

Clinica oto-rino-laringologică din Tg.-Mureș (cond.: prof. V. Vendég)

## **PROBLEMELE ACTUALE OTO-RINO-LARINGOLOGICE ÎN LEGĂTURĂ CU DIFTERIA**

*I. Togănel, B. Székely, Z. Zakariás*

Datorită extinderii și organizării rețelei sanitare, precum și măsurilor profilactice aproape asupra întregii populații, lupta împotriva difteriei în țara noastră a devenit mai eficace, creîndu-se condițiile eradicării acestei afecțiuni.

Morbiditatea de difterie în ultimii ani a scăzut mult față de anii precedenți (*Gavrila*), atât în ceea ce privește forma comună cât și în formele grave. De asemenea și în privința mortalității prin difterie se constată o scădere semnificativă. În Danemarca unde după 1945 s-a reușit o imunizare de 100% a populației, au apărut încă îmbolnăviri de difterie, dar mortalitatea a fost redusă la zero% (*Madsen*).

Stabilirea diagnosticului întâmpină de multe ori greutăți, din cauza vaccinărilor chiar și în cazurile ușoare unde din cauza lipsei simptomelor tipice (*Alexandrina Pascu*) nici chiar suspiciunea de difterie nu poate veni în discuție. Deci în aceste cazuri numai examenul bacteriologic poate elucida natura afecțiunii. Ca urmare a vaccinărilor formele comune tipice aproape că au dispărut (*Vigh și colab.*) Difteria a ajuns astfel să nu mai fie o problemă de toate zilele. În lipsa formelor comune tipice medicul practician nu se gîndește în cazul formelor atipice, excepțional de rare, la difterie. Probabil din cauza acestor cazurile acestea nu ajung să fie diagnosticate la timp. Recunoașterea cit mai de vreme a acestor forme atipice, maligne, are o importanță mare în instiluirea terapiei specifice, deoarece terapia specifică tardivă nu mai poate înlătura deznodămîntul fatal.

În cazul formelor maligne, la debut amigdalele sînt eritematoase și mărite. După 1—2 zile vecinătatea amigdalei se edemațiază în mare măsură, edemul întinzîndu-se pe vîlul palatin și luetă. În această fază este prezent — de obicei — un edem moderat periamigdalian și de partea cealaltă, dar acesta în raport cu cel de partea opusă este atât de neînsemnat încît îl observăm numai atunci, dacă îl căutăm cu atenție. În aceste cazuri de regulă nu sînt prezente pseudomembranele albe-cenușii caracteristice difteriei, deoarece amigdala se exulcerează superficial pe alocuri și din cauza sîngerării se colorează ca cafeniu negricios. În unele cazuri parenchimul amigdalian se necrotizează, părțile acestea detașîndu-se formează ulcerații profunde, producînd hemoragii rebele. În toate aceste forme exulcerate și cu sfacele bolnavul are o halenă fetidă, uneori apar pe umeri și pe regiunile flexoare, peteșii.

Ca urmare a extinderii procesului morbid în vecinătate se afectează cavumul și cavitățile nazale, manifestîndu-se prin epistaxis rebel și secreție muco-purulentă și sanguinolentă.

Propagîndu-se în jos poate cuprinde laringele și traheea, dînd crupul difteric.

Ganglionii loco-regionali sînt măriți și dureroși la palpare, formînd pachete, tegumentele deasupra lor fiind masiv infiltrate produc o asimetrie evidentă cînd sînt unilaterale, sau dau aspectul de gît proconsular cînd sînt bilaterale.

Toate aceste manifestări locale sînt însoțite de o stare generală gravă, ca urmare a propagării toxinei în organism. Bolnavul are fața pămîntie palidă, este adînc, somnolent, are vărsături, uneori delir și agitație însoțită de insomnie. Temperatura moderată nu este în concordanță cu starea generală grav alterată. Pulsul este de obicei frecvent 120—140 pe minut și slab bătut, se constată extrasistolie, uneori ritm de galop, altelei bradicardie, frecvent hipotensiune manifestă (În clinica noastră am consultat mai multe asemenea cazuri.)

Caracterul de gravitate este imprimat de întinderea falselor membrane, dar mai ales de edemul local sau cervical, fiind în strînsă legătură cu virulența bacililor difterici, cu terenul și cu asociațiile microbiene. Dintre aceste asociații cele mai maligne sînt cele cu streptococi și pneumococi virulenți

precum și cele cu anaerobi, care după *Stroc* și *Banu* ar avea un rol deosebit în producerea edemului.

Rezultatele vaccinărilor le putem aprecia din punct de vedere O.R.L. și din următoarele: în perioada când vaccinările preventive nu au cuprins mase atât de mari ca în prezent și nu se efectuau atât de riguros, numărul traheotomiilor pentru difterie era de 16 în anul 1956 iar în ultimii ani au devenit o raritate.

În cazurile neimunizate sau cu receptivitate mare față de difterie întâlnim și așa zise, incontestabil mai rar, forme maligne.

În această situație majoritatea cazurilor nu îmbracă forma clasică a difteriei, cauzând dificultăți serioase în ceea ce privește punerea diagnosticului pozitiv și în consecință a instituirii unui tratament precoce adecvat. Diagnosticul pozitiv trebuie să se bazeze în primul rând pe aspectul clinic, când avem semne caracteristice, ca debut insidios, dureri de gât și cap, febră moderată care nu este în concordanță cu starea generală grav alterată a bolnavului etc. În lipsa acestor semne diagnosticul presupus sau suspiciunea față de difterie se va baza pe un diagnostic diferențial amănunțit, întărit de examenul bacteriologic. Secreția faringiană va fi recoltată de la loți suspecti și examinată bacteriologic (frotiu dar mai ales culturi).

Diagnosticul diferențial trebuie să vizeze în primul rând toate anginele care pot avea o simptomatologie clinică și anatomo-patologică asemănătoare difteriei.

Ea trebuie diferențiată de *angina streptococică*, care are însă debutul mai brutal, starea generală mai alterată și febră mai ridicată. Găsim adenopatie cervicală izolată. Amigdalele și stîlpii sînt de un roșu intens, pseudomembrana poate fi purulentă gălbuie sau cenușie, dar friabilă.

*Angina pneumococică* se aseamănă mai mult cu difteria, pseudomembrana este mzisivă, albă, gălbuie, nu e friabilă, depășește rareori amigdala, dar cînd cuprinde vălul palatin, stîlpii amigdalieni și lueta, numai examenul bacteriologic poate lămuri etiologia afecțiunii.

*Angina fuzo-spirilară* (ulcero-membranoasă) se manifestă cu formarea de pseudomembrană, localizată de obicei la polul superior al amigdalei, de culoare cenușie murdară, după detașarea relativ ușoară a ei rămînînd o ulceratie profundă neregulată cu marginile sîngerînde. Acest tablou clinic amintește de asemenea difteria dar se poate totuși bine diferenția: pseudomembrana nu depășește niciodată limitele amigdalei și este întotdeauna unilaterală. Se constată adenopatie redusă, dureroasă, a ganglionului angulo-mandibular satelit, subfebrilitate și disfagie moderată, sau mai intensă în funcție de stadiul de membrană sau ulceratie, halena este fetidă. Lipsesc semnele de intoxicație, de asemenea și edemele, iar starea generală este bună. Examenul bacteriologic din membrane, decelează asociația cocilor, bacililor fuziformi și a spirililor.

*Angina herpetică* în fază pseudomembranoasă poate fi confundată cu difteria, dar debutul brutal cu febră ridicată pîră la 40—41°C și frisonul precum și durerile intense de la început și mai ales aspectul polielic al membranei, care este albă și subțire și cu marginile intens roșii, pot clarifica diagnosticul. În aceste cazuri gingiile pe toată întinderea lor sînt hiperemice și edemate deseori în așa măsură că acoperă aproape complet dinții.

*Plăcile mucoase în sifilisul secundar* pot să ridice problema suspiciunii de difterie, dar aceste plăci sînt fine, albicioase, lucitoare, uneori ușor albăstrui, se pot localiza pe amigdale, lueta dar cu predilecție pe stîlpul anterior amigdalian, respectă faringele și au marginile bine delimitate. Clarificarea se poate face ușor prin anamneză, sau dacă există și alte atingeri specifice fazei secundare.

*Anginele sindroamelor hematologice*, în special cea leucemică și agranulocitotică pot cauza probleme serioase de diagnostic avînd în vedere asemănarea aspectelor clinice cu cea din difteria malignă. Hipertrofia amigdalelor, edemul

mare local mai palid și mai lax precum și adenopatia masivă de la începutul leucemiei, ca și ulcerațiile difuze sîngerinde, acoperite cu pseudomembrane cenușii brune, de mai tirziu, se pot preta ușor la confuzii cu difteria. Spre deosebire de difterie aceste ulcerații se localizează la început pe gingii, dînd aspectul scorbutic, ceea ce lipsește în difterie. Disfagia este intensă în leucemie Rolul hotărîtor în stabilirea diagnosticului îl are însă examenul hematologic.

Aspectul clinic al anginei agranulocitotice este asemănător, interesează amigdala, palatul moale, mucoasa de pe ramura ascendentă a mandibulei și cavitatea bucală. Edemul este masiv dar mai roșu ca în difterie, ulcerațiile sînt intense, profunde, cuprînzînd țesuturi necrotizate foarte fetide. Afectiunea debutează cu frisoane, febră ridicată și stare septică. A doua zi deja dispar aproape complet granulocitele. Ca și în leucemie examenul hematologic este hotărîtor în precizarea diagnosticului.

Angina monocitară se poate diferenția mai ușor de difterie. Ea se manifestă ca o angină eritematoasă cu poliadenopatie. Primii ganglioni priuși sînt cei angulo-mandibulari și cei carotidieni, fază în care poate fi suspiciată difteria, dar apoi pe rînd se prind și ganglionii axilari, inghinali, etc. care pe lîngă examenul hematologic lămuresc etiologia afecțiunii.

Infecția cu *oidium albicans* poate produce confuzie în cazul cînd are aspectul de plăci și se asociază cu o afecțiune febrilă. Plăcile sînt însă subțiri, albe cenușii, se șterg ușor și nu sîngeresc după ștergere. Localizarea de asemenea ne poate îndruma, se localizează cu predilecție pe mucoasa obrazilor și a vîlului palatin, se întîlnește rar pe amigdale. Examenul microscopic pune în evidență ciuperca.

*Tuberculoza faringelui* poate veni în discuție în special în formele ulcerose. Aceste ulcere se pot localiza pe limbă, gingii, vîlul palatin, în jurul luetei, amigdalei, peretelui posterior al faringelui, etc. Nu sînt profunde. sînt atone cu marginile neregulate, fundul ulcerației fiind acoperit cu membrane gri-gălbui. Mucoasa care învecinează ulcerațiile este palidă Pe ulcerații, sau în jurul lor se găsesc granulații și cicatrici. Alteori tuberculoza poate îmbrăca forma de flegmon torpid. În toate cazurile este prezentă adenopatia cu ganglioni măriți, mobili și neinfiltrați. Examenul pulmonar este decisiv în fixarea diagnosticului.

*Amigdalita flegmonoasă*, se pretează adesea la confuzii cu forma edematoasă a difteriei. Flegmonul amigdalian debutează întotdeauna cu o angină care se ameliorează după cîteva zile, ca să reapară dureri intense la deglutiție, de obicei unilaterale, asociate cu febră ridicată, stare generală rea, sialoree, infiltrație periamigdaliană, adenopatie și trismus. Simptom care în difterie lipsește. După 4—5 zile se deschide spontan dacă între timp nu a fost deschis, eliminîndu-se puroi gros, după care semnele inflamației retrocedează precizînd totodată și diagnosticul.

Edemul enorm din *antrax* poate aminti pe cel din difterie, fiind tot palid, de consistență gelatinoasă, dar nedureros. Anamneza în antraxul gîtului este extrem de scurtă. După 2 ore edemul cuprinde fața, gîtul și partea superioară a toracelui, atîngînd un asemenea grad de desfigurare încît bolnavul este de nerecunoscut. În cazul pustulei maligne se vede escara care lămurește diagnosticul, dar în cazul edemului malign, locul inoculării fiind atît de neînsemnat, trece de cele mai multe ori neobservat, diagnosticul fiind posibil pe baza anamnezei scurte, a edemului enorm și prin hemocultură care arată prezența bacililor cîrbunoși.

Prognosticul difteriei este strîns legat de precocitatea instituirii tratamentului, deci și în strînsă legătură cu precocitatea precizării diagnosticului. În general autorii menționează că instituirea terapiei specifice se face încă tardiv, deoarece bolnavii sînt internați în serviciile de specialitate a 3—4-a zi de la imbolnăvire, cînd intoxicația este instalată și cînd posibilitățile de tratament și de vindecare, în special în formele grave s-au redus considerabil.

În scopul remedierii deficienței amintite, lucrarea de față are menirea de a atrage atenția medicului practician asupra difteriei, în special asupra formei maligne, întilnită azi rar, de a-l determina să nu temporeze cazurile suspecte, constituind astfel un ajutor modest în problema eradicării difteriei.

*Sosit la redacție: 21 aprilie 1967.*

#### *Bibliografie*

1. BELAIA N. S.: Probl. de Pat. Infect. (1961), 6, 85; 2. BOLLOBÁS B.: Heveny fertőző betegségek. Fül-orr-gége szövődményei. Budapest 1957, 28—62; 3. BRUCHNER SILVIA: Viața Medicală (1962), 5, 93; 4. BUȘILĂ V. T.: Viața Medicală, (1962). 5; 5. CONSTANTINESCU C. și colab.: Manual de medicină infantilă (Boli infecțioase), Ed. de Stat 1951, 252—280; 6. DEUTSCH I., RISMANN E. F.: Münch. Med. Wschrift. (1960), 102, 2406; 7. GAVRILĂ I. și colab.: Microbiol. Parazit. Epid. (1962), 3, 225; 8. GAVRILĂ I.: Viața Medicală (1962), 5; 9. PĂIȘ și colab.: Microb. Paraz. Epid. (1962), 3, 229; 10. PASCU ALEXANDRINA și colab.: Microb. Parazit. Epid. (1962), 3, 255; 11. SUHAROVA M. F.: Probl. de Microbiol. (1960), 3, 153; 12. TLEKNER S. G.: Probleme de microbiologie (1960), 6, 78; 13. VIGH și colab.: Orvosi Hetilap (1961), 49, 2318; 14. YOSHIKI ESAKI și colab.: Extras din Zentrbl. für Hals Nasen und Ohren: Hlk. (1961), 71, 2, 165; 15. ZAHAROVA: Rev. de Ref. Med. Gen. (1960), 236.