935 un vol. de 1075 pag.
 7. *Georges Portmann*: Traité de technique operatoire oto-rino-laringologique.
 8. *E. Escat*: Technique oto-rino-laringologique semiotique et therapeutique. Paris 1911.
 9. *Canuyt & J. Joublot*: Lanesthesie locale en oto-rino laringologie.
 10. *Testut—Jacob*: Traité d'anatomie humaine vol. II. Paris, 1931.
-