

لارنژیت های خفگی آور کودکان

پروفسور جمشید اعلم (*) دکتر علی میراحمدی (*)

لارنژیت های کودکان دارای شکل های مخصوصی می باشد و این اشکال بر حسب وضعیت تشریحی و زمینه ایکه بیماری را ایجاد میکند فرق میکند .
۱ - از نظر تشریحی : حفره حنجره بوسیله طنابهای صوتی که در دو طبقه متوازن و مجزا قرار دارند مفروض است .

الف : قسمت فوق گلوت (Sus glottique) که نسبتاً نرم و قابل گشاد شدن می باشد .

ب : بر عکس قسمت زیر گلوت (Sous glottique) ناحیه سفت و سختی است و مربوط به حلقه های کریکوئید (Anneau cricoïdien) می باشد و این قسمت حتی چند میلیمتر از نای تنگتر است . قسمت زیر گلوت البته با افزایش سن بزرگتر شده بطوریکه از ۶ تا ۷ میلیمتری که معمولاً در نوزادان است به ۸ تا ۱۱ میلیمتری در اطفال ۱۰ ساله میرسد .

پ : این وضعیت تشریحی و وسعت آناتومیکی حنجره ترجمان تکرار لارنژیت های خفگی آور در اطفال می باشد بطوریکه برآی ایجاد لارنژیت خفگی - آور در شخص بالغ حداقل بضمانت ۲۵ میلی متر خیز (Oedème) باید در ناحیه زیر گلوت وجود داشته باشد در حالیکه برای همین منظور در اطفال یک میلی متر ضمخته کافی است .

علاوه بر این طرز توزیع بافت سلولی حنجره در جایگزینی خیز دخالت تام

* بخش گوش و گلو و بینی بیمارستان امیر اعلم

دارد یعنی چون انتشار سلوالی حنجره اغلب در ناحیه چین های آری اپیگلوتیک (Replis ary-epiglottiques) و ناحیه آرتینتوئید (Aryténoides) - سطح قدام اپیگلوت و بالاتر در ناحیه زیر گلوت بیشتر است بهمین دلیل خیز حنجره در این نواحی بیشتر محسوس است .

باضافه نکته جالب آنکه تشکیلات لنفاوی رله مهمی در ایجاد خیز (Oedème) انجام میدهد . و این تشکیلات لنفاوی در ناحیه چین های آری اپیگلوتیک و در ناحیه وانتریکولها (Ventricules) وجود دارد .

در ناحیه زیر گلوت تشکیلات لنفاوی فوق ایجاد حلقه ای میکند که تا دیواره بین نای و مری ادامه دارد . بعلاوه در ناحیه زیر گلوت مقدار زیادی غدد مخاطی (Mucipare) وجود دارد و باید اذعان نمود که ناحیه هیپوفارنکس (Hypopharynx) منطقه بسیار هیپر استزیک (Hyperstésique) و رفلکسوژن (Réflexogène) می باشد بخصوص اینکه قسمت زیر گلوت از همه تنگتر غیر قابل انعطاف و گشاد شدن بوده و از همه بیشتر در مقابل خیز قرار میگیرد و بسیار رفلکسوژن (Réflexogène) می باشد آسیب شناسی : الف - در مقابل لارنژیت های خیزدار مراحل زیر را می توان مشاهده نمود . اول : آناتومی ماکروسکوپیک : از نظر ماکروسکوپیک ابتلای سطح قدام اپیگلوت اغلب اوقات (بطور خیلی استثنائی به تنهایی) همراه خیز چین های آری - اپیگلوتیک و قله آرتینتوئید (Aryténoides) می باشد .

دوم : ابتلای بافت سلوالی زیر گلوت ایجاد طناب های کاذب زیر گلوت می نماید که بر نگه سفید مایل به قرمز و گاهی شبیه فلگمون می باشد . بطور خیلی استثنائی گاهی بشکل نعل اسب در میابد .

سوم : اشکال محدود موضعی (Localise) یا یک طرفی معمولاً در اطفال دیده نمی شود (خیلی بندرت) واگردیده شوند اپیگلوت - آرتینتوئیدویک باند وانتریکولر (Bande ventriculaire) را فرا میگیرد .

باید یاد آوری نمود که هیچ وقت طنابهای صوتی و نیز سطح قدام کمیسور (Comissure) انتر آرتینتوئیدین (Inter arytenoidienne) دچار خیز نمی شود و همینطور سطح اپیگلوت معمولاً خیز ندارد .

چهارم : دو عامل دیگر که معمولاً ارتیاطی به خیز حنجره ندارد و کار حنجره را دچار اختلال می کنند وجود دارد .

- وجود ترشحات فراوان : این ترشحات لزج و سیال می باشد و از غدد مخاطی ترشح شده دارای فیرین زیاد می باشد .

- کم شدن تحرک (Mobilite) طنابهای صوتی که معمولاً نتیجه فلنج عضله تیرو آرینتوئیدین (Muscle Thyroarytenoidienne) می باشد (Par reflexe) .
نکته جالب : گاهی این ترشحات سیال و فراوان که معمولاً غلیظ می باشد خشک شده ایجاد کروت (Croute) می نماید و خود این کروتها مزید برعلت شده باعث اختلال شدید تنفس و خفقات بیمار میگردد .

ب) آنatomی میکروسکوپیک : اپیتلیوم مخاطی دچار دسکو آماسیون می شود (desquamation) و در بعضی نقاط هیپرپلازیه (Hyperplasie) و در جای دیگر سایش پیدانموده اتروفیه (Atrophie) میگردد ولذا ایجاد پلاکهای کوچک نکروز میکند و در این قسمت نسج ملتحمده بنظر انفیльтر (Infiltré) می آید و منظرة گرانولوماتو (Granulomateux) را پیدا میکند .

کورین ضخیم شده و خیز پیدا میکند و دچار احتقان عروقی میگردد و در زیر میکروسکوپیک لمفوسيت هیستوسیت و پلاسموسیت بمقدار فراوان دیده می شود .

در شکل های شدید و گسترش یافته همین ضایعات را حتی در مخاط نای و نایزه هم می توان دید و بالاخره در ریه هم ضایعات کنتزستیو (congestive) و خیزدار که معمولاً نسج انترس تیسیل (Interstitial) ریه را مبتلماً کند می توان مشاهده نمود اما کانون چر کی وجود ندارد .

البته شکل های تشریحی دیگری را هم می توان دید :

- شکل های نزله ای خوش خیم و یا فرم های اکزودائی پسودومامبرانو (Pseudomembraneux)

- خیلی بندرت فرم های شبه فلگمونی (Pseudophlegmone) .

علت - معمولاً لارنژیت خفگی آور در اطفال کمتر از پنج سال دیده می شود و بیشتر در ماههای سردسال (پائیز و زمستان) ملاحظه میگردد . معهداً اگر لارنژیت در فصل گرما و تابستان ایجاد گردد معمولاً دارای شدت و حدت بیشتری است . عامل اقلیمی (Bioclimatique) از مدتها قبل شناخته شده بود ولی Werner از ۱۹۵۵ تا ۱۹۶۵ بمدت ده سال همراه با گروهی مجهز متropolozیک (Meterologique) بودن این عامل را در ۲۸۸ مورد بخوبی تحت نظر قرارداده و طبق تحقیقات این گروه

۱۵٪ لارنژیت ها معمولاً در موقعیکه هوا ثابت است دیده می شوند و ۸۵٪ بقیه لارنژیت ها معمولاً در جریان تغییر و تحول هوا و اینکه هوا یکدفعه از گرمی به سردی میگراید ایجاد میگردد.

ژرم های میکروبی : می توان دو گروه مهم زیر را در نظر گرفت :

اول باکتری ها ، دوم ویروس ها، بطور کلی و بخصوص گروه ویروس های

میکزوویروس (Myxovirus) .

اول - باکتریها - از این گروه دونوع بیشتر از همه دیده می شود .

- استرپتو کلک بخصوص استرپتو کلک بتاهمولی تیک در ۱۶٪ موارد دیده

شده است . در نوع مخصوصی از لارنژیت که با اپیگلوتیت (Epiglottite) همراه

است استرپتو کلک ویریدانس بوفور وجود دارد .

- استافیلو کلک بخصوص استافیلو کلک طلائی و نیز استافیلو کلک همولی تیک

۸٪ موارد) .

در فرم هاییکه استافیلو کلک بمقدار زیاد و بشکل کولونی (Colonie) دیده می شود

اطفال دچار لارنگو برو شیت خفغان آور میگردند .

- بالاخره پنومو کلک وباسیل پفایفر (Pfeiffer) .

دوم ویروسها :

برای شناختن ویروس ها از ترشحات حلق بیمار با احتیاط فراوان می توان

استفاده نموده و نیز با کملک واکنش فیکساسیون دو کمپلمان (Reaction de fixation)

و نیز راکسیون (inhibition de Complement) دو هماگلوتی نین .

تقریباً در تمام موارد لارنژیت های ویروسی نتایج بررسی و آزمایشگاهی

بدست آمده نشان میدهد که تمام ویروس ها از گروه ویروس های میکزو ویروس

(Myxovirus) می باشند و از بین آنها می توان ویروس های زیر را در نظر گرفت .

- ویروس های گریپ و مخصوصاً سو شهای اپیدیمیک آن مانند سوش آسیائی

انفلوآنزا تیپ A .

- میکزوویروس پارا انفلوآنزا که مخصوصاً ایجاد لارنژیت های سو گلو تیک

می کند .

ویروس سرخک و ویروس اوریون جزو این گروه بوده و لذا می توانند ایجاد

لارنژیت بکنند .

بر عکس‌گاهی سایر ویروس‌ها هم در ایجاد لارنژیت دخالت می‌کنند مانند آدنوویروس (Adeno virus) و ویروس Ecko. طبق آمار Mac Lean درین ۲۹۰ مورد لارنژیت ویروسی ۲۴۴ مورد مربوط به ویروس‌پارا انفلوآنزا تیپ II و ۱۳۰ مورد ویروس انفلوآنزا بوده است. بنابراین ویروس گریپ طبق این آمار اکثریت ندارد. و حال آنکه اغلب لارنژیت‌های ویروسی را سابقاً مربوط به ویروس گریپ معمولی میدانسته‌اند بطوریکه Rabouan موارد متعدد همه‌گیری لارنژیت‌های ویروسی را که در آن ویروس گریپی ابدآ دخالت نداشته است گزارش داده است.

بیماریهای بثوری امروزه خیلی کم سبب تنگی نفس حنجره‌ای می‌گردند (۴٪). موارد) بالاخره در پایان باید اشاره نمود که هیچگونه توازنی بین ژرم میکروبی بیماریزا و تابلوی کلینیکی دیده نمی‌شود. البته شناخت ویروس و تعیین دقیق سوش آن مدت زیادی وقت لازم دارد و کار بسیار دشواری است.

بنظر میرسد که ویروس‌های سبب می‌شوند که میکربهای عادی ایجاد عفونت‌ثانوی نمایند و عملت تأثیر معجزه‌آسای آنتی‌بیوتیک‌های جریان لارنژیت‌ها مربوط به آن است. یک چنین عفونت ویروسی بخصوص وقتی که در اطفال ایجاد گردد که مصونیت قبلی خواه از مادر و خواه از طریق واکسیناسیون نداشته باشد بشدت و منتهی درجه و خامت بروز می‌کند.

مسئله سن : عارضه در اطفالی که در سنین پائین‌تر از مدرسه اند بروز می‌کند ۷۵٪ اطفال دارای سنین کمتر از چهار سال و تقریباً تمام ویا اکثریت اطفال در سنین بین ۱ تا ۳ سالگی اند.

ابتلاء قبل از یک سال خیلی نادر است - شکل‌های دیررس که معمولاً در ۸ سالگی ایجاد می‌شود شدید است.

- در پسر بچه‌ها به نسبت ۲ برابر دختران مشاهده می‌شود (۷۱٪ پسر بچه و ۲۹٪ دختر بچه‌ها) بر طبق آمار Hawkins بالاخره باید نقش زمینه راهم یاد آوری نمود - اغلب مشاهده می‌شود که اطفال مبتلا بچه‌های ضعیف ولا غرند و بر عکس در سنین خیلی پائین‌تر در بچه‌های چاق دیده می‌شود و عجب آنکه در اطفال چاق بیماری باشدت بیشتری ایجاد می‌گردد.

بالاخره باید نقش آلرژی میکروبی را در نظر گرفت و باید گفت که در همه

اطفال یک زمینه آدنوئیدی (Adenoïdienne) با تمام تظاهرات و رُثاسیون آدنوئید مشهود است.

کلینیک :

اول- لارنژیت های غیر اختصاصی :

الف) لارنژیت استریدولوز : یک لارنژیت حاد خوش خیم است که همراه با اسپاسم بوده و معمولاً هنگام شب اتفاق میافتد و مدت آن کوتاه است. از نظر تشریحی : در این جا کنژستیون (Congestion) وسیع در تمام حنجره وجود دارد و بخصوص در ناحیه سو گلوت (Sous-glotte).

اسپاسم حنجره در اینجا نقش مهمی بهده دارد و بعلت وجود این اسپاسم تنگی نفس حنجره ای یکدفعه و ناگهانی و بطورخشن ایجاد می گردد.

مسئله زمینه : مسئله ای اساسی است اطفالی هستند بین ۲ تا ۶ سال و معمولاً آدنوئیدین و غالب اوقات اسپاسمو فیل.

اطفالی هستند که از چند روز قبل سرما خورده اند بعد از اینکه تمام آن روز را سرفه کرده اند شب را به آرامی می خوابند در وسط شب ناگهانی بیدار می شوند و دچار نفس تنگی می گردند - تنفس آنها خیلی بزمت صورت میگیرد و صورت آنها محتقн و پر از عروق فراوان است بطوریکه طفل مرگ را در جلوی خود تصور می کند. خانواده بیمار دچار ترس و وحشت عجیبی می شود بطوریکه فوراً پزشک را می خوانند.

ولی وقتیکه طبیب میرسد غالب اوقات این حالت حاد ختم شده است و بچه آرام گرفته است و تنفس دوباره عادی شده و بچه بخواب رفته است. حمله و کریز بطور کلی چند دقیقه بیشتر طول نمیکشد و معمولاً از یک ساعت کمتر است وقتیکه پزشک در بالین بیمار باشد می تواند مشاهده کند که صداوسره بیمار مات و خشن اما هرگز خاموش نیست :

درمان شامل ریختن قطره های تنگ کننده رگهای است در حفره های بینی و داروهای آنتی اسپاسمو دیک و بار بیتوریک و فنر گان بادوز (dose) های خیلی کم که سبب آرامی طفل میگردند. از طرف دیگر درمان ویتامینو کالسیک لازم است وقتیکه طفل خوب شده است باید حتماً کورتاژ و رُثاسیون آدنوئید بعمل آید.

حمله ممکن است دوباره تکرار شود چند شب پشت سرهم ، بخصوص وقتی که رینوفارنکس در کار باشد .

ب) لارنژیت های خیزدار :

۱ - لارنژیت هیپو گلوتیک - گاهی بدون هیچ چیز نه آگهی قبلی شروع میگردد و گاهی بر عکس در سابقه چند روز پیش حالت زکام و یا عفونت رینوفارنژ وجود داشته است . معمولاً دارای شدت متوسط است .

علاوه : شامل یک سدروم تنگی نفس خشن است که ممکن است در هنگام شب مثل لارنژیت استریدولوز ایجاد گردد و یا ممکن است در روز ایجاد گردد نفس تنگی مداوم بوده و شامل حملات دیسپنه (Dyspnéique proxystique) است ولی هرگز صدای خاموش نمی شود و سرفه تکراری و با صداست .

۲ - همیشه در اینجا یک سدروم عفونی باشد گوناگون وجود دارد در اکثر موارد درجه حرارت طفل در حدود ۳۸ تا ۳۸.۵ درجه است - هیپر لکوسیتوز وجود دارد - قیافه بیمار عوض شده است اما واکنش غده های لنفی مهمی دیده نمیشود . برای اینکه تشخیص قطعی مرض داده شود که نکند مثلاً کروب دیفتری و یا جسم خارجی در کار باشد بهتر است لارنگو سپکی مستقیم بعمل آید و معلوم مخواهد شد که وضع خیز چیز نه است .

۳ - در مقابل فرم فوق که معمولاً باشد متوسط و معتدلی است فرم های شدید و خطرناک وجود دارند که یکدفعه شروع میگردند بطوريکه قیافه طفل حاکی است از درماندگی و بیحالی مفرط و اينکه طفل بصورت ختنی در میان بدن حویکه بیمار کوچک حالت دفاعی در مقابل مرض را ازدست داده و در این جاست که باید حتماً وفوراً اقدام بعمل تراکثوتومی نمود .

۴ - فرم های سپک : مانند فرم های محدود سو گلوتیک که یک طرفه اند تقریباً مانند لارنژیت استریدولوز خوش خیم اند .

ج) لارنژیت های فوق گلوتیک (Super glottique) معمولاً در اطفال بزرگ و یا اشخاص بالغ ایجاد میگردد و در اطفال کوچک خیلی کم دیده می شود در ایجاد آن معمولاً با سیل پفایفر (Pfeiffer) و یا استرپتو کل ویریدانس (Viridanse) دخالت دارد .

شروع آن خیلی آنی و خشن است همراه با درد زیاد و دیسفاری کامل و نکته

جالب آنکه بیمار سرفه نمی‌کند و در سابقه حالت سرماخوردگی را ذکر نمی‌کند. در عرض چند ساعتی تابلوی حقیقی بیماری همراه با نفس تنگی و تب زیاد نمودار می‌گردد. زبان خشک بیمار سیانوزه - کوفته و خسته است این بیماران بعلت التهاب فروان اپیگلوت را روی زبان خود می‌کشانند و در معاینه قاعده زبان به آسانی می‌توان اپیگلوت را مشاهده نمود. در اطفال بزرگ اغلب خیز آریتوئید (Aryténoidé) وجود دارد.

پیشرفت بیماری در این جا سریع است و باید بخوبی در نظر گرفته شود زیرا در اینجا به خیز موجود یا افزایش ترشح اضافه می‌گردد ولذا باید خوب منطقه بیماری را تحت نظر گرفت. درمان در اینجا خیلی زود مؤثر می‌افتد و اگر احياناً درمان طبی امیدوار کننده نباشد فوری باید تراکئوتومی نمود.

نکته جالب: در این نوع بیماران بعلت وجود خیز شدید و افزایش ترشح عمل توباز (Tubage) بی فایده و حتی مضر است زیرا سبب تحریک بیشتر بیماری و افزایش بازهم بیشتر ترشحات می‌گردد.

د) فرم‌های عود کننده: معمولاً فرم‌های عود کننده بین ۵ تا ۹٪ دیده می‌شود در اطفال کوچک عود مرض اتفاق می‌افتد و معمولاً عود در ۲ سال بعد از حمله اول بیماری دیده می‌شود و گاهی خیلی دیرتر و در فاصله سالهای بعد ایجاد می‌گردد.

با ایستی اذغان نمود که عود مرض خطرناک است زیرا فقط $\frac{1}{4}$ موارد عود مرض به درمان جواب میدهد. و $\frac{3}{4}$ موارد معمولاً به تراکئوتومی منجر می‌گردند و در حدود ۱۰٪ مرگ و میردارد.

غالباً در این بیماران زمینه آدنوئیدین (Terrin Adenoidienne) وجود دارد که باید اصلاح و عمل گردد.

ه) لارنگو تراکئوتومی و نشیت های حاد: در واقع اینها از کادر لارنژیت های حاد خارج اند بلکه مقصود از آن همانطوری که Bauchet Le Méé و Block و Géfté اند هرگونه التهاب نای (تراکئیت) بطرف سوگلوت و برونش هم می‌رود و بنابر این حنجره تراشه و برونش باهم مبتلا می‌گردند معهداً علت ایجادی آن مانند لارنژیت های عادی است که قبل از کر آن رفته است.

با ایستی یادآوری نمود که گاهی اینها فرم های خطرناک و شدیدی بخود می‌گیرند.

از نظر کالبدشناسی : اول حنجره نیست که مبتلا میشود بلکه در این بیماران ترشحات چرکی فراوانی ایجاد میگردد که بطرف برونش طغیان نموده و یا اینکه این ترشحات سفت و سخت شده و کروت می‌بندند و مانند بوشون در می‌آیند . (Bouchon) هم‌چنین در قبال لارنگو تراکتوبرونشیت‌های حاد فرم‌های دیگری مانند تراکتوبرونشیت‌های حاد خنگی آورهم وجود دارد که در آنها اصولاً حنجره مبتلا نبوده و ابداً دخالتی ندارد .

از نظر بالینی : شروع آن بسیار خشن و ناگهانی است گاهی برق آسا ایجاد میگردد بطوريکه در اولین برخورد پزشک فکر لارنژیت حاد میکند ولی با دقت معلوم میشود که نفس تنگی در اینجا از نوع تنگی نفس‌های مخلوط می‌باشد و همراه با تیراژ (Tirage) در هنگام دم و بازدم می‌باشد .

بیمار دچار پنهانی (Polypnée) و حرکات لرزشی بالهای بینی است (Battement) در امتحان ریه‌های سبک و کوچک بر نکو آلوئولیت در هر دوریه مشهود است . در امتحان رادیوگرافی البته کانون چرکی وجود ندارد ولی اختلال و انتیلاسیون (Ventilation) دیده می‌شود ، از نوع اتلکتازی و یا آمفیزم و غالباً اوقات تصویر ریه‌ها در رادیوگرافی عادی و معمولی است .

لارنگوسکپی مستقیم : ادم در ناحیه سوگلوت وجود دارد باید آسپیراسیون برونش نمود و غالباً اوقات کاربه تراکتو می‌مرسد .

در بعضی از انواع بیماری منظره بیماری از ابتداء خیلی شدید و در اماتیک نیست بلکه در اینجا مقصود از لارنژیت سوگلوتیکی است که در ظرف ۲۴ تا ۴۸ ساعت پیشرفت وحدت می‌یابد . برای از بین بردن ادم سوگلوت باید حتماً عمل توباز (Tubage) بعمل آید . اگر پس از چندی دوباره نفس تنگی ظاهر شد باید تراکتو تومی نمود بالاخره باید گفت که تابلوی خالص تراکتوبرونشیت بامنظرة کلینیکی لارنگوسکپی مستقیم پر متابلیته (Permeabilité) سوگلوت معلوم و محرز میگردد .

در اینجا در موردیکه درمان طبی جواب مساعد نمیدهد باید بر نکو آسپیراسیون و تراکتو می‌نمود .

دوم - لارنژیت‌های اختصاصی :

الف) لارنژیت سرخکی :

۱ - نوع زودرس : که ممکن است همراه با شروع سرخاک ایجاد شود دارای کاراکتر خشن و اسپاسمودیک بوده گاهی بر عکس خیلی خوش خیم است بطوریکه بمانند یک لارنژیت استریدولوز زود خوب میشود .

۲ - نوع دیررس : اینها تقریباً دارند استثنائی میشوند زیرا امروزه اطبای اطفال بعلت استعمال انتی بیوتیکهای فراوان در ابتدای بیماری آنرا عملاً از بین بردند .

از نظر کلاسیک در جریان ظاهر شدن بثورات جلدی ظاهر میگرددند و تادوره نقاحت بیماری ادامه دارند . (مخصوصاً در سرخاک های شدید) گاهی فرم های پسودو-مامبرانو یافته ولذا صدای خاموش میگردد و گاهی فرم اول سروادماتویافته و مکرراً دیده شده که این ادم شدید همراه بالتهاب فراوان و وزخم های سطحی و عمقی است بطوریکه گاهی حتی غضروف حنجره را مبتلا می کند لذا پس از بهبودی ، Sequelle بجا میگذارد .

ب) کروب :

اول : معمولاً نزد اطفالیکه واکسینه نشده اند دیده می شود تشخیص آن غالباً دیرداده میشود یعنی در هنگام تنگی نفس : تأخیر در در درمان سریع آن و نیز عدم واکسیناسیون حدت و شدت و خطر بیماری راه همراه خواهد داشت .

معمولاً کروب در نزد اطفال بین ۲ تا ۵ ساله دیده می شود - در فرم تیپیک ایجاد دیسپنه حنجره ای با پیشرفت تدریجی میکند و همراه با سرفه های تکراری بوده و ممکن است ضمن این سرفه ها فوس مامبران دفع شود . از مشخصات کروب دیفتریک آنست که در ظرف ۳-۴ روز مریض رادر مرحله دیسفنونی وارد نموده و از مشخصات کاراکتریستیک این دیسفنونی آنکه با سرفه های خشن و صدای خاموش همراه میگردد . اگر کروب در دنباله یک آنژین دیفتریک ایجاد گردد تشخیص آسان است ولی اگر یکدفعه ایجاد گردد و بطور اولیه تظاهر کند در این جاهم معمولاً در دنباله دیفتری بینی و کاوم و یا خیلی خیلی بندرت در دنباله دیفتری تراکم برونشیک که ناشناخته میماند تظاهر میکند .

تشخیص کروب در این مراحل که بنظر اولیه و 'emblée می آید باید براین اساس قرار گیرد .

در مقابل بیماری که دچار کروب میگردد و قبل از واکسیناسیون بر علیه دیفتری را ایجام نداده است و یا ناقص انجام داده است و یا در شرایط سرایت و ابتلاء به بیماری

قرار گرفته است و اینکه کاراکتر شروع بیماری بتدریج پیشرفت میکند و صدای بیمار خاموش میگردد و نیز علائم مسمومیت (رنگ پریدگی - تاکیکاری - تب مختصر) و آدنوپاتی گردنی باید همیشه به خناق مشکوک بود.

بنابراین در مقابل تمام تنگی نفس‌های حنجره‌ای پیشرونده و حتی در نزد اطفال واکسینه باید همیشه از بیمار معاینه کامل اوروفارنکس (Oro Pharynx) بعمل آید و سؤال شود که آیا در سابقه قبلی طفل حالت کریزا (Coryza) سروپورولانت (Seropurulente) وجود داشته است؟

معمولًا در اینجا ترشحات بینی و کامن حنائی رنگ و یا خونابه مانند است و همیشه یک طرفی است بخشی نیست که در مقابل تمام تنگی نفس‌های حنجره‌ای که با صدای خاموش همراهند باستی حتماً لارنگوسکپی مستقیم بعمل آورد. باستی از فرم‌های سوگلوتیک که معمولًا با صدای روشن و باز همراهند غافل نبود.

کروپ‌های دیگری از نوع کروپ پاروکسیستیک (Paroxystique) و یا کروپ‌های با سمت‌پوست‌ماتولوژی (Symptomatologie) ریوی وجود دارند که ممکن است با یک برنکوپنومو نی همواه گرددند و یا با تراکم و نشیت همواه یا بدون اتلکتازی دیده شوند. لارنگوسپکی در اینجا کلید تشخیص است و لاقل سه فایده از آن می‌توان انتظار داشت:

- از نظر تشخیصی: در معاینه فوس‌مامبران دیده می‌شود و می‌توان مقداری از آنرا برای تجسس و تعیین باسیل (Klebs-Loeffler) برداشت.
- از نظر پیش‌آگهی: در فرم‌های خوش‌نمایه منظره بیماری و فرم غشاء کاذب حنجره‌ای (Procélaivé) است و در فرم‌های بد‌نمایه و شدید فرم غشاء کاذب اسفالسیک می‌باشد (Sphacélique).

- از نظر درمانی: درمان شامل تزریق ۳۰ تا ۸۰ هزار واحدی سرم بر حسب سن اطفال و نیز حدت و شدت مرض خواهد بود که یکدفته تزریق میگردد. البته همواه با آن انتی‌بیوتیک - تونی کاردیاک - کورتیکوئید تجویز میگردد و بر حسب موقعیت و مکان فوس‌مامبران باستی مرتباً این غشاها را آسپیره نمود. (زیره‌دایت لارنگوسکپی مستقیم) و بالاخره در مواقع خفگی باید تو بازو یا تراکم و نوک تو می‌عمل آید.

عملاً مرگ و میر کروپ در اطفال غیر واکسینه هنوز هم زیاد است. بخصوص

اگر این اطفال دیر مراجعه کنند و یا تشخیص کروپ دیرداده شود . مرگ به دلایل زیر فراموش شد .

- بعلت سندروم توکسیک

- ابتلاء بر نکوپولمونر

(ب) لارنژیت های پسودومامبرانوز غیردیفتریک هم وجود دارند - این ها را مانند آنژین های دیفتریک معالجه میکنند . اگر در این جافوس مامبران برداشته شود و تفحص میکری بی عمل آید ملاحظه میشود که در آن باسیل (klebs-loeffler) وجود نداشته بر عکس مقداری باسیل استرپتوکک و یا استافیلوکک دیده می شود .

(ج) لارنژیت های سایر بیماریهای عفونی : قسمت اعظم امراض عفونی اطفال بهمراه خود لارنژیت های خفگی آور همراه دارند مانند محملک - هرپس (Hérpès) - آبله مرغان - تیفوئید و گاهی اینها ایجاد اولسراسیون در حنجره می کنند - رماتیسم حاد مفصلی می تواند ایجاد آرتیت غضروف کریکو آریتنوئیدین (Cricoarytenoïd) dienne می کند .

(د) لارنژیت خفگی آور ایجاد شده روی حنجره ایکه از قبل بیمار بوده است :

یک لارنژیت عادی و کاتارال می تواند ایجاد تنگی نفس حاد بکند بخصوص اگر این حنجره دارای پاپیلوم (Papillome) بوده باشد در این صورت دیسپنه خیلی شدید و خطرناک خواهد بود .

تشخیص مثبت :

تشخیص مثبت لارنژیت های خفگی آور اطفال بر اساس تنگی نفس حنجره ای همراه با سندروم عفونی قرار دارند .

این لارنژیت ها می توانند مناظر گوناگونی را بخود بگیرند :

- ضایعات مخصوص ناحیه ای و یا غیر اختصاصی اما محدود به منطقه معین .

- انتشار رآکسیون التهابی به تمام راه تنفسی

- بر عکس حالات فوق ضایعات فقط در ناحیه سو گلوت محدود است .

- وبالاخره اهمیت فاکتور اسپاسمودیک :

اما در موقعی که فقط تشخیص فوری بیماری مطرح است منظور تنگی نفسی

است که یکدفعه بصورت تنگی نفس حنجره ای ظاهر می کند .

بر حسب اهمیت و طول مدت این تنگی نفس می‌تواند تابلوهای مختلفی را ایجاد نماید که ابدآ ارتباطی باعلت اصلی بیماری ندارد.

در تمام موارد تنگی نفس شهیقی (*inspiratoire*) همراه با تیراژ (*tirage*) تشکیل عامل اصلی و بزرگ تشخیصی را میدهد معمولاً در هنگام شب است که طبیب را در بالین بیمار کوچک که در حال خفه شدن است فرا می‌خوانند - ریتم تنفسی آهسته و آرام و کمتر از ۴۰ در دقیقه در نزد نوریسون (*nourrisson*) و کمتر از ۳۰ دقیقه در اطفال بزرگ می‌باشد.

مرحله شهیق (*inspiratoire*) کند و بطئی اما طولانی و همراه با کورناژ می‌باشد و نیز تیراژ (*Tirage*) (در ناحیه فوق استرنوم (*Sus sternale*) و فوق چنبری (*Sus clavicalaire*) و ناحیه شکم و فضاهای بین دندایی است. مجموعه این علائم ترجمان تنگی نفس حنجره‌ای می‌باشند. لذا قبل از ادامه دادن و تکمیل نمودن معاینات بیمار باستی زودتر از همه درجه فوریت و اورژانس (*Urgence*) بیماری را بر اساس زیر برآورد نمود و بفکر چاره افتاد:

— مدت پیشرفت بیماری.

— طرز پیشرفت، آیا این پیشرفت تدریجی است و یا بطور سریع و خشن جلو می‌رود.

— اهمیت تیراژ و اینکه چه موقعی ظاهر شده است.

— رنگ صورت بیمار، آیا سیانوز ظاهر شده است؟

بنابراین با مشاهدات بالا بدون در نظر گرفتن علت ایجادی مرض می‌توان چند تابلوی گوناگون از تنگی نفس حنجره‌ای ترسیم نمود. اما ممکن است تغییر حالت از لحظه‌ای به لحظه دیگر خیلی سریع صورت گیرد بطوریکه تصور آن از اول نمیرفته است.

وقتی که بیماری وحیم و خطرناک است می‌توان نکات زیر را مشاهده نمود. معمولاً در فرم‌های خفیف تیراژ فقط در ناحیه فوق استرنوم و آنهم بصورت ملایم (*Modéré*) است. رنگ صورت بیمار تقریباً عادی است طفل معمولاً آرام است و حتی می‌تواند بخوابد.

اما در فرم‌های شدید تنگی نفس بطور واضح و همراه با تیراژ زیاد می‌باشد - طفل تحریکاتی و فوق العاده عصبانی است بطوریکه نمی‌تواند بخوابد اما باز در اینجا

رنگ صورت عادی است و بالاخره در فرم هائی که با افزایش تنگی نفس (Paroxystique) همراه است طفل برای تنفس نمودن عملاً به تنازع و جنگ می پردازد . بطوریکه سر طفل بطرف عقب افتاده است گونه ها بر جسته و صورت پر از عرق و سیانوزه است در این حالت از درناحیه اپیگاستر (Epigastre) و فضای بین دندنه ها هم دیده می شود . این چنین تنگی نفسی واقعاً طفل را خسته می کند و بطرز خشنونت آوری قلب طفل را تحت فشار قرار می دهد بطوریکه اگر اقدام بعمل جراحی فوری و فوتی نشود مرگ بعلت شدت تنگی نفس و یا دفایانس کاردیاک (Défaillance Cardiaque) فرا می رسد بالاخره وقتی که ضيق تنفسی ادامه یابد طفل تاب مقاومت نیاورده تنفس او سریع و سطحی می شود .

سیانوز سریعاً افزایش یافته در این حالت فقط توباز و با تراکثوتومی فوری لازم است که طفل را نجات دهد .

این تابلوهای گوناگون تنگی نفس حنجره ای می باشند . فقط در فرم های محدود و منطقه ای سو گالوتیک است که دارای منظره کامل تبیک می باشد . در نوع لارنژیت وستیبولیر (Vestibulaire) (وستیبول حنجره) که معمولاً بسیار نادر است همراه با ضيق تنفسی در هنگام زفير (Expiratoire) بوده و معمولاً با دیسفارژی شدید توأم است .

اگر انتشار عفونت در ناحیه تراکثوتبرونشیک باشد و یا اینکه التهاب تمام راه تنفسی را فراگیرد کم کم ایجاد برادی پنه Bradypnée می کند (هم درشهیق و هم در زفير) در اینجا زفير معمولاً طولانی و آکتیف است .

اگر بیماری با برنکوبنومونی توأم گردد در اینجا سیانوز بشدت وجود داشته تنفس بسیار سطحی و پره های بالینی طفل باتمان دارد .

اما در تمام موارد چیزیکه بیشتر از همه اهمیت دارد تخمین زدن و جستجو کردن درجه ضيق تنفسی شهیقی است و این تنگی نفس شهیقی است که باعث بستری شدن بیمار در سرویس گوش و گلavo و بینی می گردد نه در سرویس بیماریهای اطفال زیرا هر لحظه ممکن است روی طفل عمل تراکثوتومی صورت گیرد . بنابراین وقتی که طفل در سرویس گوش و گلavo و بینی بستری شد بایستی از او امتحانات تكمیلی بعمل آورد و با سوالات مفصل از والدین طفل می توان علائم زیر را در نظر گرفت .

– سندرم عفونی وجود دارد ؟

- بیمار در معرض سرایت بیماری بوده است؟
- علائم و ناراحتی احتمالی حنجره‌ای داشته است؟
- آیا پیشرفت تنگی نفس مداوم بوده است یا پاروکسیستیک (Paroxystic)؟
- وضع فعلی صدای طفل روشن، خشن، یا خاموش است؟
- سرفه وجود دارد؟
- وضع حفره‌های بینی؟ وضع اوروفارنکس (Oropharynx)؟
- وضعیت ریه؟ آیا کار قلب و ریه عادی است؟

معمولًا از نقطه نظر کلینیکی باستی امتحان لارنگوسکپی مستقیم از طفل بعمل آید اما در اینجا خطر دارد زیرا سبب شدت و افزایش یافتن تنگی نفس می‌گردد و چه بسا که نفس تنگی حنجره‌ای که شاید قبل از معالجات طبی موقع خوب می‌شده است با انجام امتحان آندوسکوپی و شدت یافتن تنگی نفس کار به دخالت جراحی کشیده است.

بنابراین عملاً در تمام مواردیکه تنگی نفس حنجره‌ای در کار است باستثنای موقعیکه فکر کروپ (Croup) در کار است و یا بدان مظنو نیم نسباستی بفکر لارنگوسکپی مستقیم بود مگر اینکه واقعًا سودی دربر داشته باشد.

معمولًا لارنگوسکپی مستقیم فقط در تنگی نفس های طولانی و تکراری و بخصوص موقعی که تشخیص آن مشکوک است ارزش دارد.

تشخیص افتراقی:

۱) تنگی نفس های لارنگو تراکتال غیر عفونی می‌توانند اشکال تشخیصی ایجاد نمایند.

- اجسام خارجی راه تنفسی اگر تنگی نفس ایجاد کنند در عوض علائم زیر را همراه دارند:

- فقدان علائم عفونی.

- شروع خشن و بروتال (Brutal) و یکدفعه در چریان روز و در حین غذاخوردن و یا بازی کردن با اشیاء که در نتیجه جسم خارجی وارد تراشه گردد.

- سرفه‌های بسیار خشن و متواالی بمنظور بیرون راندن جسم خارجی.

اما تنگی نفس بعلت لارنژیت ممکن است بصورت خشن و بروتال در نزد طفلی که مختصری تب دارد بروز کند و لذا با جسم خارجی اشتباه می‌گردد بخصوص که

بعضی اوقات و بعضی از اجسام خارجی در رادیو گرافی دیده نمی شوند.

اسپاسم حنجره ای: ایجاد تحریک نوروموسکولیر (Neuro-mausculaire) می کند و مثل تمام تنگی نفس های حنجره ای ممکن است مرگ را بدنبال خود داشته باشد.

نzd طفل اسپاسموفیل یک التهاب حنجره ای یا تراکئو برونشیک گاهی اوقات اسپاسم حنجره را ظاهر می کند و لذا وارد کادر لارنژیت های خفگی آور اطفال می گردد.

فاکتورهای دیگری هم وجود دارند که سبب ضيق تنفس حنجره ای میگردند

مانند:

- فلچ دو طرفی حنجره

- پاپیلوماتوز حنجره (Papillomaatore)

- ادم غیر عفونی بخصوص ادم آلرژیک مانند ادم کوئیک.

(۲) تنگی نفس های غیر حنجره ای: مانند پلی پنه (Polypnee) (بامنشاء سانترال Centrale) یا پلورو پولمونر (Pleuro-pulmonaire) که معمولاً با معاینه کلینیکی ماهیت آنها شناخته میگردد اما باستی تأکید نمود که تنگی نفس های دیگری هم وجود دارند مانند:

- تنگی نفس های حلقی مخصوصاً در نوع آبسه رترو فارنز- pharyngée)

- آسم برونشیک مخصوصاً وقتیکه ایجاد هیپر پنه (Hyperpnee) همراه با تب میکند و سبب ایجاد لارنگو - تراکئو - برونشیت میگردد و از مشخصات آن اینکه درمان کورتیکوئید در آن بسیار نافع و مؤثر است و سبب تشخیص افتراقی میگردد. در تمام موارد مشکوک لارنگوسکپی مستقیم ارزش واقعی خود را می یابد.

درمان:

درمان دارای دو هدف اساسی زیر می باشد:

- تسهیل تنفس اطفال.

- ازین بردن عوامل التهابی بوسیله انتی بیوتیک و در جریان کروب سرو تراپی (Serotherapie) هم بدان اضافه میگردد این درمان ضد التهابی البته دارای اثر معجزه آسائی بروی نفس تنگی است اما اثر سریع درمان بر حسب موارد مختلف

فرق میکند بطوریکه در بعضی موارد در ظرف چند ساعت بهبودی نسبی مشاهده میگردد و پیش بعضی‌ها در ظرف چند روز این نتیجه حاصل میگردد. درمان با کورتیکوئید بسیار جالب است و مخصوصاً دوره و مدت معالجه را جلو میاندازد.

درمان جراحی: معمولاً در مواردیکه بیماری جنبه اورژانس و خطر را دارد و یا بدرمان طبی پاسخ مساعد داده نمیشود و یا اینکه بیمار دیر به پزشک مراجعه کرده است ضرورت دارد و مطرح میگردد.

درمان طبی: امروزه انتی بیوتیکها پیش آگهی حیاتی لارنژیت‌ها را واقعاً تغییرداده‌اند مخصوصاً در نوع لارنگو تراکتور و نشیک - پنی سیلین هنوز انتی بیوتیک انتخابی است و گاهی ممکن است همراه با استرپتو می‌سین و یا کلی‌مایسین (Colimycine) توأم گردد.

کورتیکوپرایری دل اساسی و اولیه را بازی میکند و بعلت اثرش بر روی ادم حنجره سبب می‌شود که فیلیر (Filiare) تنفس بهبودی یافته و باصطلاح وستیبول حنجره فراخ‌گردد و راه حنجره باز شود.

بهتر است کورتن تزریقی بکار رود بشکل تزریق داخل عضلانی و معمولاً در عرض ۲۰ تا ۳۰ دقیقه اثر خود را می‌بخشد. حتی اگر لازم است و وضع مریض خطرناک است می‌توان داخل رگ تزریق نمود.

علاوه بر این داروهای مسکن از نوع گاردنال بمقدار کلاسیک یک سانتی‌گرم بر حسب هرسال سن طفل می‌توان داد و سبب می‌شود که طفل ناراحت و تحریکاتی و خسته بخوابد.

اما باستی سعی نمود که داروی فوق را با دوز (Dose) قوی تجویز ننمود زیرا مانع از دفاع طفل برای انجام دادن تنفس میگردد بطوریکه بعضی‌ها امروزه بخاطر همین موضوع اصولاً مخالف دادن گاردنال هستند.

طريقه و راهنمای درمان طبی:

درمان طبی دارای اهمیت بسیاری است بطوریکه اگر بموقع صورت بگیرد جلوی دخالت جراحی را تا مقدار قابل ملاحظه‌ای میگیرد منتهی باید این درمان در تحت مراقبت جراحی و دریک مرکز تخصصی که هر آن بتوان اقدام بعمل جراحی را در مورد بیمار اجرا نمود انجام داد.

همانطوریکه میدانیم تمام لارنژیت‌ها با تنگی نفس در مرحله شهیقی همراهند و بنابراین بوضوح باید گفت که کلیه این بیماران باید در یک سرویس گوش و گلو و بینی بستری گردند و هرچه زودتر بایستی تزریق آمپول کورتن بخصوص (Soludécadron) بعمل آید. در بخش، اطاق بیمار باید مجزا بوده و دارای هوای مرطوب باشد. در مواردیکه نفس تنگی مهم است بایستی خیلی زود دست بکار شد بطوریکه اگر پس از نیمساعت یا یک ساعت (بر حسب وضع حال طفل) تیراژ (Tirage) هنوز هم ادامه داشته و یا مجدداً ایجاد گردیده است بایستی فوراً بعمل جراحی اقدام نمود.

دخالت جراحی:

هدف از اقدام جراحی از بین بردن تنگی نفس حنجره‌ای است.

— اقدام بعمل تراکتوتومی.

— یا با گذاردن لوله در حنجره و بزرگ کردن کالبیر حنجره (انتوپاسیون

(Intubation)). در اینجا قبل از عمل لازم است بمریض اکسیژن داد.

۱) توباز: بایستی مقدمتاً گفت که در قرن ۱۹ برای معالجه کروپ از توباز

(tube) استفاده شده است.

آقای (Lemariey) مخصوصاً اثر معجزه آسای آنرا در جریان لارنژیت‌های

سو گلو تیک توصیف نموده است اما بایستی اعتراف نمود که عده‌ای از متخصصین

گوش و گلو و بینی مخالف آنند. ولی بازهم در این چند سال اخیر بعلت وجود

انتی بیوتیکهای قوی و با میدان طیف وسیع و نیز بعلت پیدایش کورتیکوئید دوباره

انجام آن توصیه گردیده است.

a) مزیتها ای که دارد؟: گذاردن آن خیلی ساده است و در جریان یک

لارنگوسکپی مستقیم می‌توان توباز نمود معمولاً توبهای Froin که از برنس طلائی

هستند در حنجره بسیار خوب تجمیل می‌شوند بمدت ۳ تا ۵ روز و از خود هیچگونه

ضایعه Sequelle بیادگار نمی‌گذارند.

b) عیب آن این است که ممکن است ناحیه سو گلو تیک را تحریک کند و خود

سبب انسداد گردد و باضافه احتیاج بمراقبت شدید پزشکی و نیز احتیاج به پرستاری

اختصاصی و همیشگی دارد تا طفل Tube مرتب و هر آن تحت نظر باشد.

c) اندیکاسیون: تنها اندیکاسیون آن در نوع تنگی‌های نفس شهیقی است

(Inspiratoire) و با شدت متوسط بطوریکه مدت کمی از ظهور آن گذشته باشد و نسبت به درمان طبی خوب جواب نمیدهد.

در این موارد نتیجه عمل توباز بسیار عالی است و در سایر موارد انجام آن خطرناک است بدلایل زیرین :

- در تنگی نفس‌های خیلی شدید و یا خیلی طولانی .
- در لارنژیت‌های وستیبولر زیرا در اینجا ادم سوراخ فوکانی توبرا می‌بندد.
- در لارنژیت‌هاییکه همراه با ضایعات تراکثوبرونشیک اند و یا اینکه همراه با ادم تراکثال باشند .

گاهی در جریان لارنگوسکپی مستقیم و پس از آن توباز می‌کنند تابداً و بلافصله بیمار تحت عمل تراکثوتومی قرار گیرد و باصطلاح توباز سبب آسان شدن و بموقع انجام دادن تراکثوتومی می‌گردد . معهذا مجدداً یاد آور می‌شود که در تمام مواردیکه توباز صورت گرفته است و تنگی نفس از بین نرفته است باید فوراً و بلافصله تراکثوتومی نمود .

(۲) تراکثوتومی :

(a) مزیتها ایکه دارد : تنفس را بهبود می‌بخشد (از هرجهت و بهره علتی که باشد) و سبب می‌شود که از راه آن ترشحات فراوان مرتب آسپیره گرددند .

(b) عیب کار : ایجاد ضایعه (Sequelle) هائی است که از خود بجا می‌گذارد بخصوص استنوز لارنگو تراکثال (Stenose larynge-tracheale) برای تسهیل در عمل تراکثوتومی بعضی از متخصصین ابتدا لوله Froin در حنجره می‌گذارند و یا اول بر نکوسکپ در تراشه می‌گذارند این کار سبب می‌شود که اکسیژنasiation (Oxygenation) قبل از عمل از راه لوله بخوبی صورت گرفته و از طرف دیگر توباز از ظهور و بروز پنوموتراکس (Pneumotherax) (جلو گیری) می‌کند .

مراقبت اطفال تراکثوتومیزه : تراکثوتومی بایستی فوراً و بطور قابل ملاحظه ای تنگی نفس طفل را بهبود بخشد بطوریکه اگر پس از عمل تراکثوتومی باز هم تنگی نفس وجود داشته باشد بایستی معاینه قلب و ریه از بیمار بعمل آید .

- ممکن است یک تراکثوبرونشیت در کار باشد بخصوص اگر تیراژ (Tirage) ادامه داشته باشد .

- بر نکوپنومونی در مواردی که سیانوز وجود دارد همراه با Polypnée و باتمان پرهای بینی .
- یک پنوموتراکس و معمولاً در اینجا رنگ صورت عادی است ولی Polypnée وجود دارد. برای این پنوموتراکس دو علت اساسی تصور می کنند .
- شاید رآنیماسیون (Reanimation) تنفسی خیلی خشن و سریع صورت گرفته باشد و شاید تیراژ مهمی در هنگام تراکئوتومی انجام یافته باشد در این موارد کمی فشار مدیاستن در هنگام شهيق (Inspiratione) عبور هوار ابظر قفسه صدری و حفره های پلورال آسان نموده و راه ورودی هوا هم پره تراکئو است . (Pre - tracheaux)

نتیجه :

پیش بینی در تمام مدت پیشرفت لارنژیت خفگی آور کودکان با احتیاط تلقی می شود فقط با بستری شدن در یک سرویس تخصصی گوش و گلو و بینی و مراقبت شدید و مداوم بیمار میتوان از بروز حوادث و خطرات جلوگیری کرد .

فهرست مآخذ

- 1-Daniele Wicz : veber die Aenderung der Aethiopathogenese der stenosiesenden laryngo-tracheictis in Kindesalter in der Area der diphtherie Schutzimpfang. 1960
- 2- Despons, J.laryngites Suffocantes de l' enfant 1966.
- 3- Haw King D. B. Acute Laryngo-tracheitis in children. the laryngoscope (U.S.A) Mai 1966.
- 4- Lemariey : A.Otorhinolaryngologie infantile Masson 1956
- 5- Mac Lean: Excerpta O.R.L 1964.
- 6- Mollica : les dyspnées laryngees aigues de l'enfance . Problems therapeutiques Ann. P. R. L (France) 1965.