

Polipii comisurii anterioare
a corzilor vocale
și extracțiunea lor



DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 30 Iunie 1939.

DE

FILIPESCU NICOLĂE

C L U J
INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
Str. Memorandului 22.

PolipiŃ comisurii anterioare a corzilor vocale și extracțiunea lor



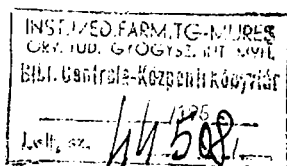
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 30 Iunie ... 1939.

DE

FILIPESCU NICOLAE

24 MAY 2005



CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL“
Str. Memorandului 22.

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I”, DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr. I. DRĂGOIU.

Profesorii:

Clinica stomatologică	Prof.	Dr. Aleman I.
Bacteriologie	”	Baroni V.
Farmacologia și farmacognozia	Supl.	” Baroni V.
Fiziologia umană	Prof	” Benetato Gr.
Fizică medicală	conf.	” Bărbulescu N.
Istoria medicinei	Prof	” Bologa V.
Patologia generală și experimentală	”	” Botetz A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	”	” Buzoianu Gh.
Istologie și embriologie umană	”	” Drăgoiu I.
Semiologia medicală	”	” Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală	”	” Grigoriu Cr.
Clinica medicală	”	” Hațieganu I.
Medicina legală	”	” Kernbach M.
Clinica oftalmologică	”	” Michail D.
Clinica neurologică	”	” Minea I.
Igienă și igienă socială	”	” Moldovan I.
Chimia biologică	”	” Agr. M. Zolog
Radiologie medicală	”	” Mantla I.
Anatomia descriptivă și topografică	”	” Negru D.
Clinica chirurgicală)	”	” Papilian V.
Medicina operatoare)	”	” Pop A.
Clinica infantilă	”	” Popoviciu Gh.
Biologie generală	”	” Racoviță E.
Balneologie	Prof.	” Sturza M.
Chimie	”	” Secăreanu S.
Clinica dermato-venerică	”	” Tătaru C.
Clinica urologică	”	” Țeposu E.
Clinica psihiatrică	”	” Urechia C.
Anatomia patologică	”	” Vasiliu T.

JURIUL DE PROMOTIE

Președinte: Domnul Prof. Dr. Gh. Buzoianu

Membrii:	}	Domnul Prof. Dr. V. Bologa
		” ” ” I. Aleman
		” ” ” D. Negru
		” ” ” T. Vasiliu

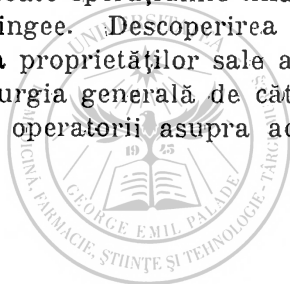
Supleant: Dl Conf. Dr. Tr. Popovici

INTRODUCERE.

Oricât de prețioase ar fi fost datele obținute printr'o minuțioasă anamneză totuși atât timp cât mijloacele de explorare obiective erau rudimentare fatal a fost ca toată medicina să rămână într'o fază staționară. În otorinolaringologie ca în oricare altă specialitate medicală mijloacele de explorare obiective având aceiaș mare importanță voi reda pe scurt istoricul laringoscopiei indirecte, precum și câteva succinte date asupra procedeeleor operatorii mai însemnate ce se executau pe laringe în epoca preanestezică. Intre primii cari s'au folosit de un luminaj artificial cu ajutorul unei oglinzi concave a fost Pierre Borel (1620—168), care folosea însă această metodă numai pentru examinarea faringelui și a foselor nasale fără a o aplica și asupra laringelui. Levret (1743) întrebuintează un instrument, glotiscop, cum îl numea el, format dintr'o placă metalică, care reflectând razele luminoase în direcție voită, recepționa în acelaș timp imaginea leziunii căutată. Bazzini în 1804—1807, folosea un instrument, conductor de lumină, de formă cilindro-conică a cărui extremitate faringiană permitea reflectarea razelor luminoase și vizuale cu ajutorul unei oglinzi, pe care o conținea. Babington, concentra razele solare cu ajutorul unei lentile, pe care o ținea în mână, asupra oglinzii laringee, folosindu-se în acelaș timp de un scoboritor de limbă. Totuși aceste tentative erau sortite să rămână încercări infructuoase din cauza rezultatelor obținute și din lipsa lor de generalizare, până în 1894 când, Gracia, profesor de cânt la Paris, necunoscând nimic din, ceea ce făcuse

predecesorii lui, reuși examinându-și laringele cu ajutorul unei oglinzi de dentist, să descrie toate mișcările glo-
tei, să aducă un însemnat serviciu fiziologiei respirației
și fonației, devenind astfel creatorul laringoscopiei indi-
recte. Czermak în 1858 substituind luminajul solar celui
artificial și servindu-se de o oglindă oftalmoscopică în-
troducea definitiv practica examenului clinic a laringelui.

În urma perfecționării mijloacelor de explorare și
tehnica operatorie în mod firesc a făcut progrese cores-
punzătoare, astfel de unde la început Dessault în 1792
indica laringotomia și bronchotomia pentru polipii larin-
gieni, iar Gerdy 1833 și Ehrmann în 1844 făcea tirotomie
în acelaș scop, după descoperirea lui Czermak, von Bruns
în 1861 ridică sub controlul laringoscopului un polip și
dela această dată toate operațiunile tind la ablație pe cale
naturală endolaringee. Descoperirea cocainei de către
Nierman, studierea proprietăților sale anestezice și întro-
ducerea ei în chirurgia generală de către Reclus asigură
succesul tehnicii operatorii asupra acestei regiuni.



ANATOMIA LARINGELUI.

Organ impar, median, simetric, ocupă partea mijlocie și anterioară a gâtului, imediat înaintea faringelui cu care comunică printr'o largă deschidere, sub trachee și osul hioid și limbă de care este intim legat și pe cari le urmează în toate mișcările (Testut). Laringele pe lângă rolul de porțiune superioară a conductului aerian, este organul principal de fonație, grație corzilor vocale, două lame elastice situate în interiorul și în partea sa mijlocie. Are forma unei piramide trunchiate cu baza în sus prezentând 3 fețe, trei margini, o bază și un vârf. Fața posterioară este formată de cele două cartilagii aritenoide în sus, cari delimitează scobitura interaritenoidiană, de partea posterioară a celor două cricoide în jos și de șanțurile faringo-laringee în părțile ei laterale. Fețele laterale în număr de două sunt formate de cricoid în jos și de aripa tiroidului în sus. Marginile sunt în număr de trei și după orientare se numesc: anterioară, formată de cricoid și unghiul proeminent al cartilagiului tiroid și două margini posterioare ce corespund marginilor posterioare ale cartilagiului tiroid. Baza e situată în spatele și dedesubtul bazei limbii, iar vârful se continuă cu tracheea.

Conformația interioară. Se disting trei zone. 1) Zona glotică, care prezintă o fantă alungită pe linia mediană, glota, delimitate de cele patru corzi vocale. Între corzile vocale ale fiecărei părți se găsește un diverticol, numit ventricol. 2) Zona supraglotică este o cavitate ovală situată deasupra glotei și prezintă patru pereți. 3) Zona

subglotică este reprezentată prin toată cavitatea subglotică.

Constituția laringelui. Organul este constituit dintr'o serie de cartilagii în număr de nouă, cari formează scheletul cartilaginos. Piesele cartilaginoase sunt dispuse în modul următor: două mediane impare, cricoid și șase laterale perechi: trei de fiecare parte, aritenoid, cartilagiul lui Santorini, și Wrisberg. Se mai găsesc o serie de ligamente, mușchi, nervi și o membrană mucoasă. Mușchii sunt intrinseci cu inserție exclusivă laringiană în număr de 11, unul impar ari-aritenoidianul constrictor al glotei și cinci perechi: cricotiroideni, tensori ai corzilor vocale, crico-artenoidieni posteriori, dilatori ai glotei, crico-aritenoidieni laterali constrictori ai glotei, tiro-aritenoidieni, constrictori și tensori ai corzilor vocale, ariteno-epiglottici, scoborători ai epiglotei. Mușchii extrinseci sunt: sterno-tiroidian, tiro-hioidian și stilo-faringian. Mucoasa este subțire roză sau cenușie și se continuă în jos cu cea tracheală, iar în sus cu cea faringiană și a bazei limbii. Vasa și nervi. Arterele laringelui sunt în număr de trei și se numesc: laringee superioară, laringee mijlocie sau inferioară și laringee posteroară. La fiecare arteră corespunde o venă. Limfaticele își iau originea în regiunea supraglotică, subglotică și glotică. Nervii. Laringele este inervat de pneumogastric prin ramurile lui, laringeul superior și laringeul inferior sau recurent: în general cu două feluri de ramuri; motorii date de recurent și sensitive de laringeul superior.

ANATOMIA PATOLOGICĂ.

Definiție. Prin polipi ai corzilor vocale în general se înțeleg tumori benigne, pediculate sau sesile, chistice sau solide, având o structură istologică diferită, variabilă cu țesutul constituent, pe seama căruia se dezvoltă. Lannois, Lermoyez, Sébilleau disting, din punct de vedere anatomo-patologic următoarele categorii de polipi: fibrome, chiste, mixome, lipome, angiome, condrome.

Fibromele sunt de mărime variabilă sesile sau pediculate de culoare gri sau roză, dure sau moi. Fibromele dure sunt slab vascularizate, cele moi din contră foarte bogat. Sunt acoperite cu un epiteliu pavimentos și se localizează de obicei pe corzile vocale inferioare.

Chistele de regulă sunt mici, rotunde și sesile, alungite sau fusiforme, de obicei transparente. Pe suprafața lor prezintă o rețea vasculară. După felul conținutului deosebim trei categorii: chiste transparente cu conținut seros-citrin, chiste roșii cu conținut sanghinolent și chiste albe cu conținut lăptos. Microscopic se vede că învelișul e format din mucoasă obișnuită cu stratul epitelial și corionul hipertrofiat.

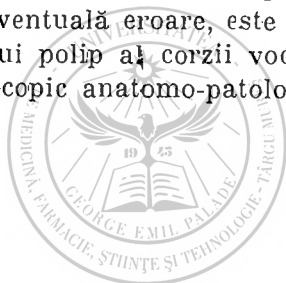
Lipomele: prezența lor este excepțională din cauza lipsei țesutului adipos la acest nivel.

Mixomele rotunde sau neregulate de regulă moi, transparente și gelatinoase.

Angiomele după Lannois, Moure sunt mai mult dilatații vasculare conglomerate, decât formațiuni tumorale, propriu zise. Sunt foarte rare. Apar ca tumori sesile, nepediculate cu bază largă de implantație, de culoare roșie

violacee. Angiomele sunt simultan dilatațiuni vasculare, capilare, mecanice, ducând la formarea de lacune și formațiuni tumorale prin elementul endotelial neoformat. Erechibilitatea și reductibilitatea sunt caractere esențiale ale lor. Condromele se dezvoltă rar pe corzile vocale. Până în 1908 s'au găsit numai 18 cazuri de condrome laringine, dar și atunci cu sediul pe tiroid sau aritenoid, reproducând din punct de vedere anatomopatologic țesutul cartilaginos în diversele sale perioade de dezvoltare: hialin, reticulat, mucos.

Este excepțional ca polipul să aibă o structură malignă. Structura malignă am putea-o întâlni în unele tumorete sesile ale corzilor vocale, formele pediculate, acelea care prezintă un pețiol de inserție, fiind aproape totdeauna benigne. Cu toate acestea pentru a fi puși la adăpost de orice eventuală eroare, este obligator ca după orice ablație a unui polip al corzii vocale să se execute un examen microscopic anatomo-patologic.



ETIOLOGIE ȘI PATOGENIE.

Se întâlnesc mai des la vârsta adultă explicându-se acest fapt prin aceia că până la această vârstă, diferitele cauze fie ele profesionale sau nu, au avut timpul necesar să-și exercite acțiunea lor. Se găsesc mai des la bărbați cari trăiesc într'o atmosferă cu variații mari de temperatură, precum și la cei ce fac abuz de alcool, tutun și în ultima analiză la orice cauză care duce la inflamație cronică, în consecință la formarea de polipi. Alte cauze ar mai fi abuzul de voce la cântăreți, oratori, deasemeni și inhalarea de praf și vapori iritanți la muncitori. Oricare ar fi cauza, patogenia este aceeași. Se produce o hipermie și inflamație acută, care trecând în cronicitate, duce treptat la o hiperplazie celulară, consecutiv la polipi. În continuare se poate sune că toate afecțiunile acute sau cronice ale laringelui ca: gripa repetată, pojar, difterie, scarlatină, tuberculoză, sifilis, diabetul pot duce la polipi. Tot în etiologia polipilor s'a incriminat și o cauză congenitală.

SIMPTOMATOLOGIA.

Înainte încă de apariția tumorii se prezintă primele semne datorită unui proces de ordin congestiv cataral; filamentele mucoase, acoperind corzile vocale, bolnavul face eforturi spre a le îndepărta. Aceste repetate eforturi duc la o răgușală aproape completă. Vocea devine ștearsă și fără timbru. În mare parte simptomatologia e în directă legătură cu dimensiunile polipului, la o creștere exagerată a lui, simptomele subiective luând un caracter mai grav, iar specialistului îi revine sarcina de a face toate investigațiile necesare pentru depistarea lui. Alterarea vocală este mai exagerată la o localizare spre comisura anterioară decât spre cea posterioară. Se mai pot produce tulburări de respirație, mai ales inspirație care dacă la început e accentuată numai în anumite poziții, în cele din urmă devie permanentă, putând duce la accidente serioase. Tusea nu prezintă un simptom caracteristic pentru polipi și când e prezentă se datorește mucozităților adunate. În ceea ce privește examenul obiectiv el a fost descris pentru fiecare varietate de polip din punct de vedere anatomo-patologic la capitolul respectiv, urmând o descriere mai amplă la capitolul diagnosticului.

DIAGNOSTICUL.

Polipii corzilor vocale se pot insera oriunde pe lungimea corzilor. Astfel se pot găsi în treimea mijlocie sau în treimea anterioară a lor. Unii din ei sunt inserați fie în spațiul anterior al glotei, fie pe coarda vocală, chiar în punctul unde aceasta se inseră în unghiul diedru al cartilagiului tiroid. Aceștia din urmă se numesc polipi ai comisurii anterioare a corzilor vocale, ei proeminând în partea anterioară a orificiului glotei. Acești polipi au două caracteristici afară de celelalte semne comune tuturor polipilor corzilor vocale.

Aceste două particularități sunt:

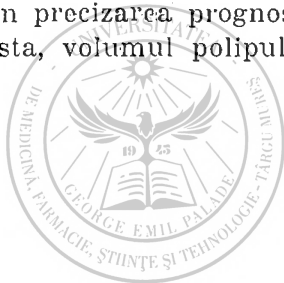
- 1) Diagnosticul lor mai delicat și
- 2) ablația lor mai dificilă.

Diagnosticul acestor polipi ai comisurii anterioare este mai dificil. Într'adevăr ei fiind situați într'o regiune greu accesibilă pentru laringoscopia indirectă și având drept principale simptome răgușala sau disfonia se poate ca de multe ori să rămână neobservați la un examen mai sumar. Comisura anterioară nu-i totdeauna bine expusă. Din cauza epiglotei, care la unele persoane chiar în mod normal este ușor procidentă, (ea cade în parte pe comisura anterioară a glotei) acoperind vizibilitatea pentru porțiunea de inserție anterioară a corzilor. Un examen-grăbit poate trece cu vederea prezența acestor polipi situați în regiunea glotică anterioară cu atât mai mult, cu cât producțiunile tumorale polipoide situate la acest nivel sunt adesea mici. Dealtfel una din regulile unei bune laringoscopii este următoarea: să nu se considere examenul laringoscopic terminat până nu se observă bine și co-

comisura anterioară, tot așa după cum nu trebuie considerată laringoscopia terminată dacă nu s'au observat corzile vocale în cele două poziții: de fonație și de respirație a glotei. La persoanele cu epiglota procidentă se va recurge la anestezie locală cu cocaină 5% și la ridicarea epiglotei în timpul laringoscopiei indirecte cu ajutorul unei penso speciale. Înainte de a trece însă la această manoperă este bine să se privească în laringoscop imaginea glotică, rugând bolnavul să execute câteva mișcări succesive de fonație și respirație în decursul laringoscopizării. Deseori prin această manoperă, comisura anterioară poate deveni vizibilă; în caz contrariu se practică laringoscopia indirectă în diferite pozițiuni ale examinatorului și examinatului. În general examinatorul fiind în poziție verticală, în picioare, în timp ce pacientul este așezat pe scaunul de examinat, are șanse să observe comisura anterioară inobservabilă în laringoscopia indirectă făcută în poziție obișnuită; laringologul și pacientul ambii în poziție șezândă. Examenul glotic al comisurii anterioare trebuie bine făcut, pentru că în unele cazuri tumoreta polipoidă poate fi căzută în regiunea subglotică prin jocul pediculului său. Simptomatologia subiectivă și cea obiectivă ne asigură certitudinea unui diagnostic de polipi ai comisurii anterioare rămânând în sarcina specialistului de a stabili următoarele: dacă e vorba de o tumoră solidă sau chistică, benignă sau cu degenerescență malignă, dacă nu e vorba de o ulcerăție tuberculoasă sau gomă sifilitică. La prima întrebare chestiunea e rezolvată foarte ușor cu ajutorul unui stilet. Diagnosticul se va complecta prin operația însăși, chistul rupându-se adesea la această manoperă și pensa nu va scoate decât lamouri sau resturi de membrană. Mai importantă-i chestiunea dacă tumora e benignă sau malignă, în acest caz biopsia ne va deslega problema în acelaș timp însă toată atenția va fi îndreptată asupra evoluției clinice: o evoluție rapidă, o stare generală gravă, o delimitare puțin precisă va da de gândit asupra unei tumori maligne. O evoluție lentă, o stare generală satisfăcătoare, o delimitare a procesului, o suprafață netedă a tumorii denotă benignitate. Atunci când se suspectează o gomă sifilitică sau o ulcerăție tuberculoasă se va face un examen general, probe de laborator, precum și un tratament de probă.

EVOLUȚIE ȘI PROGNOSTIC.

Evoluția în general este lentă. Tulburările produse de prezența acestor polipi se repercută mai mult asupra vocii. Numai în cazuri de dimensiuni mari pot duce la stări mai grave, ca sufocare ajungând chiar la un sfârșit fatal prin asfixie. În precizarea prognosticului se va lua în considerare, vârsta, volumul polipului și tabloul său anatomo-patologic.



TRATAMENTUL.

Ablația polipilor comisurii anterioare a corzilor vocale este mai dificilă. În general constituie o intervenție de răbdare, de finețe și de o oarecare dificultate. Polipii situați în partea cu totul anterioară a glotei sunt, față de ceilalți polipi ai corzilor vocale — ceva mai dificil de scos, datorită situației lor. Partea anterioară a glotei e mai greu abordabilă prin laringoscopie indirectă cu instrumentele obișnuite din cauza raporturilor anatomo-topografice între laringe, faringe și cavitatea bucală. Când la acestea contribuie și căderea epiglotei dificultățile sunt și mai mari, deoarece în primul rând trebuie ridicat acest opercul anatomic pentru a putea manipula instrumentul de extracțiune sub ea, la nivelul pediculului ei glotic, adică în comisura anterioară. În tehnică operatorie sunt două elemente importante.

1) Anestezia locală faringo-laringiană, care trebuie să fie perfectă și

2) Instrumentul pentru ablațiune, care trebuie să fie adecuat.

Elementul principal și indispensabil consistă într-o bună anestezie faringo-laringiană. Se citează unele cazuri de ablație a polipilor corzilor vocale fără nici un fel de anestezie, printr-o răbdare a pacientului și o finețe și dexteritate a operatorului. Aceste cazuri aparțin perioadei preanestezice când nu se cunoștea efectul coainei și ele sunt trecute în domeniul istoriei. Astăzi o anestezie perfectă simplifică mult tehnica. Ea este indispensabilă în sensul că lipsa unei anestezii perfecte, totale, îngreuiază

sau face imposibil actul operator. La cea mai mică atingere a mucoasei faringo-laringeene cu pensa de extracție, bolnavul prezintă, contracturi spastice faringeene, tuse, tendință la vomisment. Ablajie în aceste împrejurări este imposibilă, operatorul neputând vedea în interiorul glotei. Pentru polipii părții anterioare a glotei anestezia mucoasei laringelui trebuie să fie impecabilă. Pulverizatorul faringean simplifică anestezia cocainică a mucoasei laringelui bucal. O injecțiune prealabilă subcutantă cu 0,01 ctgr. morfină este deasemeni susceptibilă să grăbească și să facă să persiste mai mult o simplă anestezie cocainică a mucoasei. Injecția cocainică în nervii laringei superiori nu este decât rareori indicată la persoane cari prezintă rezistență la cocaină, înaintea deciziei tirotomiei.

Al doilea element al tehnicii ablației polipilor comisurii anterioare este constituit din factorul instrument. Instrumentul cel mai întrebuițat la scoaterea polipilor glotei este o pensa laringeană. Ea poate avea diferite modele. Una din cele mai bune este pensa tubulară tip Stoerck-Schmidt, care prin finețea ei nu prezintă pericolul de a leza coarda vocală și care se pretează mai ales pentru polipii glotici inserați pe treimea mijocie și posterioară a corzilor. Pentru polipii treimei anterioare și pentru cei situați în mod franc în plină comisură anterioară, se recurge la pensa tip Rosenberg-Landgraf, care prezintă pentru prehensiune un dispozitiv format din două inelechiurete, care alunecă unul în altul. Aceasta este de altfel pensa întrebuițată în mod curent în Clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj în toate cazurile când se intervine pentru extirparea polipilor situați la nivelul comisurii anterioare a glotei. Se obișnuiește ca în momentul tracțiunii cu pensa, tracțiunea să se exercite în mod lateral orizontal și nu vertical. Se menajează mai bine coarda vocală neriscându-se ruptura unui lambou liniar al marginii interne cordale, ceea ce ar produce o cicatrizare întârziată și uneori disfonii discrete, dar persistente. Polipii corzii vocale drepte sunt mai ușor scoși de cei cari au mai multă îndemânare pentru mâna dreaptă și invers. Polipii corzii vocale situați sau nu la una din comisuri sunt diagnosticați prin laringosopie indirectă și apoi verificați după ablație prin biopsie.

TRATAMENTUL POST-OPERATOR.

Pentru susținerea procesului de cicatrizare, pentru evitarea eventualelor complicații se vor lua anumite măsuri de îngrijiri post-operatorii. Astfel se va indica un repaus vocal absolut de opt-zece zile. Bolnavul va fi ferit de schimbări bruște de temperatură; frigul, umezeala sunt factori dăunători. Se va evita o atmosferă ce conține praf sau alți factori iritanți. Din alimentații vom îndepărta condimentele și ingestionea de lichide prea reci sau prea fierbinți.

Se va proceda la inhalațiuni balsamice bicotidiene, la dezinfecția buco-faringelui și rino-faringelui prin gargarisme și picături antiseptice nazale.

Pentru ilustrarea celor spuse în cursul tezei, alături aci observațiunile raportate la 4 cazuri clinice, în care operațiunea de extirpare a fost făcută de Dl. Prof. Dr. Gh. Buzoianu, directorul Clinicii Oto-rino-laringologice din Cluj.

Observația I.

P. S. de 37 ani vine la consultațiunile Clinicii O. R. L. din Cluj în ziua de 3. II. 1937. Istoricul boalei actuale: Bolnavul este răgușit de aproximativ doi ani. În urma unui examen clinic complet (pulmonar, sangvin și anatomo-patologic) se pune diagnosticul de tumori multiple papilomatoase de natură nespecifică, întinse pe întreaga suprafață a ambelor corzi vocale. Cu ocazia biopsiei, — operațiune simplă, s'a constatat pe de o parte că bolnavul este o fire hipersensibilă, cu un sistem vegetativ labil, iar pe de altă parte, că aceste tumori aveau o bază de implantație foarte

largă. Aceste fapte au impus să se procedeze la extirparea lor nu pe cale endo-laringeană, — care este mai lipsită de riscurile unor complicațiuni postoperatorii — ci prin tirotomie. La 12 zile după intervenția executată de Dl. Prof. Gh. Buzoianu, bolnavul vindecat și cu o voce aproape clară — părăsește clinica mulțumit.

Examenele histo-patologice făcute în Institutul de Anatomie Patologică de Dl. Prof. Dr. Titu Vasiliu arată: primul examen: papilom fără caractere de neoplasm pe un fond inflamatoar. În derm multe celule plasmatică. Al doilea examen: în bucățile trimise se vede epiteliul de înveliș pavimentos. Papilele sunt regulate, celulele bazale nu prezintă caractere de atipie, nici kariokineze multiple. Este o ușoară hiperplazie fără caractere tumorale și nici inflamatorii. După trei luni, pacientul revine spunând că a răgușit din nou, de câteva săptămâni. Se procedează la examenul laringologic. Prin laringoscopie indirectă, în poziție obișnuită, șezandă, din cauza epiglotei ușor procidente, care cade în parte pe comisura anterioară a glotei, nu se constată nimic patologic. Se procedează la o nouă examinare ridicându-se epiglota cu ajutorul unei pense adecuate, bolnavul fiind așezat pe scaunul de examinat, iar laringologul în poziție verticală în picioare. Prin această metodă comisura anterioară aflându-se în câmpul vizibilității — se constată că în porțiunea anterioară a corzii vocale drepte — dealtfel cu mobilitate normală — subglotic, o tumoră polipoidă de mărimea unui bob de mazăre, de culoare albastră-roșietică cu suprafața regulată. Palpată cu sonda, ea are o consistență moale. După prealabila anesteziei intervenția este executată de Dl. Prof. Buzoianu. Examenul histo-patologic al tumorii extirpate, arată că polipul este histologiceste un angiom cavernos.

Observația III.

M. S. bărbat de 38 ani, se prezintă în Clinica O. R. L. în ziua de 4. III. 1937. De un an și jumătate este răgușit, în ultimul timp răgușeala se accentuează. Examenul laringologic arată corzile vocale netede, slab hiperemiate. Pe coarda vocală dreaptă, în prima treime a comisurii anterioare, se observă o formațiune albicioasă de mărimea

unui bob de mei. După prealabila anestezie se procedează la extirparea tumorii pe cale endo-laringeană. Diagnosticul clinic de tumoră polipoidă a fost confirmat prin examenul anatomo-patologic.

Observația III.

V. S. bărbat de 60 de ani, vine în clinică în ziua de 16. III. 1937. El observă de un an o schimbare în voce. În ultimul timp, vocea lui are un timbru neplăcut. Căile respiratorii superioare sunt hiperemiate. La examenul laringoscopic aflându-se o epiglotă procidentă, după o cocainizare prealabilă se ridică epiglota cu ajutorul pensei amintite și se constată în treimea anterioară a corzii vocale stângi — imediat în vecinătatea comisurii anterioare — un polip de mărimea unui bob de mazăre. După anestezie Dl. Prof. Buzoianu procedează la ablația tumorii pe cale endolaringeană. Examenul microscopic constată că este o tumoră formată dintr'un țesut conjunctiv angiomatos.

Observația IV.

S. M. bărbat de 76 ani, se prezintă la Clinica O. R. L. în ziua de 8 Aprilie 1937. Acuză o răgușeală, care durează de trei ani. Nu are dureri, nici dispnee. Prezintă repetate accese de tuse. Examenul laringoscopic arată corzile vocale puțin hiperemice, cu mobilitate normală. Examinat în poziție verticală — în modul arătat la prima observație — se constată că la punctul de inserție anterior al corzii vocale drepte se află o tumoră palidă roșietică, consistentă de mărimea unui bob de mei. După prealabila anestezie, Dl. Prof. Dr. Gh. Buzoianu procedează la extirparea tumorii pe cale endo-laringeană. Cu toate că aparențele clinice pledau pentru benignitate, luându-se în considerare vârsta bolnavului și consistența tumorii, extirparea se face profund în țesutul sănătos. Examenul histo-patologic (Prof. Dr. Titu Vasiliu) este următorul: Se vede o proliferare a trabeculelor epidermei papilomatoase. În stratul bazal se văd multe kariokineze, unele cu caracter atipic. Pe alocuri se văd și trabecule amputate, luând aspectul unor perle epiteliale în formație. Sunt și oarecari celule mari inegale. Este un polip precanceros.

S'a indicat și radioterapia.

CONCLUZIUNI.

I. — Polipii comisurii anterioare a corzilor vocale sunt tumorete de regulă benigne, pediculate sau sesile, chistice sau dure, având o structură histologică asemănătoare țesutului constituent, pe care se dezvoltă.

II. — Au o etiologie ce variază cu diferitele cauze, cari pot determina o inflamație cronică și hiperplazie celulară la acest nivel: tutun, alcool, vapori iritanți, boli infecțioase și abuzul vocal.

III. — Produc tulburări variate: dela o simplă disfonie până la accidente grave de sufocare.

IV. — Pentru stabilirea diagnosticului în toate cazurile de răgușeală se va proceda la examinarea laringelui.

V. — Dacă examinarea laringelui în poziție obișnuită este negativă, se va recurge la o reexaminare în poziție verticală. În caz de epiglota procidentă care acoperă comisura glotică anterioară se va proceda la laringoscopie indirectă sub anestezie locală laringeană în timp ce cu o pensă se va ridica epiglota.

VI. — Sub o anestezie perfectă și cu un instrumentar adecuat ablația reușește pe cale indirectă, în mod endolaringean, chiar la bolnavii a căror polipi au o localizare foarte delicată.

VII. — Pentru extirparea polipilor pe cale indirectă, endolaringeană (Clinica O. R. L. din Cluj folosește și recomandă instrumentul tip Rosenberg-Landgraf, care prezintă avantajul că se poate aplica potrivit dificultăților anatomice ale comisurii anterioare.

VIII. — Polipii extirpați se vor examina întotdeauna și din punct de vedere histologic.

Văzută și bună de imprimat

Decanul Facultății,
I. DRĂGOIU

Președintele Tezei,
GH. BUZOIANU

BIBLIOGRAFIE.

1. G. Laurens: Précis d'Oto-Rhino-Laryngologie. 1931.
2. Ricardo Botey: Les tumeurs bénignes du Larynx — Monographies Oto-Rhino-laringologiques. Internationales. publiées par M. Vernet, Paris; H. Aloin, Lyon; L. Ledoux, Bruxelles; G. Portmann, Bordeaux; M. Sourdille, Nantes. No. 25, 1932.
3. Gh. Buzoianu: Laringostomie pentru papilomatoza laringiană difuză subglotică. Soc. O. R. L. 10 Ian. 1932.
4. Gh. Buzoianu și Cotul: Vocea și igiena vocală. Vol. 536, 1936.
5. Roșu Dtru: Polipi ai corzilor vocale.
6. Chevalier-Jakson: Endoscopie, chirurgie, larynx. Vol. 742. Paris, 1933.
7. A. Goetz: L'anesthésie locale et générale en oto-rhino-laryngologie. Thèse de Strassbourg, 1928.
8. Testut L.: Traité d'anatomie descriptive et topographique. Tom. III. Paris 1922.
9. Gh. Buzoianu și Csillag: Polipii comisurii anterioare a corzilor vocale. (Revista științelor Oto-rhino-laringologice din Iulie 1937.)
10. Gh. Buzoianu: Laringologie, volum de 367 pag. Cartea Rom. Cluj. 1939.
11. Gh. Buzoianu și Bodea: Reflecții asupra nodulilor vocali. R. șt. O. R. L. Aprilie 1939.
12. Gh. Buzoianu: Contributions cliniques à la papillomatose laryngienne, avec M. V. Tempea: Annales d'O. L. P. No. 12. T: XLVII 1928.