

Clinica de otorinolaringologie din Tirgu Mureş (cond.: conf. dr. V. Pop,
doctor în medicină)

ASPECTE CLINICE ŞI TERAPEUTICE ÎN CANCERUL LARINGIAN

dr. V. Pop

Cercetări din ce în ce mai ample în domeniul oncologiei adaugă necontenit date noi privind variatele aspecte — atât pe plan general, cât şi în particular pe diverse specialităţi medicale — ale acestei maladii redutabile, care este cancerul.

Actualmente este bine conturată ideea că avem de-a face cu o maladie generală, capabilă să se dezvolte într-unul sau simultan în mai multe focare, în ţesuturi sau în organe apropiate sau îndepărtate unele de altele. Cel mai adesea noi surprindem evoluţia clinică a unui singur focar, ceea ce nu exclude posibilitatea existenţei în organism a unor alte focare, în stare latentă, care la un moment dat pot deveni active. Orice ţesut sau organ poate fi sediul unui focar canceros.

Fie că este vorba de o localizare unică sau multiplă, manifestările clinice ale maladiei canceroase reprezintă rezultanta relațiilor ce se stabilesc între organismul gazdă și tumoarea respectivă. În cursul acestor relații, acțiunea agresivă tumorală poate să reducă temporar sau să anihileze în totalitate mijloacele de apărare ale organismului lezat sau ale organismului în întregime. Rezultanta relațiilor gazdă-tumoare se soldează de cele mai multe ori în favorul tumorii, în funcție de localizarea acesteia, de structura histologică a organismului lezat și de capacitatea de apărare a organismului. Pe parcursul evoluției unui cancer, organismul reușește să frizeze periodic dezvoltarea focarului sau a focarelor tumorale. Astfel, în dezvoltarea cancerelor se întâlnesc pusee evolutive urmate de perioade de acalmie, stabilindu-se un echilibru instabil în cadrul relațiilor gazdă-tumoare.

În cazuri rare, după instalarea debutului clinic, echilibrul capătă un caracter de stabilitate, tumoarea putând să rămână timp îndelungat, ani sau chiar zeci de ani, la un anumit stadiu de dezvoltare, fără ca pe parcurs să prezinte vreun puseu evolutiv.

În mod obișnuit cancerul laringian netratat evoluează clinic într-o perioadă de timp variabilă între 1 și 3 ani. Este vorba de evoluția clinică, nu biologică; aceasta din urmă, prima în ordinea dezvoltării tumorale, poate avea o evoluție foarte îndelungată, apreciată de unii autori ca fiind de 10, până la 20 sau chiar 30 de ani. În clinică se pot întâlni — foarte rar — cancere de mici proporții ale corzilor vocale, verificate histopatologic, al căror debut clinic datează de ani de zile. Dacă bolnavul a refuzat un tratament activ putem avea surprize, după ani de zile să constatăm că tumoarea a rămas în același stadiu al evoluției sale.

În mod cu totul excepțional au fost semnalate cazuri de vindecări spontane, acestea atestând că beneficiul a fost de partea gazdei în lupta organismului cu tumoarea.

Tumorile primitive pot rămâne multă vreme cantonate la nivelul organului lezat, sau în funcție de abundența rețelei limfatice loco-regionale pot invada această rețea, dând loc la adenopatii satelite neoplazice, sau celelele canceroase pot fi vehiculate la distanță, însămințind țesuturi sau organe unde se vor dezvolta focare neoplazice noi, cu o structură histologică identică tumorii primitive.

Invasia ganglionară, uneori, este foarte precoce, înainte ca tumoarea primitivă să apară manifestată din punct de vedere clinic. Au fost întâlniți bolnavi cu adenopatii laterocervicale foarte exprimate, la care tumoarea primitivă laringiană nu a putut fi pusă în evidență de cit după ani de zile, rămânând în stare latentă în toată această perioadă de timp.

Metastazele ganglionare constituie o problemă de discuție. În cancerul laringian ele sînt relativ frecvente. Apariția acestora fie foarte de vreme, după îndepărtarea tumorii primitive (2—3 săptămîni) — fără să fi fost posibilă depistarea lor anterioară — fie după un timp foarte îndepărtat (5—6 ani, sau chiar mai mult), la nivelul unor organe sau țesuturi (plămîn, bronhii, rinichi), unde evoluția neoplasmelor are de obicei o alură foarte rapidă, suscită pe drept cuvînt întrebarea dacă aceste așa-zise metastaze nu constituie în realitate localizări neoplazice în primul caz contemporane cu tumoarea primitivă, în cazul al doilea ca focare noi, independente de tumoarea îndepărtată. Într-adevăr, noi întîlnim bolnavi la care apar foarte recent după laringectomie, sau în cursul tratamentului prin iradiere, tulburări bronhopulmonare, renale, sau, digestive, care se traduc clinic și se confirmă prin prezența unor manifestări neoplazice la nivelul organelor respective. Este greu de presupus că în asemenea cazuri este vorba de o diseminare tumorală cu punct de plecare din tumoarea laringiană, unde intervenția sau iradierea ar fi constituit factorul de însămințare; aceasta, fie că s-a produs mult anterior intervenției sau iradierii, fie că focarele respective coexistau focarului primitiv, dar au rămas în stare latentă, pînă în momentul în care organismul le-a oferit posibilitatea de dezvoltare. Și mai pregnantă este cea de-a doua eventualitate, apariția foarte tardivă a metastazelor. Pentru ilustrarea celor afirmate, expunem foarte pe scurt cazul unui bolnav aflat în observația noastră în urmă cu cîțiva ani. În cursul unei laringectomii parțiale frontolaterale efectuată sub anestezie generală pentru o tumoare bine delimitată

la nivelul unei corzi vocale, bolnavul face o sincopă cardiacă urmată de deces. La necropsie se constată la nivelul stomacului o formațiune tumorală de dimensiuni mult mai mari ca cele ale tumorii laringiene (4-5 cm), cu o structură identică celei din laringe. Niciodată bolnavul n-a prezentat manifestări clinice digestive, care să îndreptățesc efectuarea unei explorări radiologice la acest nivel. Este evident că în acest caz a fost vorba de prezența unui alt focar neoplazic primitiv latent, dar tot atât de evident este că dacă bolnavul ar fi supraviețuit și focarul respectiv s-ar fi manifestat după o oarecare perioadă de timp, am fi fost îndreptății să-l considerăm ca fiind un focar metastatic.

Aceste fapte justifică ideea că multe din metastazele tumorale tardive trebuie considerate ca localizări noi ale maladiei canceroase.

Existența metastazelor nu poate fi negată, după cum nu poate fi negată posibilitatea însămințării neoplazice survenite în cursul tratamentului fie chirurgical, fie iradiant. Dar tumoarea primitivă laringiană poate prin ea însăși, datorită intoxicației generale a organismului să ducă la un deznodământ fatal, fără ca pe parcursul evoluției sale să poată fi puse în evidență metastaze sau alte focare neoplazice.

O altă problemă importantă în cadrul discuțiilor de ordin general asupra maladiei canceroase, este aceea a cancerelor existente în organism, dar care nu se manifestă clinic niciodată. Într-adevăr, necropsii sistematice efectuate la bolnavi cu afecțiuni de altă natură decât cancerul, au pus în evidență, la nivelul unor organe sau țesuturi, prezența unor focare de natură neoplazică a căror existență nu a fost măcar bănuită în cursul vieții, în lipsa unor manifestări clinice. Este vorba de cancere latente „statice”, cu un potențial agresiv foarte redus, dar care la un moment dat pot întruni condiții favorabile pentru a se exacerba și a deveni manifeste, sau pot rămâne ca atare în tot cursul vieții.

În sfârșit, așa-numitele „recidive locale” apărute după o perioadă de peste 5 ani, a căror frecvență pare să fie în ultima vreme din ce în ce mai mare, mai pot fi considerate ca atare? Cei mai mulți specialiști consideră că în asemenea situații nu mai este vorba de o recidivă, ci de o nouă localizare, sau mai degrabă o nouă manifestare a maladiei canceroase.

Toate considerentele expuse mai sus se înscriu în ansamblul argumentelor care fundamentează concepția modernă după care cancerul este datorit unei infecții virotice (G. Portmann).

Simptomatologia localizărilor canceroase la nivelul laringelui este binecunoscută, dar din păcate, un mare procentaj al acestor localizări evoluează în faza clinică, fie asimptomatic, fie cu o simptomatologie foarte săracă, foarte redusă, care constituie un factor de eroare atât pentru bolnav în primul rând, cât și pentru medic.

Localizările glotice se manifestă chiar de la debutul lor clinic printr-o simptomatologie caracteristică, atât subiectivă cât și obiectivă, care nu poate scăpa și nu trebuie să scape nici bolnavului și cu atât mai mult nici medicului. Distonia persistentă, progresivă, legată de obicei de către bolnav de debutul unei maladii intercurrente cum ar fi gripa, sau de ingerarea unor lichide prea reci sau prea fierbinți este simptomul subiectiv major care traduce prezența unei formațiuni tumorale la nivelul unei corzi vocale. Că este vorba de o tumoare benignă sau malignă, acest lucru trebuie să-l stabilească specialistul.

Mult mai complicată apare situația cancerelor cu localizare în etajele subglotic și mai ales supraglotic, a căror simptomatologie de debut clinic este foarte săracă, foarte puțin caracteristică. În lipsa disfoniei care se manifestă într-o fază tardivă și mer atunci ca o disfonie propriu-zisă, ci mai mult ca o modificare a timbrului vocal, în lipsa durerii — simptom unic căruia bolnavul îi acordă importanță majoră —, care se manifestă de obicei sub forma unei otalgii apărute în cele mai multe cazuri ca simptom revelator de invazie tumorală, toate acestea în cazul localizărilor supraglotice, bolnavii nu acordă importanță unor simptome mai puțin conturate și ajung la medic într-un stadiu foarte avansat al bolii. Ținând seama că cele mai multe cancere laringiene debutează în etajul supraglotic, peste 50 % din cazuri, ne putem

da seama de importanța ce trebuie acordată unei simptomatologii minore clinice cu localizare laringiană. Examinărilor de rutină de la nivelul serviciilor de specialitate, unde în multe cazuri medicul între altele presat de aglomerația bolnavilor, omite efectuarea unei laringoscopii indirecte, în lipsa unor semne caracteristice de suferința laringiană, trebuie să i se opună examinarea sistematică a tuturor organelor din domeniul ORL. Multe cancere laringiene supraglotice au putut fi descoperite astfel, în cursul unor alte afecțiuni de cît cele de natură laringiană, fără ca bolnavul să fi bănuț că prezintă o manifestare morbidă la acest nivel. O situație similară o prezintă cancerele etajului subglotic — cancere multă vreme mute, tăcute — unde simptomul cardinal îl constituie dispneea, dar care apare într-un stadiu înaintat al bolii, cînd adesea spațiul laringean subglotic este strîmțat în așa măsură în cît se impune efectuarea unei traheotomii de urgență, înaintea ori cărei acțiuni de investigație locală.

Probleme grele de diagnostic pune și cancerul ventriculului lui Morgagni, cancer ascuns la început și ca manifestare subiectivă dar și la vedere — la examenul indirectoscopic.

Între cancerele greu diagnosticabile în faza de debut este cancerul sinusului piriform.

Toate aceste considerente trebuie avute în vedere de către medicul de medicină generală, primul căruia i se adresează bolnavul, și acesta să îndrume bolnavul la medicul de specialitate ori de cîte ori semne imprecis conturate, necaracteristice, ar putea trezi bănuiala unei afecțiuni tumorale la nivelul laringelui.

Medicul specialist de policlinică, la rîndul său, are obligația să cunoască detaliat problema neoplazmiilor laringiene, să examineze în mod sistematic laringele fiecărui bolnav, indiferent de afecțiunea pentru care i se prezintă. În cazuri de îndoielă el trebuie să îndrume bolnavul spre internare în serviciul spitalicesc de specialitate pentru confirmarea sau infirmarea diagnosticului prezumptiv. Este mai bine ca pe întreaga această filieră să se greșască prin exces, decît prin omisiuni care uneori pot fi condamnabile. Dacă bolnavului i se poate admite scuza inconștienței și eventual a neglijenței, medicului, de la orice nivel al ierarhiei sanitare s-ar afla, nu-i este îngăduită superficialitatea și cu atît mai mult incompetența.

Nu trebuie uitat că în ultimii 15 ani cancerele laringiene s-au dublat ca frecvență, că acestea survin din ce în ce mai des la vîrste tot mai tinere. La oameni în plină manifestare a capacității lor fizice și intelectuale. Trebuie de asemenea avut mereu prezent în minte faptul că nu este tot una a descoperi un cancer laringean într-un stadiu incipient, sau într-un stadiu avansat. Cu cît un cancer se îndepărtează în timp de debutul lui clinic, cu atît șansele de supraviețuire ale bolnavului scad. Pe de altă parte, altele sînt condițiile terapeutice într-un caz, cînd bolnavul poate beneficia de o terapie funcțională capabilă să-l restituie familiei și societății în condiții fiziologice aproape sau integral normale, altele în cea de-a doua eventualitate, cînd reintegrarea socială și chiar familială nu se poate face de cît parțial și cu eforturi uneori foarte mari, dar cu prețul unei mutilări care-și lasă amprenta pentru tot restul vieții.

Observațiile arată că tumorile maligne, după apariția lor clinică, se manifestă în mod diferit, putînd fi divizate în următoarele 3 grupe:

- forme locale sau loco-regionale;
- forme limfofile;
- forme difuze.

Manifestarea clinică a cancerelor cutanate, de exemplu, este cu totul alta decît cea a cancerelor pulmonare, renale, hepatice etc.

La nivelul laringelui aceste forme sînt determinate de localizarea și de aspectul lor clinic. Cancerele glotice, unde rețeaua limfatică este foarte redusă — practic inexistentă — indiferent de forma lor clinică (vegetantă, ulcerosă, sau infiltrativă, prima formă fiind cea mai frecventă) —, atîta vreme cît rămîn cantonate la nivelul corzii vocale nu prezintă pericolul unei invazii ganglionare. De aci rezultatele excelente obținute în terapia acestor forme. Cancerele subglotice, unde rețeaua lim-

fatică este relativ bine dezvoltată, sint susceptibile de la început și cu atit mai mult într-un stadiu avansat să se prezinte sub forma de cancere loco-regionale, chiar dacă clinic nu se pot pune in evidență adenopatii satelite.

Localizările supraglotice sint și mai susceptibile să producă invazii ganglionare satelite, datorită unei abundente rețele limfatice la acest nivel. Faptul că la exa-
me-nul clinic nu se palpează una sau mai multe din grupele ganglionare laterocervicale, în cursul unei evoluții tumorale la nivelul etajului supraglotic, nu ne îndepărtează să considerăm tumoarea respectivă ca fiind strict locală. De multe ori deschizind teaca vaselor mari laterocervicale sîntem surprinși de a descoperi prezența la acest nivel a unor ganglioni mari, acoperiți de o musculatură bine dezvoltată. Unii autori consideră că ganglionii cu leziuni inflamatorii de limfadenosinuzită, trebuie consi-
derați ca fiind într-un stadiu premergător unei invazii neoplazice de vecinătate.

Fără să constituie o regulă absolută, formele vegetante, conopidiforme, cu ten-
dența de a se dezvolta mai mult in suprafață decît in profunzimea țesutului sau
organului lezat, nu dau, cel puțin în stadiul de debut, invazii ganglionare. Mult
mai limfophile sint cancerelor ulterioare și infiltrative.

Formele difuze, reprezentate prin apariția simultană a unor focare neoplazice
manifeste, rar cointeresează laringele.

Toate aceste considerente impun o atenție deosebită. Formele locale sau loco-
regionale și formele limfophile sint singurele forme care beneficiază de terapeutică
de care dispunem actualmente. Dar această terapeutică trebuie adresată diferențiat,
în funcție de localizare: tumorii locale in cancerelor glice și simultan tumorii
împreună cu ganglionii sateliți în cancerelor supraglotice, cu deosebire, și în cancerelor
subglice. Numai astfel se poate obține un procentaj ridicat de vindecări durabile.

În mod particular câncerul de laringe ca tumoare primitivă, in formele inc-
piente, poate beneficia in urma unui tratament corect aplicat, de vindecări de lungă
durată într-un procentaj mult mai ridicat decît media generală a vindecărilor cân-
ceroase. Această presupune implicit necesitatea unui diagnostic precoce și in con-
secință precocitatea aplicării unei terapeutici potrivite. Dar nu este suficient numai
aîlt. Este foarte important ca instituirea tratamentului să se facă în cursul unei
perioade de acalmie a tumorii, spre a evita adăugarea unui nou element de agresiune
organismului și care în mod evident este în favorul difuziunii tumorale.

Nu dispunem încă de suficiente date pentru a defini cu certitudine stadiul de
puseu evolutiv al unei tumori, acestea fiind puțin conturate, slab definite. Totuși,
o tumoare laringiană trebuie ținută sub observație timp de cîteva zile, la nevoie
chiar mai mult, pentru a putea surprinde modificări progresive în evoluția ei sau
din contră, pentru a constata o situație constantă de la o zi la alta. Adesea putem
surprinde o congestie marcată cu lipsă unui contur precis al formațiunii tumorale,
un edem, o împăstare peritumorală, prezentă chiar în formele de debut, cu modi-
ficări de volum în sensul unei creșteri evolutive evidente de la o zi la alta. Pot fi
semnalate alterări ale stării generale, discrete, dar prezente: insomnie, oboseală,
ușoară stare de iritație, însoțite toate acestea de o jenă laringiană, echivalentă unei
sensibilități dureroase. Adenopatia laterocervicală, cînd există, poate să dea la pal-
pare senzația de împăstare difuză, o îngroșare de aspect edematos al țesuturilor
cutanate.

Toate aceste elemente, destul de imprecise, pot fi sugestive pentru a ne gîndi
că ne aflăm în fața unui puseu evolutiv al tumorii. În asemenea situații este mai
corect să nu se practice nici măcar o biopsie din țesutul tumoral, cu atît mai mult
o intervenție chirurgicală de ampoare sau un tratament prin iradiere. De multe ori
după un repaus general de cîteva zile, după o alimentație rațională, însoțită de o
vitaminizare intensă, eventual de un tratament cu aerosoli cu substanțe descongestio-
nante, bolnavul însuși simte o ameliorare locală și generală, iar obiectiv se poate
constata dispariția congestiei, a edemului și chiar diminuarea în volum a tumorii.
Este semnalul instalării unui nou stadiu de acalmie, de echilibru, in relațiile gazdă-
tumoare. Este momentul cînd trebuie efectuată explorarea clinică locală. Dacă bol-
navul prezintă de la început o tumoare liniștită, calmă fără prezența vreunui sim-
ptom descris mai sus, investigațiile pot fi efectuate in primele 2—3 zile. Nu se pierde

nimic așteptînd și observînd bolnavul, dimpotrivă se poate cîștiga. Nu se pierde nimic tratînd încet și corect; mai de grabă se poate pierde totul tratînd rapid și incorect.

1. Diagnosticul pozitiv al cancerului laringian se face pe baza investigațiilor obișnuite — anamneză, examen clinic (laringoscopie indirectă, laringoscopie directă), în unele cazuri poate fi necesară o directoscopie sub biomicroscop (laringoscopie în suspensie) pentru a examina cu mai multă precizie toate detaliile anfractuoză ale laringelui; radioscopii standard, tomografii, laringografii cu substanță de contrast, examen stroboscopic și în sfîrșit examenul biopsic. Ca examen complementar se poate efectua o limfografie pentru depistarea invaziilor ganglionare satelite — aceasta poate fi efectuată cu substanță de contrast sau cu izotopi radioactivi.

2. Examenul biopsic al tumorii trebuie efectuat totdeauna pentru a determina în primul rînd natura histologică a tumorii și în al doilea rînd pentru a avea o justificare, o acoperire obiectivă medico-judiciară, în cazul în care, cu deosebire, actul operator coincide cu o extirpare totală a organului vocal, ceea ce echivalează cu o mutilare gravă a bolnavului. Biopsia efectuată într-un moment potrivit, cu atenție, fără a se provoca ruperi sau delacerări de țesuturi sănătoase împreună cu fragmentele tumorale, cu prelevări din locuri potrivite, fără extirpări masive de tumoare, nu poate constitui un factor favorizant în declanșarea diseminărilor tumorale, după cum susțin unii autori fără a putea prezenta dovezi convingătoare în acest sens. La nevoie, un examen biopsic neconcludent poate fi repetat. Cele mai multe cazuri de eșec ale biopsiei se datoresc lipsei unei anestezii corecte și nerespectării conduitei expuse mai sus.

3. Numai în cazuri excepționale se va recurge la laringofisură pentru efectuarea unui examen histopatologic extemporaneu, după care să se extirpe formațiunea tumorală. Laringofisura în scop diagnostic poate fi efectuată numai după epuizarea tuturor mijloacelor de explorare și numai în localizările glos-și-silbglotice. Explorarea directă chirurgicală a etajului supraglotic trebuie efectuată prin faringotomie laterală sau subhioidiană (*Maspétiol*). Mai dificile probleme sub acest aspect ridică localizările ventriculare ale căror punct de plecare nu poate fi apreciat. Una este indicația operatorie a leziunilor pornite din fundul de sac al ventriculului sau de pe planșea acestuia (rezolvabile printr-o eventuală laringectomie parțială frontolaterală în stadiul de debut), alta în eventualitatea punctului de origine al tumorii la nivelul marginii inferioare a benzii ventriculare (indicație operatorie pentru o laringectomie parțială orizontală supraglotică).

4. Toate investigațiile loco-regionale au ca scop de a ne furniza informații asupra localizării precise, asupra limitelor exacte, asupra naturii histologice tumorale, asupra eventualelor invazii ganglionare regionale.

5. Concomitent trebuie efectuate investigații generale ample, pentru ca în limita posibilului să se elimine prezența unor metastaze sau alte focare canceroase, în vederea depistării unor afecțiuni organice evolutive (cardiace, renale, hepatice, bronhopulmonare), pentru a avea posibilitatea — obligatorie de altfel — de a corecta unele tare organice.

6. Bilanțul informațiilor obținute prin investigațiile loco-regionale trebuie coroborat cu informațiile obținute prin explorări funcționale generale și eventual confruntate cu considerente de ordin social, avînd ca scop instituirea tratamentului. Este un moment foarte important pentru evoluția ulterioară a bolnavului. Primul act terapeutic este acela care oferă cele mai multe șanse de vindecare durabilă.

7. Din nefericire în etapa actuală a cunoștințelor noastre singura modalitate terapeutică eficientă împotriva cancerului este distrugerea acestuia „in situ”, prin mijloacele devenite clasice: chirurgia și iradierea. La acestea s-a adăugat în ultima vreme chimioterapia, cu substanțe a căror acțiune antimitotică nu s-a dovedit încă a fi suficient de activă pentru a justifica utilizarea lor electivă în toate formele de cancer.

Atît chirurgia cît și iradierea au înregistrat în ultimii 25—30 ani progrese însemnate, care au ameliorat și ameliorează continuu procentul vindecărilor. Dar atît o metodă, cît și cealaltă, constituie acțiuni terapeutice limitate, locale, care se adresează în mod exclusiv suprimării focarului tumoral principal, depistat, fără a avea o influență asupra unor eventuale focare secundare sau metastaze nedecelate clinic. Cînd arsenalul terapeutic va fi capabil să ne furnizeze mijloace de vindecare prin care să putem fi în stare să inversăm definitiv raportul de forțe gazdă-tumoare, în favorul gazdei, chiar fiind obligați — eventual — să instituim un tratament local, șansele de vindecare în deplina accepțiune a cuvîntului vor crește la maximum.

Datorită terapiei cu antibiotice s-a reușit să se preîntîmpine gravele complicații bronhopulmonare, susceptibile să apară în decursul sau după efectuarea actului chirurgical; procedeele de anestezie și reanimare, într-o continuă perfecționare, contribuie de asemenea la ameliorarea metodelor chirurgicale.

Progresele chirurgicale au fost posibile datorită aceluiași factori, dar și unor îndelungate observații clinice, a unor studii anatomo-clinice, toate concretizîndu-se într-o continuă perfecționare a tehnicilor operatorii. Actualmente este posibilă — într-un procentaj foarte ridicat, atîngînd aproape jumătate din numărul total al bolnavilor de cancer de laringe — aplicarea unei chirurgii funcționale, cu îndepărtarea totală a tumorii, dar cu conservarea unei porțiuni laringiene capabilă să-i asigure operatului funcționalitatea parțială sau integrală: fonația, respirația și deglutiția. Pe de altă parte contraindicațiile operatorii de ordin local s-au restrîns tot mai mult, tumorile laringiene extinse la regiunile învecinate neconstituind contraindicații pentru intervenție, decît în cazuri cu totul excepționale.

Perfecționarea tehnicilor operatorii a neoploamelor laringelui, face posibilă chiar (în unele cazuri) îndepărtarea totală a organului vocal cu reconstituirea acestuia, asigurîndu-se bolnavului conservarea funcției respiratorii (prin înlăturarea canulei traheale) și a celei de deglutiție și după o anumită perioadă de timp, redobîndirea unei funcții fonatorii sociale acceptabile (*Arslan, Labayle*).

În sfîrșit, s-a ajuns pînă la efectuarea transplantării chirurgicale a laringelui la un bolnav cărui a i s-a extirpat organul vocal atîns de cancer (*Kluykens, 1971*). Problema prezintă multe implicații și se pare că deocamdată continuă să rămînă în faza de studiu.

Paralel, prin progresele tehnice înregistrate în ultimele 2—3 decenii, a fost posibilă perfecționarea metodelor de iradiere, acestea devenind mai penetrante, mai puternice, mai precise, mai eficace (cobaltoterapia, betatronoterapia).

Rezultatele acestui mod de tratament — după unele statistici prezentate de specialiști de prestigiu în acest domeniu — asigură vindecări durabile ale cancerului laringian, într-un procentaj care atinge valori globale între 65—70 %.

Aceste rezultate pot fi considerate ca satisfăcătoare. Dacă s-ar desfășura o activitate de educație sanitară mai susținută în rîndul populației, pentru a nu se ajunge la refuzarea unui tratament eficient, pentru a se putea — în primul rînd — efectua o depistare cît mai precoce a localizărilor canceroase laringiene, rezultatele ar putea fi în continuare, ameliorate. Această presupune eforturi sporite din partea întregului personal sanitar. Eșecurile nu trebuie să dezarmeze, ci dimpotrivă să mobilizeze și mai mult toate forțele capabile să contribuie la înlăturarea acestei grave maladii, cancerul. Într-un articol viitor vom reveni cu detalii de ordin terapeutic la acest subiect.

Bibliografia la autor.

Sosit la redacție: 2 februarie 1972.