

CV 1260

FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
DIN CLUJ

8672

No. 344

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA LARINGITEI GRIPALE



PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE

25/11 1927

DE

IOAN IURCA

preparator al Facultății de Medicină

1 9 2 7

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA LARINGITEI GRIPALE



PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE

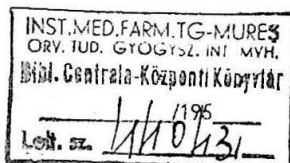
..... 25/VI 1927

DE

IOAN IURCA

preparator al Facultății de Medicină

24 MAY 2005



1 9 2 7

FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CLUJ

Botez A.M.

Decan: D-nul Prof. Dr. ~~Titu Vasiliu~~

Profesorii:

Patologia generală și experimentală	Prof. Dr. Botez A. M.
Istologie și embriologie umană	„ „ Drăgoiu I.
Clinica infantilă	„ „ Gane T.
„ ginecologică și obstetricală	„ „ Grigoriu Cr.
Istoria medicinei	„ „ Guiart I.
Clinica medicală	„ „ Hațiegan I.
„ chirurgicală }	„ „ Jacobovici I.
Medicină operatoare }	„ „ Martinescu Gh.
Farmacologie și farmacognozie	„ „ Michail D.
Clinica oftalmologică	„ „ Minea I.
„ neurologică	„ „ Minovici N.
Medicină legală	„ „ Moldovan I.
Igienă și igienă socială	„ „ Negru D.
Radiologia medicală	„ „ Nițescu I. I.
Fiziologia umană	„ „ Pamfil Gh.
Farmacia chimică și galenică	„ „ Papilian V.
Anatomia descriptivă și topografică	„ „ Predescu-Rion I.
Clinica oto-rino-laringologică (agr.) }	„ „ Tătaru C.
Clinica stomatologică (supl.) }	„ „ Thomas P.
Clinica dermato-venerică	„ „ Urechia C.
Chimia biologică	„ „ Vasiliu Titu
Clinica psihiatrică	„ „
Anatomia patologică	„ „

Juriul de promoțiune:

Președinte: D-nul Prof. Dr. Predescu-Rion *supl. Prof. Dr. J. Jacobovici*

Membrii: { D-l Prof. Dr. Botez A. M.
„ „ „ Gane T.
„ „ „ Hațiegan I.
„ „ „ Martinescu Gh.

Membru supleant: D-l Docent Dr. Gola I.

Parinților mei

*dragoste fiască și nețărmurită
recunoștință*





Prefață

Inainte de a intra în tratarea subiectului tezei mele de doctorat în Medicină și Chirurgie, mă simt obligat să dau o deslușire, să explic o situație, care ar putea să pară pentru unii oarecum neînțeleasă.

Lucrând în Clinica Dermato-Venerică, de sub conducerea Dlui profesor Dr. Tătaru, de aproape doi ani de zile mi-se poate ori-când pune întrebarea de ce nu mi-am ales un subiect din domeniul Dermato-Venerologiei, întrebare de altfel foarte îndreptățită. Inainte de a intra ca preparator la aceasta Clinică în vara anului 1925, la indemnul Dlui Prof. Predescu-Rion mi-am luat ca subiect de teză „Laringita Gripală“, primind totodată și indicațiile necesare, după cari să mă conduc. Mi-am dat odată cuvântul și orice, schimbare ar fi intervenit în situația mea școlară, trebuia să mi-l țin. Respectul și dragostea ce o port Dlui Prof. Predescu-Rion, bunăvoința ce a arătat-o față de mine, cât și îndemnările, ce Domnia-sa mi le-a dat, au fost motive hotărâtoare și mi-au întărit convingerea că nu trebuie să mă întorc de pe călea ce am apucat'o. Ar fi fost pur și simplu o desertare și n'am vrut sa fiu judecat în această lumină.

Mulțumesc Domnului Prof. Dr. Predescu-Rion pentru înlesnirea adunării materialului clinic, pe care mi-am clădit aceasta modestă lucrare.

Mulțumirile ce le aduc pe aceasta cale Domnului Profesor Dr. Tătaru. Șeful meu direct, nu sunt cuvinte de ocazie, nu sunt vorbe de zile mari. Sunt izvorâte dintr'un profund sentiment de recunoștință pentru Dascălul, în prejurul căruia, am avut fericirea să-mi adun, zi de zi cunoștințele mele clinice, să învăț a îngriji bolnavii, a-i privi cu acel sentiment duios de milă care înobilează sufletul fiecărui medic. Și când atât de multe lucruri îi datorez Dsale, cuvintele sunt prea slabe pentru a putea cuprinde în strâmta lor haină sentimentul de dragoste și recunoștință, ce s'a zidit în sufletul meu, pentru Dascălul ce mi-a vrut în totdeauna binele.

Dlor Asistenți și preparatori, în preajma cărora mi-am petrecut zilele cât am stat în Clinică, le voi păstra o frumoasă amintire asigurându-i de toată dragostea și prietenia mea.

Colegilor de studii, colegii la zile grele și la zile bune le rămân acelaș desinteresat prieten.



Considerațiuni generale asupra infecțiunii gripale

Se pare, că afecțiunea, cunoscută azi sub numele de influență sau gripă, a fost observată deja de autorii vechi.

Se descriu tablouri clinice asemănătoare încă de prin secolul XIV. Date mai precise avem însă numai, începând cu secolul al XV.-lea

Numele de gripă, după Marigné, ar fi de origină franceză, provenind dela verbul „Agripper“ (a în hăța) și ar fi denumirea vulgară, întrebuințată întâi în anul 1732.

Termenul de influență e de origină engleză și a fost întrebuințat pentru prima oară de medicii englezi, cu ocazia epidemiei din 1743.

Gripa a apărut de mai multe ori în mod epidemic în decursul ultimelor secole.

Pe timpul marelui epidemii de gripă din 1889—90 au început să se precizeze cunoștințele noastre despre această maladie.

Aceste cunoștințe au fost apoi lărgite în urma pandemiei din 1918—19 și în timpul epidemiilor din ultimii ani.

Gripa este o maladie extrem de contagioasă, având un caracter pronunțat epidemic.

Contagiunea pare a fi aproape în totdeauna interumană. Călea de propagare se crede că este cea aeriană. Bolnavul când tușește strănută sau vorbește, răspândește prin aerul din jurul lui, pe o distanță scurtă un număr foarte mare de stropi infectați.

Contagiositatea infecțiunii gripale propriu zise există, începând cu faza de incubație și de invaziune. Ea scade însă foarte repede, astfel, în cât convalescenții nu sunt decât rareori agenți de propagare a maladiei. În fazele incipiente ale infecțiunii gripale contagiositatea e maximă.

Timpul de incubație e foarte scurt: minimul observat a fost 18 ore, în medie 24 ore și maximul e 2—3 zile. Receptivitatea față de aceasta maladie variază cu vârsta. Cel mai frecvent sunt

atingi indivizii între 15—40 ani. Dincolo de aceste limite, atât în sus cât și în jos, numărul cazurilor scade mult.

S'a presupus la început că copiii sugaci ar fi imuni față de aceasta infecție, dar s'a dovedit mai târziu că imunitatea lor e numai aparentă, fiindcă copiii în aceasta epocă a vieții, sunt mai scutiți de contagiune.

Gripa nu conferă imunitate, se pare totuși că indivizii atinși a doua oră, fac forme mai puțin grave.

În ce privește agentul patogen al gripei, abia în ultimii ani s'a ajuns la o oarecare clarificare.

Se știe azi cu siguranță că diferiți microbi invinuiți altădată, pe rând în producerea maladiei, cum sunt: Coco-bacilul lui Pfeiffer, diferite varietăți ale streptococului (*streptococcus pandemicus* a lui Segale, *streptococcus viridans*), pneumococul, bacilul lui Friedländer etc., nu sunt decât agenți infecțioși secundari, grefați pe organismul ajuns într'o stare de anergie specială, prin acțiunea agentului gripal adevărat.

S'a presupus, că virusul gripal ar fi de natură filtrabilă. Virusul filtrabil al gripei pare, că a fost în fine izolat și cultivat de Olitzky și Gatez, cari i-au dat numele de bacterium pneumosintes.

Rămâne numai de așteptat, dacă nu va avea soarta celorlalți microbi, trecând pe al 2-lea plan, după descoperirea vreunui alt agent patogen.

În cece privește tabloul clinic al gripei, aceasta se poate prezenta sub 2 forme diferite: 1. o formă simplă cu o evoluție în general benignă, care nu dă determinări viscerale, și 2. forme complicate prin infecții secundare. Aceste din urmă prezintă un caracter de malignitate foarte pronunțat, din cauza diverselor determinări viscerale și se impart în: a) forme ipertoxice, cu predominanța fenomenelor de intoxicațiune generală și cu un caracter fudroiant, ducând aproape totdeauna la moarte, b) forme cu determinări la nivelul organului respirator, c) gastro-intestinale, și d) forme nervoase. Trebuie să mă mărginesc la o simplă citare a acestor forme, neputând intra în descrierea mai amănunțită a simptomelor în fiecare din aceste forme, deoarece subiectul tezei mele este de a studia mai ales determinările laringeale ale gripei. De o importanță mare pentru evoluția gripei este terenul, pe care se grefează.

Despre influința vârstei am vorbit deja mai sus. Gripa are în

general o evoluție cu mult mai gravă, dacă se greșează pe un teren, care se află într'un deficit de apărare, din cauza unor stări fiziologice (de ex. graviditatea) și altele patologice, dacă organismul prezintă vr'o afecțiune de altă natură (cardiopatii) afecțiuni renale, sau hepatice, afecțiuni pulmonare, digestive sau nervoase.

Gripa are o evoluție specială, de cele mai multe ori mai gravă, dacă se asociază cu alte infecțiuni. O excepție face însă asociația cu tuberculoza. S'a constatat că indivizii tuberculoși sunt infectați mai rar de gripă, și chiar dacă survine aceasta infecțiune atunci gripa are o evoluție benignă.

S'a mai constatat, că gripa nu agravează mult prognosticul tuberculozei anterioare, dar uneori favorizează activarea proceselor bacilare latente.

Paludismul asociat cu gripă, pare că conferă acestei din urmă o evoluție mai benignă:

Foarte gravă e asociația gripei, cu febra tifoidă și cu febrele eruptive, mai ales aceea cu difteria.

Istoricul laringitei gripale

Autorii vechi, cari avuseseră oareșcari cunoștințe, mai mult sau mai puțin lămurite asupra afecțiunii, pe care o cunoaștem azi sub numirea de influență sau gripă, au observat în decursul acestei afecțiuni și unele tulburări funcționale, cari interesau partea superioară a organului respirator. Aceste cunoștințe s'au mărginit însă numai la descrierea tulburărilor pur funcționale, ne având acești autori la dispoziție metodele de explorare a laringelui de cari dispunem azi. O examinare obiectivă a laringelui a fost posibilă numai după ce Garcia Manuel, profesor de cant, descoperă în 1854 laringoscopia. Metoda perfecționată de Türck (1857) și Czermak (1858), duce în curând la un mare progres al științei laringologice.

Cu ocazia marei epidemii de gripă dela 1889—90, grație metodelor noi de investigație laringeală, sau putut studia mai precis leziunile laringeene, survenite în decursul acestei boli.

Profesorul E. I. Moure dela Bordaax studiază fenomenele laringeale la bolnavi atinși de gripă și stabilește în 1904 o serie de forme Clinice.

Epidemiile de gripă, și mai ales, cea din 1918, fac să se

precizeze încă mai mult cunoștințele asupra laringitelor gripale, adaugându-se la formele, descrise de Moure, câteva forme pe cari dânsul nu le observase. Epidemiile din ultimii ani, dacă n'au putut să lărgescă prea mult cunoștințele anatomo-patologice și Clinice, au avut totuși darul, de a aduce nu progres, în ceea ce privește terapeutică.

Generalități

• Prin legăturile anatomice, pe cari le are laringele cu organele învecinate, se explică faptul, că laringită în decursul afecțiunii gripale nu survine izolată, decât foarte rar. De cele mai multe ori, vom afla afectate, alături de laringe, și organele, cari stau în legătură de continuitate cu el.

De foarte multe ori s'au aflat, alături de laringe afectate: cavitățile nasale, faringele, tonsilele și trachea. S'a observat adesea o tumefiere a amigdalelor și o hiperemie a stâlpilor faringeni. Won Lung Hing a văzut înainte de izbucnirea gripei niște puncte albe pe palatul moale, cari aveau aspectul unor boabe de sagu.

După o statistică, în 30% a cazurilor ar exista, alături de laringită și o tracheo-bronchită, mai mult s'au mai puțin pronunțată.

Laringită gripală se găsește la toate vârstele, totuși unii pretind, că ar fi mai rară la copii și bătrâni, alții însă o contestă aceasta, pe baza numeroaselor cazuri, observate, atât în frageda copilărie, cât și la o vârstă foarte înaintată. Frecvența complicațiilor lor laringeene la adulți este numai relativă, fiind datorită faptului, că infecțiunea gripală se grezează cu predilecție pe indivizi adulți (dela 15—40 ani). Aceasta frecvență relativă a laringitelor gripale: a adulți o pot confirma și eu pe baza cazurilor, studiate în decursul epidemiilor de gripă între anii 1925—27. În ce privește anotimpul, iarna și primăvara se prezintă cazuri mai frecvente și mai grave.

Principalele cauze favorizante ale localizării infecției gripale: la nivelul laringelui, ar fi după unii autori, frigul și umiditatea. Afară de acești factori ar exista și un factor constituțional. Și intensitatea infecțiunii generale ar influența asupra deslănțuirii manifestațiilor laringeene.

În producerea diferitelor forme ale laringitei gripale joacă un rol considerabil asociațiile microbiene, cu toate că cercetările:

bacteriologice făcute până acum sunt puțin numeroase, totuși s'a stabilit în unele forme rolul asociațiunii microbiene cu agentul specific al gripei.

Astfel în forma necrozantă a laringitei gripale tabloul clinic poate a fi rezultatul asociației, între agentul încă necunoscut al gripei și streptococ. Infecțiunea gripală reduce foarte mult rezistența tesuturilor mai ales față de streptococi și astfel se explică mersul rapid și uneori fatal al acestor forme asociate.

Formele clinice

Manifestațiunile laringeale ale gripei se pot prezenta sub o serie de forme clinice foarte variate ca aspect și evoluție. Pentru a înțelege mai bine diferitele manifestațiuni laringeale avem nevoie de o oareșcare clasificare, cu toate că oricărei clasificări este inerent dezavantajul unei schematizări prea mari, care se face prin eliminarea formelor intermediare. Un început de clasificare s'a făcut cu ocazia gripei din 1889-90 de către E. I. Moure, care a observat atunci 4 forme: 1. catarală, 2. ulceroasă, 3. infiltro-edematoasă, 4. miopatică, la cari în 1904 adaugă forma spasmodică și pericondrică.

În tratarea diferitelor forme clinice mă voi conduce în bună parte după descrierea magistrală făcută de Moure, adaugând constatările autorilor mai noi

I. Forma catarală: Aceasta formă poate surveni și izolată, fără fenomene generale de gripă. Semnele funcționale ale acestei forme ușoare sunt aceleași, pe cari le observăm în decursul unei inflamațiuni catarale acute a mucoasei laringene. Ca semne subiective, bolnavul are senzația de arsură, de uscăciune și usturime în partea posterioară a gâtului.

Bolnavul simte și gâdălituri la nivelul laringelui, cari provoacă necesitatea de a tuși. Aceasta tuse e seacă și poate deveni foarte penibilă. Caracteristic este, că se accentuează mai ales seara și noaptea. În unele cazuri mucoasa laringelui e atât de sensibilă, încât simpla trecere a aerului produce senzația de arsură. De multe ori mucoasa nasală e tumefiată. Din acest motiv bolnavul trebuie să respire pe gură și astfel tulburările respiratorii se accentuează încă mai mult. În faza incipientă a formei catarale de obicei nu există expectorație: uneori, după un efort mai puternic de tuse îi

reuşeşte bolnavului să expectoreze o cantitate mică de secreţie mucoasă sau mucopurulentă, care e amestecată cu cea provenită din trachee şi bronchiile mari. Când procesul morbid a atins şi bronchiile de calibru mijlociu, atunci avem o schimbare în timbrul vocii, ea devenind răguşită, bitonală şi asinergică. Se observă în aceste cazuri o variaţie în ce priveşte tonalitatea cuvintelor, în urma parezei muschilor tiro-aritenoidieni. Aceasta pareză poate duce uneori la afonie. Tulburările fonetice variază cu intensitatea, localizarea şi întinderea în suprafaţă a leziunilor laringene.

La examenul obiectiv al laringelui, cu ajutorul laringoscopiei, vedem, că organul vocal e roşu pe toată întinderea lui. Epiglota, plicele ari-epiglote, bandele ventriculare, cât şi regiunea interaritenoidiană sunt foarte adesea sediul unei uşoare tumefacţiuni. Corzile vocale se prezintă cu o culoare roză, altele roşie cu luciul pierdut, fiind acoperite de o secreţie vâscoasă, cu aspectul spumei de lapte. Aceasta secreţie se adună la nivelul regiunilor nodulare şi tremură în momentul, când bolnavul încearcă să pronunţe vocala e. În timpul inspiraţiei, secreţiunea formează între cele 2 corzi vocale un fel de punte filiformă. În caz de infecţie mai pronunţată, corzile vocale iau o coloraţie roşie vie, putând prezenta la suprafaţa lor, o descvamaţie activă. Dacă bolnavul are accese mai violente de tuşă, se pot ivi şi mici hemoragii mucoase sau submucoase. Expectoraţia în aceste cazuri va fi sanginolentă.

Forma catarală mai poate prezenta un tablou, care diferă de cel descris, prin aceea, că există la nivelul mucoasei corzilor vocale niste pete seminulare, albe, bine delimitate şi uşor proeminente, situate de cele mai multe ori la locul de unire între $\frac{1}{3}$ ant. şi cea mijlocie a corzilor vocale, rareori în $\frac{1}{3}$ post. şi pe restul mucoasei. În cadrul formei catarale, s'a mai descris un tip cu tendinţă spre hemoragii, localizate la nivelul corzilor vocale. Hemoragiile pot fi punctiforme sau întinse la suprafaţă. Uneori există şi cruste roşi, respective roşi-brune. Acest tip a fost numit şi laringită seacă sau uscată şi s'a observat mai ales la bolnavi, cari avuseseră o ocupaţie, care îi silea să petreacă în apropierea focului (bucătari, fochişti etc.).

II. Forma congestivă: Aceasta formă e destul de frecventă. Domnul Prof. Dr. Predescu-Rion a găsit-o în proporţie de 70% a cazurilor observate în anii 1922—24.

Ea se confundă adeseori cu laringita simplă obicinuită.

Ca simptome funcționale: bolnavul are senzația de căldură, de constricțiune, de gădilitură, care e mai accentuată decât în forma Catarală. Mai prezintă apoi și tulburări de fonațiune destul de pronunțate; uneori poate exista numai o simplă regușeală, altădată însă se poate instala o afonie completă datorită spasmului laringean. Bolnavii se plâng de o tuse foarte violentă, care la început este acompaniată de o expectorație redusă.

Examenul obiectiv: la nivelul cavității bucale și a faringelui de cele mai multeori nimic deosebit.

Laringoscopic: laringele precum de cele mai multeori și tracheea sunt sediul a unor fenomene congestive mai mult sau mai puțin pronunțate. Mucoasa laringeală corzile vocale, cât și tracheea prezintă o hiperemie foarte accentuată cu aspect de postav roșu. Bandele ventriculare în unele cazuri sunt ușor tumefiate. Evoluția boalei de cele mai multeori este benignă, dacă instituim dela început tratamentul necesar. Diagnosticul se bazează pe simptomele descrise și epidemia existentă.

III. Forma pseudo-membranoasă. Aceasta formă e destul de frecventă. Prym a aflat inflamațiuni pseudo-membranoase și necrotizante ale căilor respiratorii în 16,2%, Busse în 4,9%, Kaiserling în 7,2%, Schmorl în 14%, Goldschmidt în 48% din cazuri.

Se caracterizează printr'un depozit fibrinos, de culoare galben-cenușie, situat la nivelul mucoasei laringeene și în special pe corzile vocale. Bolnavii expectorează o spută caracteristică, murdară, fibrinoasă și purulentă, care se evacuează în cantitate mare. Examenul bacteriologic, efectuat de către Pulawsky, a pus în evidență prezenta diplococului lui Fränkel, negăsind bacilul lui Löffler.

Din punct de vedere anatomo-patologic s'a găsit: laringele, tracheea și bronchiile, acoperite, cu membrane murdare de fibrină, cari aderau puternic de țesuturile subiacente. Sub ele există o necroză a mucoasei până în straturile sale profunde..

IV. Forma ulceroasă. Autorii vechi contestau existența pierderilor de substanță la nivelul laringelui, survenite în urma unor afecțiuni pur catarele a mucoasei laringeene. Ulcerațiunile, ivite la acest nivel, erau în mare parte atribuite sifilisului sau tuberculozei. Autorii mai noi au însă tendința de a atribui și altor afecțiuni un rol etiologic în producerea de ulcerațiuni laringeene. Constatările acestor autori (Moure, Kahler etc.), au dovedit, indiscutabil pre-

zența de eroziuni și chiar ulcerăriuni în decursul unor afecțiuni pur catarale. Și în laringita gripală s'au aflat de foarte multe ori eroziuni și chiar ulcerăriuni. În cazurile mai ușoare ale acestei forme, corzile vocale prezintă, la nivelul inserțiunii posterioare și uneori pe treimea lor anterioară, mici eroziuni semilunare, cu margini roșietice, bine delimitate de restul mucoasei, care și-a pierdut luciul, având un aspect șters, spălăcit.

De cele mai multe ori ulcerăriunile se găsesc la locul unde se unește $\frac{1}{3}$ ant. cu cele $\frac{2}{3}$ post. Otto Kahler atribuie aceasta localizare, funcțiunei fiziologice maxime, ce o au corzile vocale la acest nivel.

Eroziunile sunt acoperite de un strat subțire de exudat cenușiu. Procesul înaintând spre profunzime, leziunile iau o formă excavată, iar mucoasa incunjurătoare devine mai roșie, și proeminentă. Aceasta ulcerăriie este acoperită de o masă pultacee, puțin aderentă de țesuturile subiacente.

Wätjen, făcând examenul bacteriologic al membranelor, constată în straturile superficiale ale țesutului necrotic, prezența unor coci Gram pozitivi și Gram negativi, iar în cele profunde, bacili fuziformi, fire de leptotrix și într'un număr redus, spirili foarte fini. După toate probabilitățile, acești germeni, pe cari îi întâlnim în cavitatea bucală în mod obișnuit, în decursul inspirațiilor forțate la tusă se grezează pe porțiunile corzilor vocale, ce au epiteliul lezat. Și aici ca la toate formele se presupune o rezistență scăzută, produsă de afecțiunea generală. În cazul, când aceste ulcerăriuni se localizează la nivelul apofizelor vocale, ele se vindecă foarte greu. Leziunile ulceroase, descrise, sunt aproape totdeauna simetrice. Aceasta simetrie s'ar explica, după unii, prin contactul corzii lezate, cu regiunea, corespunzătoare a celeilalte corzi vocale, iritându-o. Ar fi deci o autoinoculare.

Leziunile se observă în diferite faze evolutive Tulburările funcționale ale acestei forme vor deprinde în primul rând de asinergia musculară și abia în al doilea rând de intensitatea leziunilor mucoasei laringeene. (Legea lui Stokes.)

După părerea mai multor autori, tulburările funcționale ale acestei forme nu au nimic caracteristic, așa că nu voi insista asupra lor.

V. Forma infiltro-edematoasă: Aceasta formă e precedată întotdeauna de fenomene generale. Semnele subiective sunt urmă-

oarele: senzație de jenă și pișcătură în laringe și mai ales o disfagie dureroasă. Durerile se accentuează în decursul deglutiției sau când apăsăm asupra laringelui, dându-i mișcări de lateralitate. În timpul trecerei bolului alimentar în esofag, bolnavul are senzația de asfixie. Durerile iriază uneori spre urechi. Caracteristica lor este, că ziua nu sunt așa de intense, putând chiar lipsi și încep să se accentueze odată cu apusul soarelui, atingându-și maximul dela 12—1 noaptea. Odată cu accentuarea durerilor, încep să apară o serie de simptome foarte penibile: bolnavul are o senzație de genă respiratorie, sau chiar o veritabilă senzație de strangulare. El își simte gâtul uscat și nu poate înghiți. Se mai instalează apoi un fel de frică respiratorie, un veritabil tenesme laringean, care îi produce bolnavului o senzație de asfixie. Cam dela ora 3 a. m. aceste fenomene se atenuază și dispar complect dimineața.

După Moure, tulburările disfagice și dureroase sunt caracteristice formei infiltrato-edematoase. Deoarece durerile se accentuează în decursul vorbirii, bolnavii se abțin de a vorbi cu o voce mai ridicată. Vocea e aspră și înăbușită ca în laringita difterică.

Din punctul de vedere obiectiv, observăm un edem infiltrativ al mucoasei aritenoidiene. Mucoasa se prezintă roșie, tumefiată și proemină spre esofag. Astfel se explică tulburările disfagice, de cari se plâng bolnavii. Corzile vocale pot fi roșii și uneori destrămate. Procesul nu se localizează numai pe regiunea amintită, ci poate să treacă asupra plicelor ariepigloteice, dându-le un aspect piriform. Părțile de unire ale acestor plice cu epiglota, de obicei, rămân îndemne. Edemul se poate întinde uneori până la cartilagiul lui Wriesberg. Epiglota de obicei rămâne liberă.

VI. Forma necrozantă. Profesorul Versé, în anul 1920, a atras atențiunea asupra unei forme noi de laringită gripală, observată de el, în decursul epidemiilor anterioare, numind-o laringită necrozantă.

Tablouri clinice similare, au fost descrise încă de multă vreme de Senator și Herzog sub numirea de „faringită, respective laringită flegmonoasă” și de Kuttner sub numirea de „laringofaringită submucoasă”. Herzog distinge o formă mai ușoară circumscrisă cu o evoluție benignă și o formă gravă, difuză. Segura a observat o frecvență mare a acestor forme flegmonoase, ducând în toate cazurile sale la formare de abcese, cari necesitau tra-cheotomia.

După Versé, aceasta formă se caracterizează printr'o evoluție foarte rapidă, având aproape totdeauna un sfârșit letal.

Indivizii se îmbolnăvesc cu simptome tipice de gripă. După 3—4 zile apar fenomene grave din partea organelor gâtului. Bolnavul are o dispnee pronunțată, care crește tot mai mult, silindu-l să caute ajutor medical. Din cauza fenomenelor de asfixie, cari se ivesc în curând, se impune tracheotomia, care însă în foarte puține cazuri poate salva viața bolnavului, deoarece ei sucombă de slăbirea cordului. De multeori bolnavii vin la clinică cu diagnosticul fals de difterie.

Versé citează cazuri, a căror afecțiune a debutat în modu următor: la început frisoane, dureri în extremități, în spate, răgușeală și cam 24 ore înainte de moarte jenă respiratorie. Aceste cazuri au avut o evoluție foarte rapidă, ducând la moarte în decurs de 2—3 zile.

Din punct de vedere anatomo-patologic s'a găsit: amigdalele prezentau o culoare negricioasă și nu mic depozit fibrinos, ușor detașabil. Aspectul acesta ducea în eroare pe medicii practicieni, cari puneau diagnosticul fals de difterie.

Jurul amigdalelor era puternic tumefiat. Edemul se întindea până la sinusul piriform, trecea apoi peste plica ariepiglotică și sinusul lui Morgagni.

În alte cazuri, într'un stadiu mai avansat, și în care edemul și-a ajuns apogeul, Versé a observat niște decolorări gălbui-brune, cari se întindeau până în laringe. Autorul mai citează cazuri, în cari există o necroză întinsă a mucoasei laringelui și a faringelui. Jurul acestei necrose prezenta roșeață intensă. Aici edemul înconjură epiglota că un burelet, strâmtând astfel mult intrarea în laringe. La examenul microscopic a cazurilor amintite, s'a constatat o învadare a țesuturilor cu o cantitate foarte mare de streptococi. La suprafața tonsilelor s'au mai găsit stafilococi și pneumococi. Nu s'au găsit bacili difterici nici spirili nici bacili fuzi formi.

VII. Forma interstițială sau pericondrică. A fost descrisă de Hirsch și poate surveni în decursul sau după gripă. De obicei bolnavii au temperatură înaltă, până la 40°. Procesul pericondritic poate interesa nu singur cartilagiul sau mai multe. Pericondrita poate duce la o stenoză relativă a lumenului laringean, produ-

când o dispnee destul de pronunțată și necesitând un tratament cronic cu dilatări.

Pe baza fenomenelor inflamatorii interstițiale, se pot produce uneori abscese intra-laringeale și necroze cartilaginoase.

VIII. Forma miopatică și spasmodică. Sau descris de diferiți autori (Moure, Kronenberg, Hirsch și alții) în decursul gripei, sau atunci, când bolnavul era pe cale de vindecare cu simptomele generale deja atenuate, o serie de fenomene uneori dureroase alte ori spasmodice, localizate la nivelul laringelui. Aceste forme survin rar. Tipul spasmodic are următoarele simptome: există o tuse spasmodică, sufocantă, pe care nu ne o putem explica prin metodele noastre exploratoare, în ce privește pulmonii. Bolnavii au senzație de gâdălitură la nivelul laringelui. Gâdălitura acesta îi produce bolnavului necesitatea de a tuși. Tusea e seacă cu caracter spasmodic devenind tot mai chinătoare și ajungând până la un adevărat tenesme laringean. Bolnavul reușește uneori să elimine o cantitate mică de secrețiune vâscoasă.

Fenomenele amintite, survin uneori în crize, de mai multe ori la zi, alteori însă sunt continue, devenind penibile pentru bolnav și împiedecându-l să doarmă. Tabloul descris, reamintește întru câtva, fenomenele identice, observate în cazuri de iritație a nervului recurent. De aceea Moure, cautând să explice patogenia acestei forme, se întreabă, dacă n'ar interveni aici o iritație a recurentului, provenită dela o tumefiere ganglionilor tracheo-bronhici, sau poate ar fi vorba despre o nevrită iritativă a laringelui superior. Din punct de vedere obiectiv, în aceste cazuri, se observă de multeori numai o foarte ușoară înroșire a mucoasei laringeale, care poate fi totuși de bine consecința, cât și cauza tusei spasmodice. Vocea nu prezintă nici o alterare. Tot așa nu există nici tulburări de deglutiție. Diagnosticul și în aceasta formă se variază pe epidemia ambiată de gripă, starea generală a bolnavului și evoluția boalei.

În afară de tipul spasmodic, Kronenberg mai descrie unele forme dureroase, observate la indivizii, cari au suferit de gripă. Aceste forme sunt caracterizate prin fenomenele dureroase, cari se ivesc la nivelul laringelui atunci, când fenomenele generale sunt moderate sau chiar după dispariția lor.

Bolnavii se plâng de dureri violente de deglutiție, cari sunt mai accentuate, la înghițirea salivei și apăsarea asupra laringelui,

decât la fonațiune și înghițirea de mâncări solide. Durerile sunt foarte rebele și iradiază uneori spre urechi.

La examenul obiectiv nu se constată nimic la nivelul tonsilelor și a faringelui.

Laringoscopic se observă într'un număr considerabil de cazuri un tablou caracteristic. O înroșire și o tumefiere mai mult sau mai puțin pronunțată la nivelul intrării în laringe. Alteori aceasta înroșire era foarte pronunțată ajungând până la un ușor edem. În numeroase cazuri examenul laringoscopic era negativ, ne putându-se pune în evidență nici o modificare, nici chiar cu ajutorul hipofaringoscopiei.

Formele aceste sunt cele mai rebele, durează săptămâni întregi cu o intensitate variabilă, localizându-se când la partea dreaptă, când la cea stângă a laringelui. Kronenberg atribuie aceste tulburări mialgiilor musculaturei laringeene sau mialgiilor profunde ale faringelui. Foarte adeseori se întâlnesc mialgii, atât înainte cât și după gripă, putându-le întâlni în toate regiunile corpului.

Diagnosticul diferențial al laringitei gripale

1. Laringita gripală în faza ei incipientă, trebuie diferențiată de laringele congestionat al femeilor, în timpul menstruațiunii.

2. Forma catarală a laringitei gripale se deosebește de un catar acut al laringelui, prin simptomele generale, caracteristice infecției gripale.

În ambele cazuri avem însă simptome laringeale identice.

3. Forma ulceroasă, combinată cu cea infiltro-edematoasă e foarte greu de diferențiat, de laringita bacilară. În aceste cazuri trebuie să luăm foarte precis anamneza bolnavului, insistând mai ales asupra modului de apariție a boalei, asupra evoluției ei și asupra stării generale a bolnavului. Trebuie să avem în vedere și epidemia de gripă existentă. Este foarte important a examina bolnavul și din punct de vedere pulmonar. În cazuri dubioase diagnosticul se confirmă prin evoluția leziunilor laringeene.

4. Forma în filtro-edematoasă se poate ușor confunda cu tuberculoza laringeană sau cu o artrită cricoaritenoidiană de natură reumatismală.

Față de aceasta din urmă e foarte greu de diferențiat prin faptul, că în ambele cazuri există uneori o imobilizare a aritenozilor pe linia mediană sau o mobilitate scăzută. Pentru a face deci un diagnostic diferențial precis între aceste 2 afecțiuni, va trebui să ținem cont de starea generală a bolnavului și de eventualele leziuni, localizate pe diferite părți ale organismului. Constatarea unei bronchite în soțind manifestățiunile laringeene, e un indiciu prețios pentru originea ei gripală. Găsind o artrita reumatismală ne vom gândi mai mult la aceasta etiologie.

În laringita gripală edemul e localizat mai ales în spre partea posterioară, la gura esofagului. Pentru forma gripală pledează și durerile nocturne caracteristice, descrise în capitolul simptomatologiei.

Laringita tuberculoasă se diferențiază foarte ușor de aceasta formă, dacă luăm în considerare cele amintite la diferențiere de forma ulceroasă combinată cu infiltro-edematoasă.

5. Forma pseudo-membranoasă se diferențiază foarte greu de crupul difteric. Acest diagnostic diferențial e totuși foarte important mai ales în serviciul spitalicesc, unde printr'un diagnostic greșit, poate fi infectat un dispensar difteric cu gripă și invers. Cu toată asemănarea clinică între forma pseudo-membranoasă a laringitei gripale și crupul difteric, există totuși unele semne distinctive. Proveniența bolnavului dintr'o regiune gripată pledează pentru gripă. În laringita gripală, forma pseudo-membranoasă, este o dispnee caracteristică. Există momente în cari bolnavul respiră bine, în altele însă are o dispnee foarte accentuată.

În laringita gripală există o tusa cavernoasă, lătrătoare, cu un ton țipător dar și de lungă durată. La difterie tusa este goală, mai slabă și are un sunet înăbușit.

În gripă, la ascultația laringelui, avem un zgomot uscat, pe când în difterie e un zgomot mai mult umed și sforăitor, produs de falsele membrane. La examenul faringelui găsim în gripă secreție multă, în difterie nu. Este important pentru stabilirea diagnosticului diferențial și luarea temperaturii în cazurile de laringită stenozantă. O urcare moderată sau deloc pledează pentru difterie. Febra mare pledează pentru gripă.

Diferențierea precisă e foarte importantă de făcut mai ales la copii, cari prezintă deseori aceasta formă a laringitei gripale.

Complicațiunile laringitei gripale

Când infecțiunea gripală se grefează pe un individ bacilar, cu leziuni laringeene de aceeaș natură se poate desvolta o laringită gripală forma infiltro-edematoasă cu o evoluție specială. In acest caz observăm nu edem acut al pliurilor ariteno-epiglactice, cu un mers atât de rapid încât bolnavul se asfixiază foarte curând, dacă nu i-se face tracheotomia. S'au citat cazuri în literatură, unde laringita gripală a fost complicată printr'o difterie, diagnosticată de multe ori abia post mortem. Asupra acestei complicațiuni foarte greu diagnosticabile, ne atrag atențiunea mai multi autori. Complicația aceasta e foarte gravă, tinând cont de mortalitatea excesivă.

Bolnavii au fenomene de cianoză și dispnee, murind în asfixie, sau în urma unei debilități cardiace. Autorii, cari descriu aceasta complicație a laringitei gripale cu difteria, ne atrag atențiunea că uneori e foarta greu de stabilit diagnosticul de difterie în viață, mai ales dacă procesul difteric e localizat în părțile inferioare ale tracheei.

Laringita gripală se poate complica cu o infecțiune streptococică formând uneori flegmoane, alteori abcese, a căror prognostic e grav. Ele deschizându-se, puroiul intră în căile respiratorii mai profunde, producând o pneumonie, de cele mai multeori, fatală.

La indivizi tineri, tusa frecventă, survenită în urma formelor mai grave de laringită gripală, dă adeseori emfizem. Acest lucru se observă mai ales la indivizii, cari au o predispoziție hereditară pentru emfizem.

Prognosticul laringitei gripale

Prognosticul este în funcție de starea generală a individului, de natura infecției și de faptul, dacă infecția gripală s'a grefat pe un laringe sănătos sau pe un laringe, care prezenta leziuni anterioare de altă natură (tbc. sifilis), fiind astfel un „locus minoris resistentiae“.

El mai depinde și de forma clinică, ce o îmbracă laringita gripală, și de complicațiile, ce i-se atașează în decursul evoluției ei.

Un diagnostic la timp și instituirea imediată a tratamentului cuvenit, are influență determinantă asupra evoluției ulterioare a boalei.

Forma catarală, cât și cea congestivă tratată dela început, se vindecă în 5—8 zile, fără a lăsa tulburări funcționale mai însemnate. În forma ulceroasă, unde există leziuni ale corzilor vocale, prognosticul este rezervat, pentru că se observă adeseori, lungă vreme persistența alterațiunii în ce privește timbrul vocii. Acest fapt are mare importanță pentru acei, acăror profesiune necesită un organ de fonațiune, mai mult sau mai puțin, impecabil (oratori, artiști dramatici, linici etc.).

La copii forma pseudo-membranoasă poate duce la fenomene grave de asfixie, observându-se în urma lor o serie de cazuri mortale.

Cazuri observate personal

În decursul epidemilor de gripă din anii 1925, 26, 27, am avut ocazia se observ un număr de 25 cazuri de laringită gripală. Cazurile observate se caracterizau printr'o evoluție benignă și aparițiunea în deosebi formelor catarale. Nu am putut să observ decât două cazuri, cari aparțineau formei infiltro-edematoase și câte un caz de laringită congestivă și spasmodică, prezentând toate o evoluție destul de benignă.

Observația cazurilor s'a făcut cu anevoie. Clinica Oto-rinolaringologică, nedisponând de un serviciu de ospitalizare, nu am avut posibilitatea să urmăresc zi de zi evoluția boalei. Pe de altă parte, cei mai mulți bolnavi, ne având decât tulburări ușoare, s'au prezentat doar o singură dată la consultațiile clinice, și după prescrierea tratamentului, nu au mai venit să ne informeze despre efectul obținut. După toate probabilitățile, ei s'au vindecat în decurs de câteva zile și și-au văzut de ocupațiile lor. Mi-am dat silință să trec peste toate aceste greutăți și să fac observații cât mai complete. Nu mi-a reușit totuși să înlătur inevitabilele lacune ce s'au strecurat.

Dau aci mai jos descrierea a 6 din cazurile, pe cari le-am observat personal și la cari am putut urmări până la vindecarea definitivă evoluția și mersul boalei.

I. caz. Bolnavul B. T., în etate de 22 ani, student în medicină, se prezintă la clinică în ziua de 21 Februarie 1926.

Antecedente hered. colat.: nimic import.

Antecedente personale: A suferit de gripă în 1918.

Istoricul boalei: Boala actuală datează de 3 zile. Intr'o dimineață, fără să fi prezentat în ziua anterioară nici un simptom, la trezire observă că este răgușit, simte gâdălituri la nivelul laringelut și o necesitate imperioasă de a tuși.

Semne subiective: Acuză dureri de cap localizate în regiunea frontală. Se plânge că îi lăcrămează ochii. Simte o senzație de presiune la nivelul regiunii cartilagiului tiroid și în regiunea sternală. Apetitul este păstrat.

Semne obiective: nu prezintă nimic patologic din partea aparatului respirator, circulator, digestiv și renal.

Examen local: Mucoasa vălului palatin și mucoasa faringelui ușor hiperemiată. La laringoscopie observăm o hiperemie a epiglotei destul de exprimată. Plicele ariteno-epigloteice și regiunea interaritenoidiană puțin tumefiate, corzile vocale și jurul de culoare roșie-roză. Tem. 37. °C. Puls. 80. Se pune diagn. de „faringo-laringită catarală acută de origine gripală, pe baza simptomelor descrise mai sus și pe baza coexistenței în mediul ambiant a unei epidemii de gripă.

Tratament. I-se recomandă repaos la cameră, liniște și abținere de a vorbi. I-se prescrie: *Rp* Alcool 65%.

Aqua lauro cerasi

aa 250 gr.

MDS 1 linguriță la o jumătate litru de apă pentru inhalațiuni.

Intern se administrează: *Rp* Chinină hidroclorică urotropină
aa 0,30 gr.

Pyramidon

0,20 gr.

M. f. pulv. D. Tal. Dos. No X.
s. la zi de 3x1 praf.

Peste 5 zile se prezintă din nou la Clinică Senzația de gâdălitură ce o simția în gât a dispărut a II. zi. Fenomenele subiective și obiective în decurs de 6 zile au dispărut.

II. Bolnavul C. I. în etate de 20 ani se prezintă la consultațiile clinice în 22. II. 1926.

Antecedente heredo-colat: Mama decedată, în urma epidemiei de gripă din 1919. Tatăl mort în războiu.

Antecedente personale: În copilărie a suferit de rușeolă. Neagă alte boli infecto-contagioase și venerice.

Istoricul boalei actuale: In 17. II. a observat că începe să-
curgă din nas o secrețiune apoasă la început, transformându-se a
doua zi în muco-purulentă. Avea dureri de cap mai accentuate în
regiunea frontală, înapetență, slăbiciune generală, reținându-l dela
orice activitate. In dimineața zilei de 20 II. fără nici un simptom
laringeal prodromal, trezindu-se din somn, prezintă o răgușeală,
impiedecându-l aproape complet, de a vorbi.

Cu aceste antecedente se prezintă la consultațiile Clinicei
în 22. II.

Simpt. subiective: prezintă vocea aspră răgușită, are ușoară
jenă în înghițire, dureri de cap înapetență, slăbiciune generală.

Simpt. obiective: la rinoscopie: mucoasa nasală este turges-
centă, foasele nasale pline cu o secreție galbenă verzue. Faringele
este hiperemiat, puțin tumefiat, prezentându-se pe părțile său
posterior mucosități de culoare galben-surie. Laringoscopic: Epig-
ota roșie-tumefiată, corzile vocale hiperemiate, mișcările lor se
fac mai încet.

Temperatura 38° C. Puls 88.

Dg.: Laringita gripală forma catarală, rino-faringită.

Tratament: I-sau prescrie picături pentru nas, gargarisme cu:

Rp.

Hidrogenum peroxidatum 10 vol.

Sol borat de sodiu 10⁰/₀₀

aa 50,0 gr.

Ds 1 linguriță la 1 pahar

cu apă pentru gargară.

inhalatii cu:

Rp. Balsam peruvian

Balsam de Terebentină

aa 5,0 gr.

Tinct de Benzoe

grta 150,0

MDS 1 linguriță la 1/2 litru apă

ferbinte pentru inhalatii.

Interu: Rp. Fenacetină

Anti pirină

Piramidon

aa 0,25

M. f. pulv DT al Dos No. X. s.

de 3 ori 1 praf. la zi.

A treia zi, prezentându-se din nou la Clinică, fenomenele
subiective, cât și cele obiective mult atenuate. Bolnavul se vindecă
în 7 zile.

Cazul III. Bolnavul F. A., student în medicină, în etate de 25 ani.

Antecedente heredo-colat.: nimic important, la fel și cele personale.

Istoricul boalei: Boala actuală datează de 4 zile, a început brusc cu răgușeală și o senzație de pișcătură la nivelul laringelui. Cu aceste simptome se prezintă la Clinică în ziua de 17 luna Martie anul 1926.

Subiectiv: în afară de răgușeală, senzație de pișcătură la nivelul laringelui, mai prezintă și o ușoară jenă respiratorie.

Obiectiv: Din partea cavităților nasale nimic deosebit, amigdalele ușor mărite de volum, vălul palatin și stâlpii prezintă o hiperemie pronunțată.

Laringoscopic: O hiperemie și congestie a epiglotei, și a corzilor vocale, întinzându-se și pe mucoasa din jur.

Dg.: Laringită gripală catarală.

La 3 zile după instituirea tratamentului, care a fost recomandat cazului I, toate fenomenele amintite mai sus aproape complet regresate. Bolnavul se vindecă în 5 zile.

Gazul IV. Bolnavul V. V. în etate de 23 ani, doctorand în medicină. Se prezintă la Clinică în ziua de 8 luna Martie 1927.

Antecedente heredo-colaterale și personale: Nimic important.

Istoricul boalei: Boala actuală datează de 2 zile, când fără să prezinte vr'un semn prodromal în ziua premergătoare, dimineața la trezire constată o răgușeală, simte o jenă în gât, o iritație tusigenă și o sensibilitate foarte pronunțată în decursul tusei.

Semne subiective: În afară de semnele amintite mai sus, prezintă și o senzație de arsură la nivelul laringelui. Dureri foarte pronunțate peri-orbitare, dându-i senzație de tensiune în ambii globi oculari, dureri vagi în articulații și la nivelul regiunii lombare. Simte o oboseală generală, slăbiciune. Apetitul păstrat.

Semne obiective: Nimic deosebit din partea cavității nasale și cavității bucale. Faringele foarte puțin hiperemiat.

Laringoscopie: Epiglota roșie edemațiată, corzile vocale ariteinoidele și mucoasa endo-laringeană hiperemiate. Temp. 38° C. Puls. 82.

Diagn.: Laringită gripală forma catarală.

În decurs de 6 zile toate fenomenele au dispărut complet în urma tratamentului obișnuit.

Cazul V. R. G. doctor în medicină, în etate de 29 ani.

Antecedente heredo-colaterale și personale nu prezintă nimic deosebit.

Istoricul boalei actuale: În dimineața de 28 Ian. 1927 se trezește cu jenă la nivelul faringelui și cu o ușoară tuse, nefiind acompaniată nici de răgușeală și nici de fenomene pulmonare. S'a tratat singur cu aspirină și ceaiuri calde. La șase zile fenomenele descrise mai sus, fiind aproape complet dispărute, se duce la un bal. Dimineața, în drum spre casă, observă, că este răgușit. În noaptea balului nu a cântat și nici nu a vorbit mult. A fumat mult.

Semne subiective: Jenă în deglutiție, gâdălitură la nivelul faringelui și o tuse ușoară.

Local se observă o hiperemie a faringelui, a stâlpilor palatini și o ușoară hipertrofie și hiperemie a amigdalelor.

La laringoscopia: O ușoară hiperemie și congestie a epiglotei, a corzilor vocale și a mucoasei din jur.

Dg.: faringită și laringită gripală forma catarală.

În urma tratamentului obișnuit, în 5 zile, răgușeala dispare complet, atenuându-se și celelalte fenomene însoțitoare.

Cazul VI. Bolnava E. G. în etate de 24 ani, se prezintă la consultațiile clinice, pentru răgușeală, tuse, gâdălituri foarte accentuate la nivelul laringelui, survenindu-i din senin, accese de sufocație.

Antecedente hereditare și personale nimic important. Istoricul boalei actuale: De 3 zile prezintă un spasm laringian foarte pronunțat, tuse extenuantă, fără temp. expectorație mică.

Examen local: Cavitatea bucală și faringele nimic deosebit.

Laringoscopic: O congestie foarte intensă la nivelul corzilor vocale, descinzând și pe mucoasa tracheală. Mucoasa laringelui prezintă mici puncte negricioase, diseminate în mod izolat, iar la nivelul corzii vocale false din stânga se observă o mică suprafață cu aspect necrotic. Peste tot se constată o hiperemie foarte accentuată cu aspect de postav roșu, a întregului laringe, a vestibulului și a tracheei.

Dg.: Laringită gripală formă congestivă.

Tratament: inhalații cu eter și comprese calde până la calmarea fenomenelor spasmodice. După 4—5 zile, dispar fenomenele spasmodice și apoi se trece la trat. obișnuit al laringitelor catarele. În 12 zile s'a vindecat complet.

Tratamentul laringitei gripale

Deoarece subiectul tezei mele este de a studia mai ales manifestățiunile laringeale ale gripei, nu mă voi extinde asupra tratamentului general al gripei, aceasta căzând în competența internistului, ci voi insista mai mult asupra tratamentului local.

Tratamentul local al laringitei gripale diferă după formele clinice.

I. Forma catarală: Înainte de toate vom recomanda bolnavului repaos la cameră și regim lactat-hidric-vegetarian. În ce privește tratamentul general m'am condus de principiile Clinicii Medicale din Cluj.

Am administrat: *Rp* Pyramidon
0,20
Chinină hidroclorică
urotropină
aa 0,30

M f. pulvis D. tal Dos No. XII.
s. de 3 ori 1 praf la zi.

În ce privește tratamentul local, am obținut rezultate excelente cu tratamentul indicat de Dl. Profesor Dr. Predescu-Rion. Am administrat: Aqua laurocerasi, cu alcool 65% aa. Din aceasta 1 linguriță la $\frac{1}{2}$ litru apă clocodindă pentru inhalatii. Bolnavilor li s'a recomandat ca înhalările se le facă cu ajutorul unei pâlnii, ținând gura la o distanță de 10—15 cm, departe de capătul ei. Pentru a se obișnui, bolnavul va înhala prin nas timp de 1 minut. După aceasta va face înhalări prin gură timp de 6—8 minute.

S'au descris o serie de tratamente, preconizate de diferiți autori dintre cari le voi cita pe cele, recomandate de Moure dela Bordeaux.

Bolnavii fac zilnic de 2—3 ori înhalățiuni calde cu produsele aromatice. De ex: 5—10 pic: de Gomenol, esență de pin sau alt produs aromatic într'un $\frac{1}{2}$ litru de apă caldă. Personal am experimentat următoarea formulă a lui Moure: Balsam de peru, Balsam de terebentină aa 5,0 gr., Tinct de Benzoe 150,0 gr. Din aceasta 1 linguriță la $\frac{1}{2}$ litru apă caldă, dovedindu-se eficace în majoritatea cazurilor.

Trebue să atragem atențiunea bolnavului, ca apă să nu fie prea ferbinte, căci produce iritații.

Inhalățiuniile mai calde nu prezintă nici un pericol când fen-

menele inflamatorii s'au atenuat. De aci inainte putem continua tratamentul cu :

Rp. Gomenol

Esență de pin silvestru
aa XX picături

Balsam de peru
5,0 gr.

Tinct de Benzoe

Tinct de Eucaliptus
aa 30,0 gr.

MDs. 20—25 pic. la $\frac{1}{2}$
litru apă ferbinte pentru
inhalajuni, de 2—3 ori
pe zi.

Sau cu :

Rp. Mentol

2,0 gr.

Tinct de Eucaliptus

150,0 gr.

MDs. 25—30 pic. la

$\frac{1}{2}$ litru apă caldă pt.

inhalajuni de 2—3 ori
pe zi.

Aceste inhalări se vor face timp de 5 minute maximum. Pe lângă acest tratament local instituiam un tratament adjuvant general. Moure recomandă chinină în doze mici și ceaiuri calde, alții : Phenacetină, antipirină, piramidon etc.

II. Laringita congestivă : Inhalajii cu eter și comprese calde până la calmarea fenomenelor spasmodice. După calmarea fenomenelor spasmodice se trece la tratamentul obicinuît al laringitelor catarale.

III. Forma pseudo-membranoasă. După cum am amintit la capitolul diagnosticului diferențial este foarte greu să diferențiem această formă de crupul difteric. Pentru a nu ne expune la erori în cazurile dubioase administrăm ser anti-difteric, evoluția ulterioară a boalei, clarificându-ne diagnosticul. Când bolnavul prezintă fenomene de asfixie, este indicată tracheo-tomia sau tubajul laringelui. În cazurile mai ușoare instituiam tratamentul, amintit la forma catarală, linia de conduită, fixând-o după fiecare caz în parte.

IV. Forma infiltrato-edematoasă. Recomandăm repaos la cameră. Ca tratament local : pulverizațiuni, făcute după formula, recomandată de Moure dela Bordeaux.

Rp. Clorhidrat de cocaină
 25 centigrame
 Sol. de Adrenalină 1%
 5,0 gr.
 Antipirină
 Bromur de potasiu
 aa 6,0 gr.
 Tinct de eucalipt
 20,0 gr.
 Glicerină 30,0 „
 Apă destilată 450,0 „
 MDs. pentru pulverizațiuni dimineața
 și seara.

Aceste pulverizațiuni se fac, ținând bolnavul la o oarecare distanță de pulverizator, evitând astfel aburii prea ferbinți cari produc efecte nocive.

In contra tenesmului, asupra căruia am insistat la descrierea acestei forme, se va da chinină cu aspirină sau combinația chininei cu antipirină în părți egale. Moure recomandă următoarea formulă: Extract de Belladona, 1,0 ctgr., Valerianat sau bromhidrat de Chinină, aspirină sau pyramidonaa 25 ctgr. Din aceasta bolnavul va lua seara un praf.

In decursul crizei spasmodice, cei mai multi autori recomandă comprese calde în jurul gâtului, aplicate timp de câteva minute.

Termotherapya dă rezultate satisfăcătoare. Se pot recomanda și ceaiuri calde.

Compresele calde pot fi înlocuite cu gheață.

In cazuri desperate putem recomanda lipitori pe fața anterioară a gâtului. Când toate procedeele amintite nu ameliorează jena respiratorie, recurgem la tracheotomie.

V. Forma ulcerosă: Din cauza tulburărilor fonetice, ce le întâlnim la aceasta formă, recomandăm bolnavului, să nu vorbească decât în șoapte. In formele ulcerosae, ce au o tendință spre cronicitate, șederea în cameră nu e absolut indispensabilă.

Ca medicațiune prescriem și aci pulverizațiuni, cu următoarea formulă:

Rp. Acid fenic cristalizat
 0,60 gr.
 Borat de sodiu
 8,0 gr.
 Rezorcina
 4,0 gr.
 Glicerină neutră
 40,0 gr.
 Alcool mentolat
 10,0 gr.
 Apă destilată 450,0 gr.

Pulverizațiile se fac dimineața și seara, timp de 5 minute. Când leziunea nu se ameliorează în urma acestui tratament, vom badijona mucoasa larigeeană cu o soluție iodo-iodurată sau cu Nitrat de Ag. 1 : 50 sau 1 : 30. Inafară de aceasta putem face badijonări și cu clorură de zinc în următoarea soluție.

Rp Clorură de zinc
 1,0
 Acid clorhidric
 1/2 picătură
 Glicerină neutră
 10,0 gr.
 Clorhidrat de cocaină
 25,0 ctgr.
 Apă sterilizată
 20,0 gr.
 MDs soluție.

Când badijonările au rămas fără rezultat, prescriem o cură termală sulfuroasă sau arsenicală, conducându-ne după aspectul fiecărui caz în parte.

VI. Forma necrozantă. Kuttner, observând o slăbire a cordului la bolnavii ce prezintă aceasta formă, recomandă cardiotonice, iar în cazurile complicate cu flegmon, ser antistreptococic. Gargarismele, inhalatiunile și compresele de gheață nu au dat rezltatele așteptate. Intr'un număr redus de cazuri este necesară tracheotomia, și mai ales atunci când procesul flegmonos este însoțit de edeme.

În privința eficacității serului antistreptococic, părerile autorilor sunt împărțite. După unii administrarea serului nu aduce ameliorări.

Kuttner are totuși un caz când a obținut vindecare completă. Edmund Meyer este foarte sceptic, în ce privește rezultatele terapeutice, ce se obțin în aceasta formă.

Killian comunică un caz, la care a obținut vindecare cu băă de aer supraîncălzit (până la 100°), acest rezultat, datorindu-se hiperemiei active ce se produce.

În formele necrozante fără flegmon, pe lângă tratamentul general, se vor prescrie gargarisme cu substanțe desinfectante, comprese cu gheață, iar serul antistreptococic se administrează în scop preventiv.

VII. Forma interstițială sau pericondrică. Pe lângă tratamentul general, la tratamentul local avem în vedere simptomele, pe cari le prezintă bolnavul. Stettner, în cazurile stenozante, recomandă vaporizări cu adrenalină. Abcesele se deschid prin incizie, pe gât se aplică comprese cu gheață, în gură pilule de gheață. Hirsch recomandă aer supraîncălzit, care ar reduce pericondrita.

VIII. Forma miopatică și spasmodică. Domnul Profesor Predescu-Rion, recomandă în formele spasmodice, înhalazioni cu eter, cari se fac zilnic până la dispariția fenomenelor spasmodice, fiind apoi continuat până la completă vindecare cu tratamentul, indicat la formele catarale.

În cazurile spasmodice se prescriu fumigațiuni cu substanțe aromatice sau preparate balsamice. Acestea se întrebunțează în doze foarte mici. Fumigațiunile se fac dimineața și seara sau chiar de trei ori zilnic. În cazul când mucoasa pituitară este tumefiată, aplicăm local următoarea alifie de 3 ori zilnic.

Rp. Clorhidrat de cocaină
0,25 gr.
Balsam de peru
0,05 gr.
Benzoat de Sodiu
1,0 gr.
Vas. sterilă 15,0 gr.
M. Ds. Alifie

Pe lângă tratamentul local pentru calmarea fenomenelor spasmodice, prescriem preparate de Valeriană sau bromură intern.

În cazurile miopaticice: Având în vedere tulburările musculare,

vom prescrie masaj local, electrizări cari pot fi extra sau endo-laringeene, și un tratament antireumatic.

Am dat pe scurt schema tratamentului în diferitele forme de laringită gripală. Desigur că nu ne putem conduce întotdeauna după aceasta. Judecând fiecare caz în parte, ținând seama de complicațiile survenite, vom alege mijloacele terapeutice necesare pentru calmarea fenomenelor și dispariția lor. Nu trebuie să ne scape nici odată din vedere și medicația ce are de scop îmbunătățirea stărei generale, acționând astfel pe toate căile, ca să obținem rezultatele cele mai bune în timpul cel mai scurt posibil.



Concluziuni

1. Laringita gripală poate surveni în mod izolat sau ca o complicație în urma infecției gripale. Frigul umiditatea, rezistența scăzută a organismului și intensitatea infecțiunii, sunt principalele cauze, cari favorizează deslănțuirea ei.

2. Incadrarea simptomelor în cele 8 forme descrise, s'a făcut pentru a facilita tratarea chestiunii. Ea nu este definitiv stabilită, acelaș individ, putând prezenta stări, ce formează o punte de trecere între două forme apropiate.

3. Diagnosticul laringitei gripale se face cu ușurință, mai ales când avem în vedere epidemia de gripă existentă. Laringită pseudo-membranoasă se diferențiază cu anevoe de crupul difteric, deci în aceste cazuri trebuie să fim foarte circumspecți.

4. Laringita gripală, în majoritatea cazurilor, este o afecțiune benignă. Printr'un tratament instituit la începutul boalei, obținem în scurt timp vindecarea bolnavului. În caz de neglijență însă asistăm la complicațiile ce pot fi foarte severe în epidemiile mari de gripă.

5. Formele grave ale laringitei gripale, dintre cari mai ales, cea necrozantă e datorită, infecțiunilor secundare cu predominanța streptococilor greșați pe organul slăbit de acțiunea virusului gripal propriu zis.

6. În ultimii doi ani laringita gripală s'a prezentat sub forme destul de ușoare spre deosebire de formele grave, întâlnite între anii 1918—24.

Văzută și bună de imprimat:

Decanul Facultății:

(ss) Prof. Dr. Titu Vasiliu

Președintele tezei:

(ss) Prof. Dr. Predescu-Rion

Bibliografie

1. Curs de oto-rino-laringologie, predat de Dl Prof. Dr. **Predescu Rion** în anul școlar 1924—24, redactat de Dr. **Botez P.**, și Dr. **Eliescu P.**
2. Dr. **T. Tatușescu**. Tusea. Bibl. Med. R m. No. 2. 1922.
3. **Pierre Lereboullet**. „La Grippe“. Ed. 1926.
4. *Traité Pratique D'oto-rhino-laringologie*. Publicat de **M. Lannois, M. Lermoyer, E. I. Moure, P. Sebilean**. Ediție 1921. Cap. XIII. Pag. 240.
5. **R. Lämpe**. Über die spanische Grippe. Med. Klinik 1918. No. 35.
6. **E. Becher** (Giessen). Med. Klinik 1918. No. 41. Zur Klinik der Influenza von 1918.
7. **E. Steintal**. Beobachtungen an spanischer Grippe. Ref. din „Internationale Zentralblatt für Laryngologie“ 1918. Pag. 282.
8. Dr. **Irsai Artur**. Utmutató a gége és orrtükrözésben. Ed. 1893.
9. Prof. Dr. **Versè**. Über nekrotisierende Pharyngitis und Laryngitis. Laryngologische Gesellschaft zu Berlin, Sitz. am 16 Jan. 1920. Ref. din. Intern. Zentralbl. f. Laryngol. 1920. Pag. 355.
10. **H. Siegmund**. Pathologisch anatomische Befunde bei der Infuenza-epidemie im Sommer 1918. Med. Klinik 1911. No 4.
11. **R. Korbsch**. Zur Bakteriologie der Influenza-epidemie. Med. Klinik No. 3. 1919.
12. **Hirsch**. (Stuttgart) Die Grippeerscheinungen im Gebiete des Ohres und der Oberen Luftwege. Deutsche Med. Wochenschrift. 1919. No. 1. Pag. 15.
13. **Herzog**. (Insbruc) Ohr-Nasen und Halserkrankungen bei Influenza Wiener Med. Wochenschr. No. 21. 1919.
14. **Emil Glas**. Die Kehlkopferkrankungen bei Influenza Wiener Med. Wochenschrift 1919. No. 8.
15. **S. Meyer**. (Düsseldorf) Über stenosierende pseudo-membranöse Entzündung der Luftwege bei epidemischer Grippe. Deutsche Med. Wochenschr. 1919. No. 2.
16. **Jaques** (Nancy). La Grippe de 1918 et les premières voies-aériennes. L'oto-rhino-laringologie internat. Mai 1919.
17. **Brüggeman** (Giessen) Perichondritis des Kehlkopfes nach Grippe. Münchener med. Wochenschrift No. 24 1919.
18. **Deussing**. Influenza bei Difterie und Scharlach. Med. Klinik No. 10. 1919.
19. **Klemperer**. Diphtheritische Entzündungen der Luftwege

hervorgerufen durch Influenza-bacillen, Wiener Klin. Wochenschr. No. 34, 1918.

20. **H. Curschmann.** Über kombinierte Stimmritzen und Schlingkrämpfe nach Grippe. Deutsche med. Wochenschr. No 6, 1921.

21. **Mautner.** Postgrippöser plötzlicher Stimmritzenverschluss. Med. Klinik 1921 No. 49.

22. **Wätjen.** Zur Pathogenese der Stimmbandgeschwüre bei Grippe. Deutsche med. Wochenschr. 1921 Nr. 29.

23. **Otto Kahler.** Rhino-laryngologische Erfahrungen aus der Grippe epidemie. Monatschrift f. Ohren heilkunde 1921. Februar.

24. **Coray.** Über croupartige Affektionen bei Influenza. Koresp. Blatt. f. Schweizer Ärzte No. 15. 1919 Ref. din Zentralblatt f. Laryngologie 1919 Pag. 150.

25. **Hertel.** Akute stenosierende Laryngitis durch Grippe. Korr. Blatt des Ärztlichen Vereines in Thübingen. Ref. din International Zentralbl. f. Laryngologie 1921 Pag. 163.

26. **Stettner.** Zur Kenntnis der Stenoze der oberen Luftwege bei Grippe. Münch. Med. Wochenschr. 1921 No. 8.

27. **Max Meyer.** Über akute nekrotisierende Amygdalitis Pharyngitis und Laryngitis bei Influenza. Archiv f. Laryng. und Rhinologie. Band 34. 1921.

28. **Schwarz R.** Bericht über 1076 Fälle von Grippe in einem Württembergischen Feldlazarett, Württembergische Med. Korr. Blatt 1919 No. 11. Ref. din Internat. Zentralblatt. f. Laryngol. 1919 Pag. 65.

29. **Alfred Eliasov.** Über pseudo-membranöse und nekrotisierende Entzündung der Luftwege bei der epidemischen Grippe und ihr sporadisches Auftreten ausserhalb derselben Frankfurter Zeitschr. f. Patologie. 1921. Band. 26. Ref. din Internat. Zentralblatt f. Laryngol. 1921. Pag. 352.

30. **Prym.** Zur Patologischen Anatomie der Influenza. Deutsch. Med. Wochenschr. 1919. No. 40.

31. **M. Lannois.** Précis des Maladies De L'Oreille du Nez du Pharynx et du Larynx. Ed. 1908.