

TECHNICA
AMIGDALECTOMIEI TOTALE
IN CLINICA O. R. L. DIN CLUJ

TEZĂ
PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 12 MARTIE 1936



DE

ȘTEFAN GÂRBEA

FOST EXTERN TITULAR AL CLINICILOR UNIVERSITĂȚII
EXTERN TITULAR AL POLICLINICEI C. F. R.

CLUJ

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

TEHNICA AMIGDALECTOMIEI TOTALE IN CLINICA O. R. L. DIN CLUJ



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 12 MARTIE 1936

DE

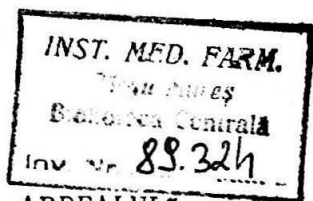
23 MAY 2005

ȘTEFAN GÂRBEA

POST EXTERN TITULAR AL CLINICILOR UNIVERSITĂȚII
EXTERN TITULAR AL POLICLINICII C. F. R.

CLUJ

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



UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr. D. MICHAÏL.

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr	<i>Aleman I.</i>
Istoria medicinei	" "	<i>Bologa V.</i>
Bacteriologie	" "	<i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală	" "	<i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	" "	<i>Buzoianu G.</i>
" ginecologică și obstetricală	" "	<i>Grigoriu Cr.</i>
Istologia și embriologia umană	" "	<i>Drăgoiu I.</i>
Semiologie medicală	" "	<i>Goia I.</i>
Clinica medicală	" "	<i>Hațieganu I.</i>
Clinica chirurgicală } Medicina operatoare }	" "	<i>Pop A.</i>
Medicina legală	" "	<i>Kernbach M.</i>
Farmacologia și farmacognozia	Supl.	<i>Popovici Gh.</i>
Clinica infantilă	" "	<i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	Prof.	<i>Michail D.</i>
" neurologică	" "	<i>Minea I.</i>
Igienă și igienă socială	" "	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	" "	<i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" "	<i>Papilian V.</i>
Fiziologia umană	Supl.	<i>Drăgoiu I.</i>
Balneologie	Prof.	<i>Sturza M.</i>
Clinica dermato-venerică	" "	<i>Tătaru C.</i>
" urologică	" "	<i>Țeposu E.</i>
Chimia biologică	" "	<i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	" "	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	" "	<i>Vasițiu T.</i>

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte : Domnul Prof. Dr. Gh. Buzoianu

Membrii :	}	Domnul Prof. Dr. I. Hațieganu
		" " " A. Pop
		" " " Gh. Popoviciu
		" " " E. Țeposu

Supleant : Domnul Doc. Dr. A. Iancu

Stimii Prof. Dr. H. Buzoianu, celui mai
înalt profesor al studențimii,
Stimă și deontament,
12/III 1936.
Gărluța.

Introducere

Subiectul de față, pe care mi l-a încredințat Dl. Prof. Buzoianu, mi s'a părut relativ simplu, consultând însă în cea mai mare parte literatura de specialitate, mi-am dat seama că observațiile asupra amigdalectomiei, sunt atât de bogate și variate, încât nu pot fi concentrate în paginile unei teze modeste. Un astfel de subiect are pretenția unei adevărate cărți, pe care n'o avem încă în biblioteca de specialitate.

Amigdalectomia totală fiind una din cele mai frecvente operațiuni în specialitatea O. R. L. este considerată ca o intervenție banală ca și apendicectomia în chirurgia mare, dar aceasta numai din partea acelor care au mai mult „curaj“ decât simțul de pătrundere al chestiunilor chirurgicale.

Gândindu-ne însă la varietatea cazurilor, ce pot da atâtea dificultăți în timpul operației, precum și la complicațiile postoperatorii, ne dăm seama de prudența pe care trebuie s'o avem în executarea actului chirurgical, care trebuie să fie condus cu o tehnică perfectă și după o metodă cât mai simplă și cât mai eficace, pentru a feri bolnavul de atâtea neplăceri, datorite în mare parte multiplelor metode operatorii nepotrivite, dar nu mai puțin și chirurgului neversat.

Tocmai aceste motive, m'au determinat să insist mai mult asupra unor capitole, cari sper că vor fi consultate mai ales de unii medici practicieni, nespecialiști, ce-și permit să execute acte operatorii incomplete, așa cum mi s'a dat ocaziunea să văd în atâtea rânduri, ca unul care sunt în al treilea an de muncă în această specialitate.

Pentru a-i da un contur cât mai clar, am căutat să păstrez în repartizarea materialului acestui subiect, pla-

nul obișnuit pentru descrierea oricărei operațiuni, împărțindu-l în X capitole.

Am început cu istoricul cheștiunei, care mi s'a părut interesant tocmai pentru că operația se executa cu mult înaintea erei creștine.

După câteva noțiuni de embriologie am insistat mai mult asupra anatomiei regiunii amigdaliene, atât de importantă nu numai din punct de vedere chirurgical, ci și patologic.

Condus fiind de curiozitatea de a cunoaște cercetările actuale asupra fiziologiei amigdalei, considerată ca glandă cu secreție internă, am răsfoit atât literatura de fiziologie cât și cea de specialitate, redând într'un capitol aparte experiențele cele mai importante.

Pentru a fi mai clar în expunerea indicațiilor operatorii am căutat să redau și câteva noțiuni de patologie, istologie și isto-patologie. Indicațiile operatorii având o importanță clinică considerabilă, din cauza frecvenței lor, am căutat ca în expunerea acestora să fiu cât mai complet.

După descrierea sumară a metodelor operatorii întrebuițate în diferite timpuri, am trecut la procedeul clinice, ale cărui avantagii față de celelalte metode sunt ilustrate foarte intuitiv de planșele aflate la capitolul respectiv.

Mă simt fericit că pot întâlni aici ocaziunea să mulțumesc Dlui Prof. Buzoianu, nu numai pentru bunăvoința cu care mi-a încredințat subiectul acestei teze, ci și pentru sprijinul moral și material acordat pentru redactarea ei, fapt pentru care îl rog să primiască toată stima și devotamentul meu.

În capitolele ultime am dezvoltat pe larg, complicațiile operatorii și postoperatorii din care reiese prudența pe care trebuie să o avem în timpul operației, căci 90% din accidentele operatorii în O. R. L. le dă amigdalectomia (Klotz).

O cheștiune care m'a preocupat deasemenea a fost starea psihică la copii după operație, cheștiune care la noi se discută mai puțin și asupra căreia pe lângă lite-

ratura americană, am consultat și un prețios articol al Dlui Doc. Dr. Iancu.

Înainte de-a încheia țin să mulțumesc D-lui șef de lucrări Dr. Benetato, pentru îndrumările date și d-lor asistenți ai Clinicei O. R. L. pentru bunăvoința arătată.

Dlui F. Tripon îi mulțumesc pentru amabilitatea, cu care mi-a ajutat la traducerea unor chestiuni din literatura engleză. Aceleași mulțumiri d-lui asistent Dr. Roșca și colegului Cupcea, dela Institut. de Psihologie, pentru bunăvoința cu care mi-au pus la dispoziție anumite chestiuni de psihologie.

Colegului Baboie, pentru reușita planșelor din cuprinsul tezei, recunoștință. D-lui A. Bușan stud. mulțumiri.



CAP. I.

Istoric

Amigdalectomia fiind operația ce s'a executat din cele mai vechi timpuri, istoricul ei e foarte bogat. Voi încerca să redau în rezumat datele cele mai interesante culese după indicațiile dlui Prof. Bologă, rugându-l totodată să primească mulțumirile mele cele mai respectuoase pentru atențiunea acordată, discutând subiectul acesta în cadrele unui seminar. Tot domnia Sa mi-a atras atenția asupra tratamentului și operației asupra amigdalelor făcute în mod special de „valahi“, punându-mi la dispoziție câteva date extrem de interesante în acest sens.

Datele cele mai vechi în legătură cu operația asupra amigdalelor le găsim la Hippocrates, care amintește în mai multe rânduri de deschiderea abceselor periamigdalienne cu cuțitul. La inflamația amigdaliană Hippocrates recomandă ventuze pe gât și inhalații cu substanțe aromatice (anul 370 a. Chr.).

Celsus, care a fost mai mult un amator al medicinei și în special al chirurgiei, a scris o enciclopedie din care ne-a rămas numai partea medicală. El însuși practică ablația totală a amigdalelor, enucleindu-le cu degetul sau tăind cu bisturiul după rezistența capsulei: „hamulo excipere et scalpello excidere“ (anul X d. Chr.).

Oetius mai timid, nu suprima decât massa liberă a amigdalelor, de teama hemoragiei. El recomandă după operație gargarizări cu apă oțetată rece.

Paul de Egina, pela 750, reduce indicațiile amigdalectomiei totale la minimum, descriind pe larg turburările cauzate de hipertrofia amigdalelor.

Abulkasim descrie tonsilectomia în felul următor:

bolnavul să se așeze cu fața către soare, capul bolnavului să fie pe genunchii operatorului, un ajutor apasă limba în jos, tonsilele se apucă cu un cârlig și se taie cu foarfeci sau cuțit cu tăiș concav.

Suçruta, din India Orientală spune că în hipertrofia amigdalelor, acestea să se tragă cu un cârlig și să se taie cu un cuțit în formă de semicerc.

În tot decursul evului mediu până prin secolul al XIV-lea, era o tendință generală, de a reduce cât mai mult amigdalectomia. Astfel medicii arabi recomandau apoi cauterizarea, îndepărtându-se de metoda lui Abulkasim.

Pela 1550 Guillemeau vine cu o idee foarte ingenioasă, spunând că, dacă amigdala e alungită sau sclerozată, se poate prescurta tăind-o cu un laț, așa că în secolul al XVIII-lea se întrebuița exclusiv metoda lațului sau a ansei, recomandată de Guillemeau.

În medicina populară românească încă se găsesc date interesante asupra chirurgiei și tratamentului „gâlcilor“. Există un raport al unui chirurg german despre credințele românilor asupra moroilor, scris pe la 1756 și publicat de dl Prof. Bologa în „Anuarul arhivei de folklor“, din care citez pasagiul următor: „Operatorii valahi culcă pe bolnav pe spate, cu picioarele către soare. Cu un cârlig grosolan lucrat de țigani, îi prinde amigdalele și le taie cu un cuțit de bucătărie bine ascuțit. Ei știu să facă operația aceasta foarte îndemânată, dar sângerarea din rană e foarte mare. Când sângele curge prea tare, atunci singurul leac este zeama de varză foarte acră. Această operație costă 17 creițari“.

Leon în „Istoria naturală medicală a poporului român“ spune cum durerile de gâlci se tratau cu excremente albe de câine. Autorul explică acțiunea terapeutică a acestor excremente prin bogăția lor în calciu, la câinii ce rod multe oase, care are efect antiinflamator. Excrementele mai conțin și bacili coli în cantități enorme, ei fiind antagoniști ai cocilor.

În epoca contemporană amigdalectomia totală a făcut progrese imense, câștigând foarte mult teren datorită rezultatelor evidente.

Cu privire la istoricul tehnicii amigdalectomiei cu ansa rece, ideia n'a fost a lui Ficano din Palermo pe la 1896, așa cum scrie Laurens în ediția tratatului său din 1906, ci ea a fost recomandată de Guillemeau pe la jumătatea secolului al XVI-lea, așa că putem spune că această metodă a fost numai perfecționată mai întâi de Ficano, apoi de Vacher pe la 1900, care a dus-o la de-săvârșire.



CAP. II.

Noțiuni de embriologie

Amigdala se dezvoltă la nivelul celei de a doua punji branchiale. În luna a treia a vieții intrauterine, apare o depresiune pe peretele lateral al faringelui. În acest stadiu mai apare înapoia și deasupra arcului palatin anterior un tubercul ce dă naștere plicei triunghiulare, care transformă depresiunea amigdaliană într-o pungă mai mult sau mai puțin profundă.

În acest stadiu găsim elementele următoare: arcul palatin anterior sau stâlpul anterior, imediat înapoi e tuberculul tonsilar, ce se prelungește în jos sub formă de bandetă, care e plica triunghiulară, mai înapoi e arcul posterior sau stâlpul palatin posterior, care la început fiind aproape orizontal, cu timpul e tras de baza limbii, ce se dezvoltă mereu și devine aproape vertical abia la finea anului al doilea. Armătura amigdaliană astfel constituită, epiteliul mucoasei fosetei amigdaliene formează o plică transversală pe mijlocul celei triunghiulare; împărțind depresiunea amigdaliană în două fose inegale, superioară și inferioară. Corpul amigdalian se dezvoltă în aceste fose, rezultând din transformări succesive ale epiteliului mucoasei faringiene. Masa țesutului limfoid crescând extinde fosa amigdaliană. Mai apar muguri limfoizi periamigdaliieni și în special pe fața internă a plicei triunghiulare, aceștia fiind responsabili, în reapariția amigdalei după enucleație, dacă plica triunghiulară rămâne pe loc.

Capsula amigdalei e un produs al mucoasei faringiene și nu trebuie confundată cu aponevroza faringiană.

Cu privire la proveniența elementelor constitutive ale amigdalei sunt 3 teorii: teoria mezodermică, teoria

mixtă mezo-ectodermică, ce admite dezvoltarea limfocitelor din ectoderm și reticulul conjunctival din mezoderm. Amigdalele încearcă un proces de involuție la indivizii înaintați în vârstă, în filtrația limfoidă scade în jurul foliculilor, aceștia se atrofiază, iar epiteliul stratificat pavimentos al criptelor își recapătă aspectul normal.



CAP. III.

Anatomia

Amigdalele palatine sunt două mase limfoide, ce fac parte din marele cerc limfatic faringian al lui *Waldeyer*, împreună cu *amigdala faringiană* a lui *Luschka*, ce ocupă regiunea mediană a boltei faringiene și a cărei hipertrofiere dă vegetațiile adenoide. În acest cerc mai intră amigdalele *linguale* dela baza limbii și *amigdala tubară* a lui *Gerlach* așezată de o parte și alta, la nivelul pavilionului trompei lui Eustache.

Amigdalele palatine le găsim la majoritatea mamiferelor sub diferite mărimi, (fapt important pentru experiențele fiziologice). Ele ocupă fosele amigdaliene de pe peretele lateral al faringelui, ce rezultă din îndepărtarea celor doi stâlpi ai vălului palatin. Fiecare amigdală are forma unui ovoid, mai mult sau mai puțin turtit, așezate în loje cu o direcție puțin oblică de sus în jos și dinainte înapoi. Dimensiunile variază foarte mult, normal cam 2,5 cm. lungime, 1,5 cm. lărgime și 1 cm. grosime. Având forma de migdale, prezintă două fețe; două margini și două extremități.

Fața internă plană sau convexă, acoperită de mucoasa faringiană, prezentând un număr de orificii (10—20), cari sunt deschiderile criptelor amigdaliene ce pătrund variat în masa amigdaliană, ajungând unele până la capsulă. În cripte se pot angaja mucozități, cari concretizându-se în grunji albicioși de consistență mai dură, dau un miros mai mult sau mai puțin fetid. Pe polul superior al amigdalei se găsește cea mai mare criptă numită „*crypta magna*“.

Fața externă: e aplicată direct pe peretele lateral al faringelui, de care aderă intim *capsula amigdaliană*.

ce face parte integrantă din corpul acesteia. Ea acoperă două treimi din organ; apoi se continuă cu stratul fibros al mucoasei bucale. Capsula prin fața sa internă trimite în corpul amigdalian prelungiri fibroase, ce o împart în lobi amigdalieni.

Fața externă a capsului e legată de loja amigdaliană printr' o rețea laxă și puțin rezistentă de fibre subțiri, delimitând spații lacunare, ce constituie un plan de cilyaj cu rol chirurgical considerabil. În practică însă găsim puncte de rezistență, în raport cu vârsta și infecțiile precedente ale amigdalelor. Primul punct de rezistență îl constituie pediculul vasculo-nervos dela nivelul treimeii inferioare a amigdalei, precum și fascicolele mușchiului faringo-amigdalian, cari perforând constrictorul superior, se pierde pe suprafața capsulei.

Alt punct de rezistență e la nivelul stâlpului posterior, în jumătatea sa inferioară, unde faringo-stafilinul (mușchiul din grosimea stâlpului posterior) schimbă fibre cu capsula.

Când sunt amigdale cicatriciale, chirurgul trebuie să-și creieze un plan de cilyaj artificial.

Capsula mai trimite o expansiune ce înconjoară fața internă a amigdalei și numită *plica inelară*, care are două porțiuni: una superioară — *plica supra-amigdaliană* — sau semilunară, ce acoperă polul superior al amigdalei și o porțiune inferioară mai importantă, care pare să țină polul inferior al amigdalei, aceasta e *plica triunghiulară*, care pleacă dela nivelul treimeii inferioare a stâlpului anterior, deasupra bazei limbii și se prelungește până la stâlpul posterior, unde se continuă cu *plica retro-amigdaliană* când există.

Linia de hotar între porțiunea liberă a amigdalei și porțiunea sa acoperită, este punctul de atac în amigdalectomia totală.

Între plicele descrise mai sus și corpul amigdalian, sunt săpate niște fose, mai mult sau mai puțin profunde, dintre cari două mai principale: *fosa supra-amigdaliană* limitată în sus de unghiul format din unirea celor doi stâlpi, jos de polul superior al amigdalei. Această fosă este acoperită în parte de *plica semilunară* și poate fi

foarte mult extinsă în vălul palatin. Poate fi plină cu țesut limfoid care, foarte rar poate fi cauza refacerii amigdaliene, după amigdalectomia totală. Tot în această fosă se constată o depresiune, care în anumite cazuri se pretungește în grosimea vălului palatin, ca o fistulă și care ar fi o urmă a celei de a două crăpături branchiale, adesea infectată, constituind punctul de plecare al fistulelor congenitale faringiene. Foseta supraamigdaliană poate fi locul de plecare a flegmoanelor periamigdaliene.

A doua fosă e cea anterioară, între stâlpul anterior, plica triunghiulară și fața anterioară a amigdalei.

Loja amigdaliană, săpată în peretele lateral al faringelui, de formă triunghiulară cu un *perete anterior*, format din stâlpul anterior, ce cuprinde în grosimea lui mușchiul glosostafilin, întins dela fața inferioară a vălului palatin la baza limbii. *Peretele posterior*, format de stâlpul posterior, care cuprinde fasciculele externe și mijlocii ale mușchiului faringo-stafilin, ce pleacă în sus dela fața posterioară a vălului, de pe aponevroza palatină și de pe extremitatea inferioară a buretelului cartilagos al trompei, se îndreaptă spre peretele lateral al faringelui și pe marginea posterioară a cartilagiului tiroid.

În urma amigdalitelor repetate, stâlpii aderă parțial sau total de amigdală și deci greutate în enuclearea ei.

Stâlpii aderenți, ai căror mușchi știm că duc la limbă, faringe, laringe, astfel se explică jena în deglutiție și fonație.

Peretele extern, sau fundul lojei amigdalienne e format de aponevroza faringiană, derivată din fascia cervicală profundă, apoi un strat muscular format din constrictorul superior, constrictorul inferior (fasciculele cele mai superioare); stilo-faringianul, ce pleacă de pe apofiza stiloidă, perforază constrictorul superior și se inseră pe capsula amigdaliană. Stilo-glosul vine în partea cea mai anterioară a lojei amigdalienne.

Mușchiul amigdaloglos emanat de capsula amigdaliană se pierde prin fasciculele sale inferioare în corpul limbei.

Raporturile, amigdalei: fața externă prin intermediul peretelui faringian, e în raport cu spațiul macsilo-faringian și deci cu loja pre- și retro-stiliană. În cele două treimi anterioare, fața externă răspunde țesutului grăsos interpus între pterigoidanul intern și peretele faringian. În treimea posterioară ea răspunde, dinainte înapoi, mușchiului stilo-glos încrucișat de vasele palatine ascendente, mușchiului stilo-hiodian, carotidei externe, nervului glosafaringian și arterei faciale.

Polul superior amigdalian e în raport cu carotida internă (1^{1/2}—2 cm) și polul inferior cu carotida externă.

Amigdalele variază atât ca formă cât și ca dimensiune. Din punct de vedere chirurgical distingem două tipuri: amigdalele *înfundate*, hipertrofiate sau nu sunt acelea care se văd închise între stâlpi și plice. Apoi forma *pediculată*, ce se eliberează dintre stâlpi și se desvoltă în cavitatea bucală. Între aceste două tipuri extreme, se găsesc tipuri intermediare, ca amigdale cu criptă centrală, bilobate etc. Amigdalele se mai poate prelungi prin polul inferior până la amigdala linguală. Wis-kovsky (Bratislava) a observat că 90% din amigdalitele cronice prezintă inegalitate ce poate fi și aparentă din cauza tracțiunii produse de aderențe. Această observație are importanță în diagnosticul amigdalitelor cronice.

Vasele. Fiind o porțiune diferenciată a mucoasei buco-faringiene, amigdala n'are o vascularizație și inervație proprie, ci acestea se confundă în mare parte cu cele ale faringelui.

Arterele, aproape întotdeauna multiple, provin din linguală, faringiană inferioară și din cele două palatine superioară și inferioară. Ele intră prin fața profundă a amigdalei la nivelul capsulei, de aci se ridică vertical în despărțiturile interlobulare, dând de ambele părți colaterale.

În genere ele sunt în număr de patru: *artera tonsilară principală*, provine din artera *facială* și după ce a perforat constrictorul superior al faringelui se divide într'un număr de ramuri ce intră prin partea inferioară a capsulei amigdaliene.

Artera tonislară superioară, ramură a a palatinei

descendente intră în amigdală la nivelul polului superior.

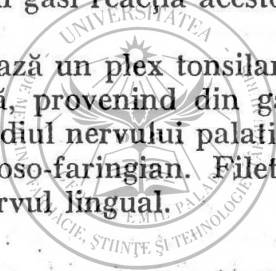
Artera tonislară anterioară, ramură a palatinei ascendente, intră în amigdală la nivelul feței anterioare.

Grupul tonislarelor inferioare, ramuri din artera dorsală a limbei, pătrund în amigdală la nivelul polului inferior.

Venele, formează pe fața externă un plex tonsilar pericapsular foarte bogat, mai important la partea inferioară a lojei amigdaliene, fiind o dependență a plexului faringian.

Limfaticele urmând în amigdală calea vaselor, se colectează pe fața externă în trei până la cinci trunchiuri, cari trecând prin aponevroza faringiană și constrictorul superior se termină în ganglioni cerevecali profunzi (substerno-mastoidieni), ce corespund unghiului mandibulei, astfel vom găsi reacția acestora în afecțiunile amigdalelor.

Nervii formează un plex tonsilar pe fața externă în treimea inferioară, provenind din ganglionul sfeno-palatin prin intermediul nervului palatin mijlociu și posterior, apoi din glosio-faringian. Filete nervoase provin frecvent și din nervul lingual.



CAP. IV.

Fiziologia amigdalelor palatine

Rolul amigdalelor palatine în apărarea organismului este bine cunoscut. Experințele mai recente ale diferiților autori (Prasek, Zuk), au demonstrat că țesutul amigdalian conține substanțe bactericide cu caracter lipoidic. Faptul acesta a fost documentat prin examinarea puterii bactericide a extractului alcoolic de amigdală, asupra diferiților microbi. S'a mai observat că puterea bactericidă e cu mult mai slabă în hipertrofia simplă amigdaliană.

Răsfoind mai departe literatura universală, atât cea de fiziologie, cât și cea de specialitate mi-am dat seama că cercetările fiziologice, puține la număr până în prezent, au dat rezultate incomplete, pentru a putea stabili rolul precis al amigdalelor socotite drept glande cu secreție internă. Cu toate că operația asupra amigdalelor se făcea din cele mai vechi timpuri, aceste cercetări fiziologice sunt cu totul recente, poate tocmai pentru că amigdalectomia n'a dat complicații evidente, cari să determine pe autori la cercetări mai minuțioase cu privire la secreția internă a amigdalei.

În ultimii șase ani, s'au făcut mai multe experiențe cu extractul amigdalian asupra diferitelor funcțiuni atât la animale cât și la om și cari sunt încă în curs de cercetare. Astfel s'a studiat acțiunea extractului amigdalian asupra tensiunii sanguine (Gaertner și Kostyál). Administrând intravenos la iepuri extractul apos din amigdalele de porc, se observă o scădere a tensiunii sanguine. Această scădere după cum mărturisesc autorii, ari fi datorită mai mult impurităților, ce se găsesc în extract și în special cholinei.

Influența amigdalelor asupra vasomotricității a fost demonstrată și prin cercetări clinice, ca cele ale lui Bondarenko, care în toate cazurile de amigdalită cronică, observă și turburări vasomotorii concomitente, ce se ameliorează în urma cauterizării amigdalelor.

După unii, amigdalele ar avea și un rol în metabolismul hidraților de carbon. Astfel extractul amigdalian produce o scădere al zahărului sanguin. Acțiunea lui asupra hidraților de carbon, n'ar fi directă, ci s'ar face prin intermediul pancreasului și ficatului.

Influența amigdalelor asupra metabolismului poate fi considerată, ca o manifestare a unei acțiuni generale pe care țesutul limfatic îl are asupra metabolismului. Astfel după cercetările lui Brodvinac (Zagreb), care observă că acest țesut limfoid este mai bogat în sistemul gastro-intestinal și care în anumite cazuri de metabolism bazal mărit, cum sunt anumite stări morbide, se dezvoltă foarte mult. Acest țesut limfoid servește ca neutralizant al substanțelor iritante și al produselor intermediare provenite din metabolism. Neutralizarea, după observațiile minuțioase ale autorului, se face în foliculul limfatic printr'un fel de chimiotaxism, care obligă aranjarea elementelor celulare în cele două zone caracteristice foliculului. Intotdeauna resorbția produselor intermediare metabolice, provoacă aceese de reacție fiziologică în țesutul limfoid. Amigdalele pot neutraliza substanțele iritante, dând o imunitate locală, dar pot deveni și foarte ușor insuficiente prin iritația de ordin microbian.

Secreția internă a amigdalelor s'ar pune pe seama limfocitelor. Aceste limfocite formate în foliculii limfatici pot străbate epiteliul amigdalian și să pună în libertate, în contact cu bolul alimentar, diverși fermenți sau substanțe pentru desintegrarea albuminelor, jucând oarecum rolul unei secreții externe. Limfocitele pot trece prin diapedeză și în vasele sanguine sau limfatice ca și limfocitele ganglionilor, punând în libertate secreția internă.

S'a mai demonstrat influența extractului amigdalian asupra creșterii și dezvoltării șoarecilor albi. Hră-

nind șoareci cu extract amigdalian pulverizat sau prin injecții, aceștia au arătat o creștere cu mult mai rapidă, decât animalele de control. Aici e locul să amintesc de influența amigdalelor asupra corpului tiroid, cu rol atât de important în creștere. Puseele inflamatorii ale amigdalelor excită hiperfuncția tiroidei și cari repetându-se duc la gușă (Brown).

O observație practică este aceea a lui Halasz, care demonstrează eficacitatea extractului amigdalian în faringitele cronice precum și în cele uscate survenite în rare cazuri după amigdalectomie. Tabloul sanguin se schimbă imediat după primele două injecții, leucopenia trecând în leucocitoză.

Iată aceste cercetări interesante, cari par să demonstreze, că amigdalele n'ar avea un rol fiziologic definit, ci ele prin secreția lor internă, ar întregii numai acțiunea celorlalte glande. În favorul acestei concluziuni poate veni și observația următoare: se poate face asemănare între amigda și apendicele cecal, care fiind tot un organ limfoid în tractul gastro-intestinal și care deasemenea ar juca rolul unei glande cu secreție internă, căci numai astfel se pot explica tulburările după apendicectomie, survenite la unii indivizi, ca încetinirea peristaltismului intestinal, precum și o tendință la îngrășare.

După amigdalectomie găsim un fapt asemănător. la unii indivizi apărând o explozie a țesutului limfoid sau o faringită uscată, care poate dispărea după administrarea extractului amigdalian. Ambele constatări denotă că organele limfoide a le acestor indivizi cu complicații post-operatorii, le sunt mai necesare ca altora, poate pentru că glandele pe cari le întregiau aceste organe limfoide îndepărtate, ar fi și ele insuficiente. Acest fapt poate explica complicațiile post-operatorii survenite nu mai la unii dintre cei operați și cari ar avea o insuficiență a tuturor glandelor.

Din cercetările fiziologice de mai sus, rezultă că amigdalectomia este indicată și în hipertrofia amigdaliană simplă, nu numai în cazul amigdalelor patologice.

CAP. V.

Considerațiuni de patologie și anatomie-patologică, istologie- istopatologie.

Știm că marele cerc limfatic al lui Waldeyer are un rol considerabil în defența organismului, absorbind și distrugând germenii ce intră pe cale nazală și bucală. Această luptă se traduce prin inflamația amigdalelor dând *amigdalite* și a celorlalte formațiuni limfoide producând *angine*.

Dacă infecția se generalizează e precedată de o angină ca în febrele eruptive, gripă, reumatism etc.

Amigdalele patologice se împart în *hipertrofice* și *nehpertrofice*.

Cele hipertrofice au două forme: a) *Hipertrofia hiperflazică* ce e o însușire a copiilor, nefiind patologică decât prin jena mecanică ce o aduce respirației. Parenchimul exagerându-și dezvoltarea, fie sub influența infecțiilor acute, fie sub influența stării generale, închide criptele și mărește amigdala în proporții considerabile. Acest fel de hipertrofie nu e dăunătoare numai prin jena mecanică, ci și prin evoluția specială a infecțiilor de origine amigdaliană, cum sunt bolile exantematice: rușeola, scarlatina etc. la cari fenomenele anginoase sunt mai intense și durează mai multă vreme, manifestațiile generale fiind cu mult mai grave.

Raportul acesta dintre infecțiile de origine amigdaliană și amidalele hipertrofice, a fost bine studiat de anumiți autori (Zanzuchi) pe un număr foarte mare de elevi, ajungând la constatarea, că la elevii operați de amidale hipertrofice în prealabil, rușeola și scarlatina au avut o evoluție obișnuită.

b) A doua formă de hipertrofie e cea *glandulară* adevărată hipertrofie patologică. La aceste cazuri criptele amigdaliene destinse, sunt îndopate cu produse caseoase fetide, cari sunt consecințele amigdalitelor repetate. Parenchimul este redus și după enucleație, prin eliberarea amigdalei de caseum, ea își micșorează volumul.

Amigdalele septice *nehipertrofice* sunt mai frecvente și se observă la toate vârstele. Amigdalele au criptele profunde și atrofia scleroasă a parenchimului. Acestea sunt adevăratele amigdale patologice, responsabile de supurațiile perii amigdaliene și de turburările generale. Wirth făcând examenul bacterologic al secrețiilor caseoase, a constatat că cel mai frecvent microb e streptococul hemolitic, apoi streptococul piogen; pneumococul cu cele patru forme; stafilococul ce nu poate trăi pe suprafața amigdalei decât în cripte; a mai găsit meningococul; bacilul difteric, pseudodifteric, bacilul Koch; actinomyces; coli, proteus, piocyanus etc..

Istologia amigdalelor e bine cunoscută, ele fiind formațiuni limfoide dispuse în grosimea corionului mucoasei buco-faringiene și constituite din grămezi de foliuli limfoizi, grupați în jurul criptelor. Fiecare criptă împreună cu foliculii din jurul ei constituie un lob amigdalian, care are o structură identică cu cea din ganglionul limfatic. Lobii amigdalieni sunt separați între ei, prin prelungirile capsulei amigdaliene, o formațiune fibroasă ce conține glande mucoase, vase și chiar fibre musculare. Epiteliul de pe suprafața amigdalelor e asemănător cu cel din cavitatea bucală pe când cel din cripte prezintă un aspect particular fiind un epiteliu stratificat pavimentos, săpat de lacune sau galerii intercelulare confluențe, ocupate de leucocite cari emigrate din foliculi sunt pe cale de a trece în cavitatea criptei. După acest strat superficial urmează al doilea strat profund alcătuit din țesut reticular și foliculi limfatici. Reamintindu-ne de aspectul foliculului limfatic, știm că are forma rotundă, cuprinzând 2 zone, una periferică închisă și a doua centrală mai clară, cunoscută sub

numele de „centrul germinativ“ în care se întâmplă diviziunea celulară activă și formarea leucocitelor mononucleare.

Limfocitele fomite în acești foliculi pot străbate epiteliul și să pună în libertate în contact cu bolul alimentar diverși fermeți sau substanțe pentru dezintegrarea albuminelor, pe de altă parte ele pot trece prin dia-teză în vasele sanguine sau limfatice ca și limfocitele ganglionilor. Criptele sunt pline cu o magmă formată din celule epiteliale descumate și degenerare, din monocite și limfocite, la cari se mai adaugă în caz de infecții locale: leucocite polinucleale, plasmocite și diverși microbi.

Starea patologică a amigdalelor se poate explica prin următoarele procese anatomo și histo-patologice, ținând cont de datele de istologie amintite mai sus: astfel când procesul de transformare acționează asupra țesutului limfoid amigdalian, se produce o supracativitate funcțională, tradusă prin mărirea numărului foliculilor, cari devin voluminoși, chiar și foarte aparenți.

În acest caz epiteliul e normal, corionul și despărțitoarele fibroase sunt îngroșate, țesutul limfoid e considerabil hiperplaziat. Aceste fenomene au ca consecință hipertrofia organului. Amigdala e mărită de volum, dar rămâne diferenciată, în toate părțile ei.

Când procesul patologic e localizat la nivelul mucoasei amigdalienne, se produce *inflamația* ei, care poate fi *acută* sau *cronică*. În procesele inflamatorii acute, vedem dilatația și congestia vaselor sanguine, epiteliul tumefiat, diapedeza polinuclearelor, precipitarea fibrinei, necroză etc. În infecțiile acute formula hematologică e următoarea: la începutul inflamației găsim polinucleoză neutrofilă ce domină în tot timpul perioadei de stare, către sfârșit diminuează și apare o mononucleoză urmată la fine de o eozinofilie.

Inflamația *cronică*, reprezintă o succesiune de procese inflamatorii acute, în care stadiul de mononucleoză se prelungește, devenind formula obișnuită și dominantă a reacției.

Procesul inflamator cronic e reprezentat prin hipertrofia amigdaliană cronică de tipul adenoid sau scleros.

Mai avem și procese *subacute* de tipul adenitei tonsilare, care poate evolua sub două forme: sau dispare sau se transformă în proces inflamator cronic. În primul caz apare mononucleoză și eozinofilie; în cazul al doilea polinucleare, hipertrofia celulelor conjunctive fixe și abundența de plasmazelleni. Se întâmplă sau o revenire la ad integrum în 4—5 săptămâni sau persistența măririi de volum și deci trecerea la hipertrofia cronică; ce indică intervenția.



CAP. VI.

Indicațiile amigdalectomiei totale

Amigdalele patologice dând cele mai variate complicațiuni în organism, indicațiile îndepărtării lor sunt extrem de multiple. Aceste indicații se extind și azi din ce în ce mai mult la cele mai variate afecțiuni, datorită rezultatelor evidente și deseori surprinzătoare, pe care le dă această operațiune.

Indicațiile sunt locale și generale.

Indicații locale.

1. *Amigdalitele acute catarale simple și amigdalitele acute pultacee, cari se repetă periodic sub influența variațiilor atmosferice, ce par să mărească virulența microbilor, închiși în cripte.* Copiii sunt mai mult atinși de aceste forme, mai ales în lunile de iarnă și primăvară, când amigdalele lor reacționează prin tulburările obișnuite, ca febră, disfagie, reacție ganglionară și părinții îngrijați îi condamnă să stea în cameră, ca pe niște adevărați infirmi, ajungând la debilitate fizică și întârziere intelectuală, neputând frecventa regulat școala. Adulții cu amigdalite repetate deși nu reacționează așa de puternic ca și copiii, totuși prin aceste atacuri amigdaliene ajung la tulburări generale, datorită acestor amigdale mici fibroase cari trebuie examinate cu atențiune.

2. *Periamigdalitele flegmonoase.*

Abcesele lojei amigdaliene, datorite amigdalitelor acute, se dezvoltă în spațiul format de capsula amigdaliană și aponevroza faringiană, unde găsim țesut celulo-adipos, ce constituie planul de clivaj atât de important pentru intervenție. Amigdalectomia totală e singurul tratament profilactic al acestor flegmoane periamigda-

liene a căror simplă deschidere e urmată de recidive. Intervenția se face la cel puțin o lună după stingerea inflamației flegmonoase (Prof. Buzoianu).

Câțiva autori au preconizat amigdalectomia totală în perioadă acută a abceselor periamigdaliene. Această metodă operatorie deși veche, promotorul ei fiind Chas-saignac pe la 1859, n'a prins teren din cauza riscurilor. Mai târziu a fost reluată de mai mulți autori, între cari Basavilbaso (1929) a făcut rapoartele cele mai complete în această chestiune executând amigdalectomia la cald, în plină inflamație periamigdaliană.

Metoda nefiind lipsită de riscuri a determinat pe Canuyt să o modifice, recomandând *amigdalectomia la cald întârziată*, aceasta fiind singura operație indicată în cazurile de abcese închistate în aderențele capsulo-faringiene, ce nu pot fi drenate complet prin simpla incizie. E interesant că aceste abcese se formează înaintea operației simptomelor clinice, astfel că diagnosticul lor se face prin puncție. Anestezia e posibilă având grijă de a anestezia nervul glosio-faringian dela nivelul hilului vasculo-nervos. Tehnica operației prezintă doi timpi, în primul se deschide flegmonul și se decolează glanda în partea anterioară cât mai jos. Dacă bolnavul e chemat numai după mai multe săptămâni, poate face aderențe la locul inciziei sau se sustrage dela operație, fiind astfel expus la recidive, fapt ce se întâmplă foarte des. De aceea amigdala e scoasă la 4—5 zile după ce fenomenele febrile și inflamatorii au cedat: temperatura se apropie de normal, edemul a dispărut prin reducerea virulenței germenilor și mărirea puterii de apărare a țesuturilor periamigdaliene, loja fiind larg deschisă și amigdala mult eliberată. Operația e unilaterală.

Cu toată perfecționarea lui Canuyt, metoda e ris-cantă, întâiu pentru că anestezia locală fiind insuficientă, de cele mai multe ori, în plin țesut inflamator, trebuie făcută anestezia generală, care expune la complicații pulmonare din cele mai grave. Pe de altă parte prin decolarea amigdalei, pot fi lezate venele, cari tapetează vertical pereții lojei amigdaliene, deschizând o poartă

sigură pentru streptococ, astfel că operația îl poate difuza în organism.

Deci după cum arată dl Prof. Buzoianu într'o lucrare asupra tratamentului flegmoanelor periamigdaline, metoda clasică de profilaxie împlinită printr'o amigdalectomie tardivă la rece este cea mai sigură. Operația la cald recomandându-se numai în cazuri excepționale, când avem simptome amenințătoare, ca edemul glotei.

Sun și false abcese periamigdaline ce se dezvoltă între stâlpul anterior și ramura ascendentă a mandibulei și care recidivează după amigdalectomia totală, fiind de origine dentară. Extracția ultimului molar suprimă apariția acestor false abcese.

3. *Amigdalitele cronice.* Amigdalitele acute repetate duc la amigdalite cronice, a căror simptome dominante sunt: hipertrofia sau scleroza amigdalelor cu acumulare în cripte, de materii cazeoase septice, din cari pacientul expulzează spontan într'un acces de tuse, cazeum sau dacă îndepărtăm stâlpul anterior și presăm amigdala, se elimină cazeum, mai ales din cripta magna.

Aceste amigdalite criptice, cronic infectate sunt însoțite de mai multe turburări între cari: *adenita cervicală*, care acompaniază aproape întotdeauna o amigdalită cronică. Ganglionul amigdalian așezat sub marginea anterioară a sterno-mastoidianului la nivelul unghiului mandibulei, reacționează în amigdalitele cronice prin hipertrofie și ușoară sensibilitate. Se poate palpa în sectorul format de vârful mastoidei, unghiul mandibulei și marginea anterioară a sterno-mastoidianului. Amigdalectomia e urmată imediat de regresiuinea ganglionilor, fiind deci net indicată în cazurile de adenită cervicală cronică. Altfel poate duce la febră ganglionară ce se manifestă prin amigdalită, torticolis, tumefacția în masă a regiunii cervicale laterale, hipertrofia foarte dure-roasă a ganglionului amigdalian, temperatură ondulantă, reșutele frecvente, apoi rezorbția mai mult sau mai puțin rapidă. În unele cazuri ganglionii ajung la supurație.

Tusa amigdaliană sau supraglotică are tendința de a elimina cazeumul sau vreun calcul amigdalian. Zona

normală tusigenă e subglotică. Zonele supraglotice sensibile sunt: stâlpul posterior, peretele faringian lateral, plica glosio-amigdaliană. Hipertrofia amigdalelor și în special a polului inferior excită aceste zone provocând tusa. Infecțiile cronice (amigdalite criptice, cazeum, calculi amigdalieni, leziuni latente ale fosei supraamigdalienne) sunt deasemenea turburări ce dau tusa, care la copii e seacă, chiutoasă, adesea nocturnă.

Deci când la un tușitor cu plămâni sănătoși, nasul intact, ganglionii tracheo-bronșici normali, se găsesc amigdale infectate, ganglioni retro-angulo-maxilari, otalgie fugace, în aceste cazuri tusa este amigdaliană și se procedează la enucleație totală.

Fetiditatea respirației, tot o turburare a amigdalitei cronice la care sunt atente mai mult fetele tinere, și cari după examene repetate de ordin stomacal și pulmonar ajung la specialist care le descoperă cauza. *Otalgia*, cu fenomene dureroasă fugace, e o altă turburare a amigdalitei cronice. Știm că în afara leziunilor otice pure, cele trei mari cauză ale otalgiei sunt: leziunile dentare ale mandibulei, amigdalitele și periamigdalitele și inflamația aritenoizelor.

Purtătorii de germeni, ale căror cripte amigdalienne, alcătuiesc locul de refugiu al microbilor ca bacilul difteric ce nu rezistă mult la suprafață, dar în fundul criptelor se menține și nu poate fi eliminat decât prin amigdalectomie. M. Fournier a avut bune rezultate sterilizând purtătorii de germeni cu raze ultraviolete. *Micozele amigdalienne*, consecutive amigdalitelor cazeoase cronice, rezultă din unirea saprofitică a celulelor epiteliale cornoase și leptotrix bucalis. Ablația totală e indicată și în aceste cazuri.

4. *Supurațiile intra-amigdalienne*, puțin frecvente și caracterizate prin supurația foliculilor sub formă de abcese multiple cari se deschid spontan în cripte, fiind apănajul amigdalelor mari și *friabile*. Diagnosticul lor e mai delicat, fiindcă nu dau simptome alarmante.

5. *Amigdalita hipertrofică simplă* de tipul hipertrofiei hiperplazice, întâlnită la copii și care nefiind patologică decât prin gena mecanică la respirație, prin evolu-

ția gravă a febrei eruptivă, ce se pot surveni la acești copii, precum și prin tusa produsă de compresiunea lor asupra zonelor sensibile, constituie atâtea dovezi cari indică amigdalectomia.

Indicațiile regionale cele mai frecvente sunt: angine cronice, catăruri tubare, laringite cronice etc.

Indicații generale.

Amigdalectomia în stările acute ale maladiilor interne nu se face, decât dacă afecțiunea durează săptămâni sau luni fără tendință de vindecare. Din contră în septicemie, endocardită, nefrită, indicația e absolută. În cazurile cronice subfebrile, operația se face întotdeauna, în afara unui proces bacilar. Maladiile generale sau locale cari în multe cazuri sunt rezultatul infecției focale amigdalienne ar fi următoarele:

1. *Reumatismul articular*, sub toate formele lui: poliartrită reumatismală acută; poliartrită reumatismală cronică primitivă; poliartrită reumatismală secundară; osteoartrită deformantă. În antecedentele reumaticilor descoperim pusee frecvente de amigdalite, obiectiv găsim amigdale suspecte, hipertrofiate sau nu. Cercetările bacteriologice identifică frecvent streptococul hemolitic în cripte, care inoculat la animale provoacă manifestări poliararticulare acute sau cronice. De altfel amigdalele acute complicate cu puseuri reumatismale sunt foarte frecvente. Amigdalectomia are rezultate imediate în aceste manifestațiuni acute ale reumatismului. Enucleația trebuie să fie *perfect totală*, fără să lase nici o urmă de țesut glandular, infectat sau susceptibil de a se infecta, căci în acest caz operația este inutilă și n'are nici un efect favorabil. Cele mai bune rezultate după operație au fost obținute, în caz de poliartrită reumatismală acută și cronică secundară.

2. *Afecțiuni cardio-vasculare*. Endocarditele acute și cronice sunt foarte frecvent o complicație a infecțiilor amigdalienne. Dawis a constatat că 40% din endocardite prezintă streptococul în criptele amigdalienne. În aceste afecțiuni rezultatele sunt mai modeste, că la cele reumatice.

3. *Afecțiuni renale.* Din timpuri vechi s'a observat coexistența sau alternanța puseelor amigdaliene și leziunilor renale, dela simpla albuminurie ortostatică până la nefritele grave. Toxinele eliberate de streptococ în criptele amigdaliene, atacă glomerulii renali, producând nefrite. Amigdalectomia este indicată în nefritele hematurice, chiar în plin puseu hematuric cu bune rezultate, hematuria dispărând după operație. Calamela, după observația pe mai multe cazuri a ajuns la concluzia că bolnavii atinși de nefrită acută, pot fi operați până ce procesul nu ajunge la scleroză, când operația nu se mai recomandă. Cele mai bune rezultate au fost obținute în nefrita embolică acută.

4. *Turburări gastro-intestinale.* Anumite forme de dispepsii, anorecsii complicate de turburări neurastenice și sindroame anemice, se datoresc infecției cronice amigdaliene. Amigdalectomia la copii transformă complet starea generală, printr'un apetit bun și o dezvoltare fizică și intelectuală. Crizele apendiculare urmează câteodată, crizele de amigdalită. Poyreton și Liacre au arătat legătura strânsă dintre aceste două formațiuni limfoide și după intervenția pe amigdale, crizele apendiculare au încetat. Horale a obținut ameliorări în ulcere pilorice și gastrite cronice nefebriale.

5. *Turburări nervoase, choreea.* Acest sindrom neurologic complicat cu turburări reumatismale sau cardiace, ele însăși consecutive amigdalitelor, invocându-se astfel etiologia amigdaliană, toxina streptococului acționând asupra sistemului nervos. Originea infecțioasă a choreii susținută de Triboulet, se confirmă prin amigdalectomie. Experimental Dick și Rothstein au reușit să obțină la câini sindromul choreic, inoculând streptococul recoltat de pe amigdala unui bolnav atins de reumatism poliarticular acut cu choree. Nevralgiile occipitale încă sunt ameliorate prin tonsilectomie.

6. *Gușa.* Anumite tiroidite acute, anumite guși parenchimatoase și exoftalmice, sunt sub dependența leziunilor amigdaliene acute sau cronice. Brown a observat că puseele inflamatorii ale amigdalelor excită hiperfuncția tiroidei și care repetându-se duc la gușă. Tot

Brown a arătat că bolnavii atinși de gușă exoftalmică au amigdalite repetate, astfel că tratamentul ei trebuie pus pe alte baze. Gușele parenchimotoase își reduc volumul foarte des după amigdalectomia totală. Acest succes terapeutic aduce un argument serios teoriei infecțioase a gușei. De aceea se indică amigdalectomia înaintea intervenției pe tiroidă. Basedowienii suportă greu tonsilectomia, care e fără rezultat în Basedow. Sunt interesante experiențele lui Iostrebowa asupra amigdalelor de porc, ajungând la concluziile următoare: extirparea glandelor produce o întârziere în creștere, iar după intervenție, tiroida suferă modificări manifeste. Aceste turburări se transmit și la urmași. Autorul după aceste experiențe a ajuns la concluzia că amigdala nu e un organ indiferent și că amigdalectomia trebuie făcută cu indicații absolute.

7. *Autointoxicația de origine amigdaliană.* În cursul amigdalitelor cronice se observă un tablou curios, caracterizat prin dureri vași dorso-lombare, astenie, somnolență, cefalee, dispărând după ablația amigdalelor. Se întâlnesc și stări subfebrile de luni de-a rândul din cauza colecției de cazeum în cripte și care deasemenea dispar după tonsilectomie.

8. *Turburări în starea generală,* ca oprirea în dezvoltare, debilitate generală, deformații toracice, încă indică operația.

9. *Leziunea otică,* cronică, supurată sau în caz de surditate, amigdalectomia dă rezultate.

10. *Conjunctivitele* recidivante și flictenulare. Autorul german Toth, a arătat efectul bun al amigdalectomiei asupra conjunctivitelor recidivante și a celor flictenulare, când acestea rezistă tratamentului local. Prin extirparea amigdalelor s'ar produce o desintoxicare a organismului.

CAP. VII.

Contraindicațiuni operatorii.

Amigdala fiind un organ din punct de vedere fiziologic, încă nedecis, dar bine precizată din punct de vedere patologic, amigdalectomia totală oferă mai multe avantagii decât inconveniente și se recomandă în majoritatea cazurilor la copii.

Aici însă intră în discuție *vârsta* până la care nu trebuie aplicată tonsilectomia și asupra căreia părerile sunt împărțite. Observațiile următoare tind să clarifice această chestiune. Când se scot amigdalele complet la adulți, se observă uneori o dezvoltare exagerată a țesutului limfoid de pe peretele posterior al faringelui și granulațiuni faringiene laterale, cari nu sunt altceva decât un ansamblu de amigdale în miniatură. Aceștia se pot infecta având un punct galben în mijloc ca o adevărată criptă, simptomele generale sunt însă foarte atenuate și astfel nu constituie un inconvenient în amigdalectomia totală la adult. La copii însă această explozie a țesutului limfoid poate deveni un adevărat inconvenient. Vegetațiile adenoide se pot opera la orice vârstă, chiar la noul născut, această operație fiind eficace pentru toată viața. Vegetațiile adenoide dând turburări digestive, otite infecții respiratorii, împiedicând și creșterea, spre deosebire de amigdale care la copii joacă un rol patologic cu mult mai redus, sau poate chiar sunt utile până la o vârstă oarecare, organismul copiilor având nevoie de apărarea suplimentară îndeplinită de amigdale. E bine deci să nu operăm vegetațiile sub 1 an și amigdalele sub 5 ani, decât în cazurile când ele produc obstrucție mecanică și angine recidivante, chiar în aceste cazuri e preferabilă amigdalectomia parțială (Bourgeois).

Până la vârsta de 10 ani se recomandă amigdalectomia parțială, iar dacă copilul e debil, această operație se poate practica până la vârsta de 14 ani. (Prof. Buzoianu). De altfel amigdalectomia parțială se indică și în faringitele uscate, unde oblația complectă accentuează acest proces patologic, ce poate fi vindecat prin extract amigdalian.

Contraindicațiile de ordin local, sunt: 1. *Afecțiunile acute* ale amigdalelor, o regulă de care nu trebuie să ne îndepărtăm decât în cazurile urgente cum e edemul glotei, ce poate surveni în abcesele periamigdaliene etc. După o lună se poate interveni în general, fiindcă s'au stins fenomenele acute. Dacă zona supraamigdaliană mai prezintă fenomene congestive, dacă stâlpul anterior e puțin îngroșat și edemațiat, dacă bolnavul acuză oarecare jenă la deglutiție, se amână operația.

Sunt însă amigdalite recedivante cari se reproduc tot cam la 15 zile, în astfel de cazuri e bine să operăm îndată după încetarea fenomenelor acute. Deasemenea când survine o complicație de ordin general, operația trebuie executată în stadiul inflamator, înaintea primului frison adică dela primele simptome ale tromboflebitei venelor periamigdaliene. Când temperatura se ridică brusc, starea generală rea, ganglionii tumefiați și dureroși, sensibilitate la presiune asupra regiunii cervicale, e probabilă tromboflebita. În acest caz operația trebuie făcută neîntârziat și chiar ligatura jugularei dacă febra nu scade imediat.

2. *Afecțiuni acute de vecinătate*. Orice inflamație acută a mucoasei nazale cu cavitățile accesorii, adenoidite, inflamația mucoasei casei timpanului, interzic amigdalectomia totală. În stomatite, gingivite, osteoperiozite ale maxilarului inferior cu tendință la septicemie, colecții purulente în spațiul latero-faringian, deasemenea se interzice operația.

3. *Malformațiuni anatomice*, ca *anomaliile vasculare* evidențiabile prin palparea și inspecția faringelui. O pulsație anormală la nivelul stâlpului posterior contraindică operația. *Lungimea anormală a apofizei stiloidului* predispune la hemoragii, care uneori, se poate consta

prin palpare minuțioasă. Totuși la cazurile ce se plâng de senzații anormale în regiunea amigdaliană, se face radiografia regiunii stilo-faringiene.

Contraindicații generale. Sunt anumite stări patologice ale organului care nu pot suporta nicio intervenție, cum sunt bolile sângelui și ale vaselor. 1. *Arterioscleroza avansată*, produce hemoragie, dar în cazuri excepționale prindem sau provocăm noi, o fază hipotensivă când intervenim, acelaș procedeu și în sindromul hipertensiunii esențiale. 2. *Hemofilia*, contraindică operația, dar în cazuri excepționale, ca o sufocare etc. se intervine și la hemofilici, întrebuițând toate mijloacele pentru mărirea coagulării sângelui. Pe lângă hemofilia clasică pe care o descoperim prin interogatoriu la acești „noli me tangere“, mai sunt cazuri de hemofilie fugace și transitorie. Acestea sunt cele mai grave. De aceea toate amigdalectomiile trebuie să fie precedate de un examen al sângelui: timpul de coagulare și de sângerare. Când timpul de coagulare trece de 15' și cel de sângerare de 10' excludem intervenția.

3. *Anemia*. Chloroza fiind o boală frecventă, multe fete tinere cu fața palidă, conjunctivele decolorate, perețele vascular degenerat și friabil, trebuie să li se facă un examen sanguin. Toate fenomenele de anemie simplă, anemie pernicioasă sau o leucemie interzic operația.

4. *Starea timico-limfatică* caracterizată prin hipertrofia timusului, ce dă turburări respiratorii așa că, copiilor cu astfel de turburări li se indică radiografia toracică pentru a confirma diagnosticul de hipertrofia timusului ce contraindică operația.

5. *Menstruația și graviditatea*. Perioada operatorie cea mai favorabilă este săptămâna care urmează după oprirea pierderii de sânge.

Alte contraindicații ar mai fi anumite 7. *nefrite cronice*; 8. *diabetul*; 9. *tuberculoza pulmonară*, iaringiană sau intestinală și toate afecțiunile ce pun cazul în imposibilitate de a suporta intervenția.

10. *Amigdolectomia și vocea*. Această chestiune discutată și azi, partizanii intervenției acuză amigdalele de a fi o cauză a voalării vocii, reducând prin volumul lor

casa de rezonanță faringiană. Amigdalectomia după alții nu ameliorează tehnica vocală, ci poate înlătura numai o infecție locală și restabili o stare generală. Starea vocii după operație depinde de felul cum evoluează cicatricea. De aceea adversarii amigdalectomiei condamnă intervenția pentru că stâlpul posterior lipsit de sprijinul amigdalei, nu mai are poziția de a putea ridica laringele. Cicatricea post operatorie în urma leziunilor stâlpului posterior, poate produce turburări în motilitatea faringo-stafilinului, ridicător al laringelui participând la emisiunea sunetelor înalte. În urma acestor fapte se recomandă facerea intervenției cu multă grijă la cântăreții neclasați, în timpul educației, prevenindu-i de o schimbare a vocii. Stâlpul posterior se disecă cu multă minuțiozitate. Din contră cântăreții profesioniști, sunt cazuri de noi tangere și se tratează prin diatermie sau îmbucățirea prudentă a amigdalelor.



Metodele operatorii.

Prin amigdalectomie totală se înțelege ablația completă a glandei palatine, împreună cu capsula ei, spre deosebire de amigdalectomia parțială sau amigdalotomie.

Înainte de a trece la procedeul lui Vacher întrebuintat în clinică, cred, util să descriu principiul celorlalte metode operatorii, pentru ca făcând o comparație între primul și acestea, să ne putem da seama de superioritatea procedeuului lui Vacher. Pentru executarea amigdalectomiei totale și parțiale în decursul timpului, s'au imaginat mai multe procedee operatorii:

1. *Excizia cu bisturiul sau cu foarfeca*, a fost întrebuintată din timpurile cele mai vechi. Are inconvenientul că lăsând o felie de secțiune netă, dă hemoragii post-operatorii.

2. *Ablația cu amigdalotomul lui Fahnenstoch*, modificat de Matheux. Acest procedeu a fost indicat mulți ani, la copii dela 2—10 ani, cu amigdale pediculate, azi fiind scos din uz. Amigdalotomul e compus dintr'un inel tăietor, care se mișcă ca o ghilotină, în interiorul unui inel fix, în timp ce, amigdala e trasă din loja ei cu un fel furculiță în formă de osie, atașată tot la aparat.

3. *Imbucățirea amigdalei*, procedeu ce se aplică la copii până la 6 ani, și la adulți cu amigdale friabile. Imbucățirea se face cu pensa lui Ruault, după o anestezie prin badijonare cu cocaină 10% sau anestezie locală. Când amigdalele sunt înfundate se secționează transversal stâlpul anterior în partea sa superioară cu galvanocauterul și se decolează, apoi se prinde cu pensa lui Ruault.

4. *Metoda ansei.* a) *Ansa galvanică* pentru care avem nevoie de o sursă electrică. Prin această ansă se trece curentul în mod intermitent, pe măsură ce se strânge ansa, amigdalectomia făcându-se în 8—10 secunde fără nici o hemoragie.

b) *Ansa la rece*, voi descri-o la procedeul ce se aplică în clinică.

5. *Diatermo-cuagulara.*

În ultimii ani, diatermia a fost întrebuințată, cu mult succes la distrugerea amigdalelor hipertrofice. Procedeul este simplu: anestezia amigdalei prin badijonare, apoi spatula plasată bine, se împlântă cuțitul diatermic în grosimea țesutului amigdalian și se trece scânteia, se repetă această de maximum 2—3 ori dacă amigdalele sunt voluminoase. Punctele de diatermie fiind distanțate unele de altele, vedem cum după câteva zile amigdala se sfacelează disparând mai mult sau mai puțin complet. N'avem nici o hemoragie.

6. *Procedeul lui Sluder*, se întrebuințează mai mult la copii pentru amigdalectomia totală. Instrumentul întrebuințat în această metodă, are forma de ghilotină al cărei inel deschis se angajează între fața anterioară a stâlpului posterior și amigdală, îndreptând mânerul cât mai mult spre comisura bucală opusă, și se angajează polul inferior în el. Se apasă apoi cu indexul pe stâlpul anterior pentru a angaja bine toată amigdala în inel, se apasă tăișul care secționează pediculul amigdalian, astfel că între deget și inel rămâne numai stâlpul anterior. Se plimbă degetul pe marginea inelului pentru a despica mucoasa, se face tracțiunea și o ușoară rotațiune până la scoaterea amigdalei. Totul e gata în 20—30 secunde, făcându-se apoi controlul lojei.

7. *Procedeul Portmann*, e o combinație între metoda primă și cea a ansei. Se aplică la amigdalele cu aderențe.

CAP. IX.

Amigdalectomia totală.

PROCEDEUL CLINICEI

Pregătiri preoperatorii. Bolnavul odată ce s'a prezentat pentru operație, ne convingem de starea lui generală și locală. El trebuie întărit în primul rând din punct de vedere moral. Liniștirea psihicului joacă un rol covârșitor în reușita operației. E bine să determinăm timpul de sângerare și coagulare. Determinarea timpului de sângerare se face după procedeul lui Düke, înțepând globulul urechii și culegând pe sugativă picăturile ce cad la interval de o jumătate minut. În mod normal sângerarea durează 3 minute. Coagulabilitatea se determină cu procedeul lui Hayem luându-se 3 c. c. de sânge într'o eprubetă curată, coagularea se întâmplă în mod normal în 10 minute, dacă întârzie peste 15 minute renunțăm la operație. Când bolnavul prezintă dantura stricată e bine ca s'o reparăm. I se prescriu desinfecante nazale cu oleu gumenolat 2—5% și gargarisme cu H₂O₂ de 2 ori la zi timp de 1 săptămână, când i se dă și o cuță cu Cl²Ca sau hemostil pentru facilitarea coagulabilității sângelui. Se mai recomandă 2 injecții cu vaccin Delbet la interval de 2—3 zile pentru prevenirea complicațiilor septice postoperatorii.

Adulții să abandoneze tutunul 3 zile înaintea operației. Purgativul salin nu se mai administrează, socotindu-se ca micșorând rezistența organismului și ne mulțumim ca bolnavul să fi avut scaun normal în preziua operației; când alimentația trebuie să fie ușoară. Operația se face de preferință dimineața pe nemâncate. La cei nervoși li se administrează cu 1 oră înaintea operației o injecție cu 1 ctgr. morfină sau sedol.

Timpul operatori.

Timpul I. Anestezia. Bolnavul stă în poziție șezândă. Operația fiind făcută pe o cale naturală, asepsia regiunii e imposibilă, de altfel saliva ar avea un rol antimicrobian, căci numai astfel se explică vindecarea rapidă a ori cărei leziuni buco-faringiene. Esențialul e să operăm la rece.

Anestezia loco-regională e întrebuințată de majoritatea autorilor numai dela vârsta de 13—15 ani în sus. Dl Prof. Buzoianu, recomandă anestezia prin infiltrație chiar dela vârsta de 6—7 ani, majoritatea copiilor suportând admirabil acest fel de anestezie. Când operația e indicată până la 4—6 ani, nu se face anestezia. Copilul se ține bine, amigdalotomia făcându-se cu pensa lui Ruault fără durere.

Mulți copii sunt calmi, docili în timpul anesteziei locale și se lasă operați fără plânsete, pe când alții opun o rezistență oarecare la început apoi se supun operației fără dificultate. La copii nervoși, îndocili, simțitori cari se sbat puternic la vederea instrumentelor, se face anestezia generală, care trebuie redusă la minimum. Anestezia prin infiltrație, față de cea cu kellen sau aether, are avantajul că e mai puțin periculoasă, de mai lungă durată și menține reflexele expulsive, cari apără intrarea arborelui tracheo-bronșic. E mai bine suportată de copil ca de adult, la el nu se observă lipotimii așa de frecventă ca la adult, afară de anumite excitații de scurtă durată.

Materialul necesar anesteziei: 1. o siringă de 5 c. c. înarmată cu un ac lung fin și înșurubat, căci acul adaptat simplu li siringă, prin presiunea anestezicului, se detașează și poate chiar scăpa în esofag sau în trachee.

2. O soluție novocaină 1—2% colorată în albastru, la care se adaugă chlorhidrat de adrenalină 1%, cam 15 picături la 10 c. c. soluție novocaină, adrenalina fiind hemostatică și coagulantă.

3. O soluție chlorhidrat de cocaină 10% și alta de 5%.

Technica. Chirurgul așezat înaintea bolnavului cu lampa Clar pusă la punct, introduce spatula linguală nu

prea profund, pentru a nu atinge V lingual, provocând astfel reflexul de greață. E recomandabil și o palpăre a stâlpului posterior, pentru a simți eventual, o pulsație anormală care ar fi la acest nivel, când trebuie să renunțăm la intervenție.

Dacă reflexele faringiene sunt exagerate badijonăm cu cocaină 10% vâlul palatin, stâlpii, faringele și baza limbii.

Cum adenotomia se face de obicei în același timp cu amigdalectomia, unii autori recomandă în loc de badijonare pentru anestezia vegetațiilor adenoide, o baie nazo-faringiană cu o fiolă de 1 c. c. soluție cocaină 5%, pentru fiecare nară și care se varsă în timp ce copilul stă în decubit dorsal cu capul în hiperextensiune. La sugaci se toarnă în fiecare nară cam 5 picături din soluția de chlorhidrat de cocaină 5%. După 5 minute copilul e pus în poziție șezândă și fixat, apoi se trece la anestezia prin infiltrație a regiunii periamigdaliene.

Punctele de anestezie variază de la un autor la altul.

Dr Prof. Buzoianu, recomandă infiltrarea regiunii periamigdaliene în felul următor: Prima înțepătură se face în partea superioară a stâlpului posterior deoparte, apoi aceeași înțepătură la stâlpul posterior opus (dacă amigdalectomia este bilaterală). A doua înțepătură se face în partea superioară a stâlpului anterior, de ambele părți. Ultima înțepătură se face în partea inferioară a stâlpului anterior la dreapta și la stânga.

Anestezia hilară se face injectând 2—3 c. c. novocaină, în afara stâlpului anterior la unirea treimeii mijlocii cu treimea inferioară a amigdalei și la o profunzime de 1 jum. c. m. pentru a atinge astfel hilul amigdalian, la nivelul căruia ramura amigdaliană din glos-faringian formează un plex peritonsilar extins la treimea inferioară a glandei. După introducerea acului se aspiră, pentru a ne asigura că nu suntem într'un vas sanguin.

În *anestezia regională* scopul e de-a produce blocajul celor doi nervi: palatin posterior și glos-faringian care comandă sensibilitatea amigdalei și a regiunii peri-

amigdaliene (vălul palatin și pereții laterali ai faringelui în sectorul amigdalian). O metodă pentru atingerea nervului *palatin posterior* ar fi următoarea: se ia 1 c. m. înăuntru ultimului molar inferior, apoi în unghiu drept 1 cm. înapoi, unde se înfige acul la o profunzime de 1 cm., injectând 2—3 c. c. novocaină. Dacă nu există ultimul molar ne reamintim că nervul se găsește situat



Timpu 1: Anestezia.

înăuntru și puțin înaintea cârligului lamei interne a apofizei pterigoidei și care se poate simți cu degetul prin intermediul palatului moale. La 1 cm. înăuntru și înaintea acestui punct de reper se introduce acul.

Ramura glosio-faringianului o atingem în felul descris mai sus, injectând substanța la nivelul treime inferioare a amigdalei, după ce aspirăm pentru a ne asigura că nu suntem într'un vas sanguin. Dacă soluția anesteziantă iasă prin criptele amigdaliene, e inutil s'o mai injectăm, acul fiind în parenchimul amigdalian și nu extra capsular.

Cantitatea maximă de anestezic întrebuințată pentru infiltrarea fiecărei amigdale, este de 5—10 c. c. soluție novocaină 1—2%, atât pentru adulți cât și pentru copii.

Inconveniențele anesteziei locale.

Greșeala soluției s'a semnalat des, de obicei confuzia cu soluția de cocaină, deaceia lichidul anesteziant trebuie colorat, ca să evităm scenele dramatice și condamnable, produse din lipsă de atenție. *Ruperea acului*, un alt incident mai rar ce poate fi înghițit de bolnav eliminându-se deseori pe căile naturale. La locul injecției se pot naște și *infecții*, duse cu acul din afară. Deasemenea să nu atingem nici corpul amigdalei infectate, ci trăgând-o spre linia mediană să intrăm cu acul în spațiul periamigdalian. Sunt unii bolnavi ce nu tolerează novocaina și deaceia concentrația ei să fie mică, și injectarea să se facă lent pentru a evita lipotimiile frecvente.

După înțepare *se aspiră*, pentru că regiunea amigdaliană fiind foarte bogată în vase sanguine, o mică cantitate ajunsă în circulație, poate produce moartea, mai ales la cazurile *timico-limfatice*. Moartea se produce nu numai în urma intoxicației, când bolnavul prezintă convulsii, hipertermie etc, ci și prin inhibiție (moarte reflexă) producându-se paralizia respirației. Alții mor prin intoxicație cu adrenalina, deaceia chiar badijonarea mucoasei nazale trebuie făcută cu precauțiune.

Dintre toate accidentele mortale, care se produc în O. R. L, 90% survin în cursul amigdalectomiei (Klatz).

Neumann a semnalat accidente epileptiforme, ce survin după o anestezie locală, probabil tot din cauza intrării anestezicului în circulația sanguină. O altă complicație mai rară și trecătoare, e paralizia facială, ce durează numai până la 1 ceas. Trebuie să avem în vedere doza anestezicului: cocaina să nu treacă de 1 gr. la badijonare și novocaina 1 gr. pentru injecție. Percaina, pantocaina, tutocaina, au acțiune locală foarte intensă, nu sunt stupefiante și costă mai puțin decât cocaina, care e și cauza unui viciu teribil, deaceia ar trebui abandonată.

Când ne găsim în fața unui accident facem tot ce este posibil: respirație artificială inhalatie cu acid carbonic, lobelină, tonicardiacă, injecție intracardiacă cu adrenalina etc.

Anestezia generală. Când copiii sunt nervoși, indocili se face anestezia generală. Invelit într'un cearceaf pentru a nu-i scăpa membrele, copilul este ținut pe genunchii unui ajutor. Narcotizorul fixându-i capul, îi aplică compresa cu narcotic pe nas și gură recomandându-i să respire adânc. Repede ajunge la un somn profund și sgomotos, revenind apoi la o stare de beție (rausch) când în cele mai dese cazuri execută orice ordin dat în timpul operației, ne mai fiind necesar deschizătorul de gură și având o amnezie complectă acelor petrecute. Această stare de beție foarte potrivită pentru evitarea complicațiilor pulmonare ce pot surveni prin aspirație, dacă reflexele n'ar fi păstrate. Substanțele narcotice întrebuintate sunt: aetherul și chlor-etilul, din care 2—3 c. c. e suficient pentru somn. La sugaci se poate întrebuinta cloroformul. *Accidentele anesteziei generale* se semnalează foarte des: dela început copilul poate respira neregulat, se congestionează, devine cianotic, când trebuie să oprim narcoza pentru câțva timp. Alteori după câteva respirații profunde trece în apnee, mondbula cade, se așteaptă câteva secunde și dacă nu reîncepe respirația, se atinge fundul faringelui cu spatula, provocând un reflex prin care respirația revine de cele mai multe ori, în caz contrar recurgem la celelalte mijloace, respirații artificiale etc. La adulții fricoși încă se face anestezia generală.

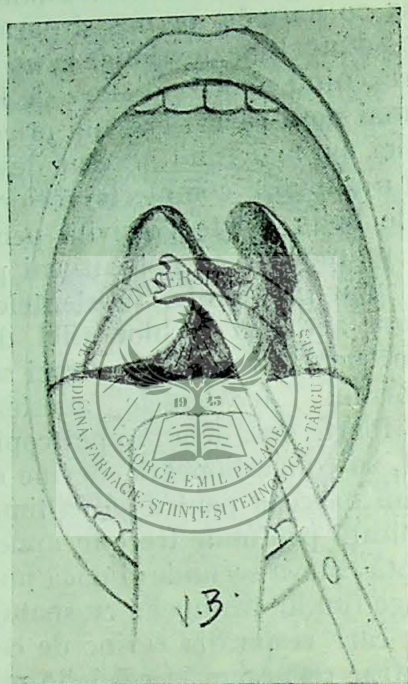
Timpul II: Prinderea amigdalei și tracțiunea ei spre linia mediană. Instrumentația pentru aplicarea tehnicii chirurgicale propriu zisă este următoarea: 1. o pensă mușcătoare Vacher sau Portmann, pentru prinderea și tracțiunea amigdalei care poate fi dreaptă sau curbată. Alte pense destrămând parenchimul, priza trebuie făcută din nou, ceace în hemoragie e dificil.

2. *Ansa lui Vacher*, pentru secționarea pediculului amigdalian, se iau 2 anse de mărimea amigdalei și alte 2 mai mari pentru rezervă, întrebuintate în caz de ru-

perea firului la primele. Ansele trebuie să aibă formă ovală, verticală și nu antero-posterioară, șurubul unde se face nodul ansei să fie parafinat.

3. Un decolator Portmann, care la un capăt prezintă șaișul și celalalt fiind încârligat se folosește pentru îndepărtarea stâlpului anterior.

4. Două pense Kocher modificate lungi și fine.

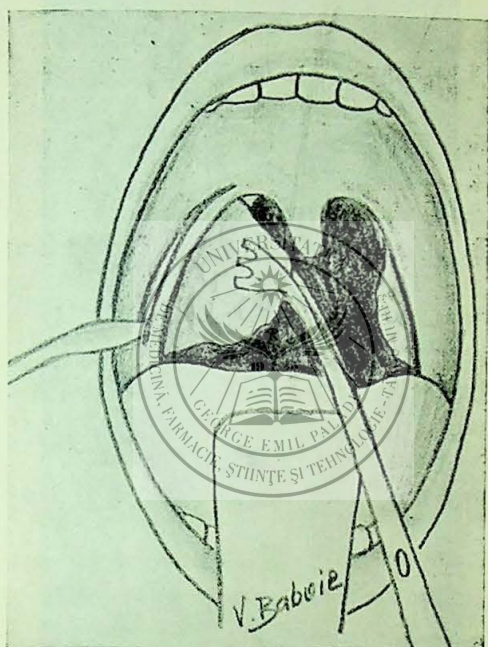


Timpul II: Prinderea amigdalei și tracțiunea ei spre linia mediană.

5. Mai multe pense lungi poste-tampoane. 6. Spatulă linguală. 7. Două tampoane rotunde strânse cu un fir lung de mătăasă, destinate pentru loja amigdaliană în caz de hemoragie. Firele rețin tamponul să nu cadă în hipofaringe. 8. O pereche foarfeci curbe lungi, fine și rotunzite pentru secționarea aderențelor ce atârnă după raclarea. 9. Deschizătorul de gură a lui Doyen sau Whitehead.

După infiltrația periamigdaliană se așteaptă 10 minute pentru producerea anesteziei apoi se trece la prin-

derea amigdalei și tracțiunea ei spre linia mediană. Actul acesta se execută cu pensa în timp ce cu spatula ținută în mâna stângă apăsăm limba. Făcând parte dintre ambidextri, cred ca acestora le vine mai ușor să țină pensa mușcătoare întotdeauna în mâna opusă amigdalei pe care se lucrează, ușurându-și astfel toți timpii operatori. Pensa se introduce deschisă în gură în așa fel ca ramura superioară să pătrundă bine între polul superior și unghiul lojei, iar ramura inferioară sub polul



Timpul III: Incizia pilierului anterior cu decolatorul.

inferior, se strânge apoi pensa care se împlântă bine în corpul amigdalian și se produce tracțiunea amigdalei, care iese din loja sa întinzând plica semilunară și triunghiulară ca și stâlpii.

Când anestezia e generală aplicăm deschizătorul de gură la copiii agitați și la introducerea spatulei avem grijă să nu apăsăm limba prea puternic, împingând înapoi astfel baza limbii și epiglota, prin care putem compromite respirația. Unele sincope survin în urma unei greșeli de tehnică.

Timpul III: Incizia pilierului anterior cu decolatorul.

Stâlpul anterior întins prin tracțiunea amigdalei, incizia lui se face cu multă ușurință. Decolatorul aplicat în partea superioară a pilierului anterior, la 3—4 m. m. de marginea lui și coborând paralel cu această margine, executăm o incizie a stâlpului fără să atingem corpul amigdalei. Această incizie întâlnește în drumul ei plica

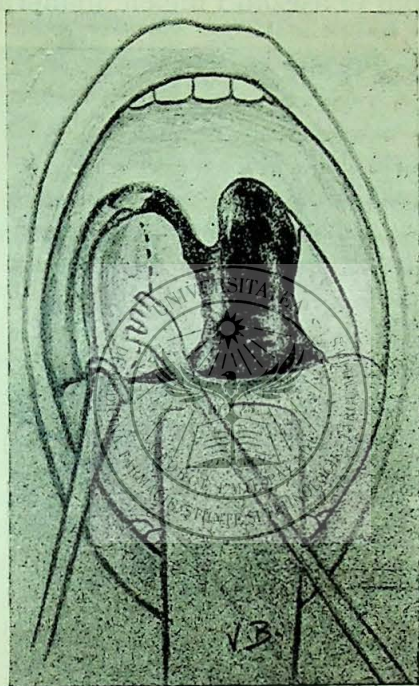


Timpul IV: Degajarea polului superior.

semilunară și triunghiulară și chiar eventuale aderențe pe care le secționează, astfel că prin tracțiune, ne apare de-a lungul inciziei capsula amigdaliană de culoare albicioasă. (Prof. Buzoianu).

Alte metode ca secționarea stâlpului anterior transversal, în partea lui superioară cu galvano-cauterul, pentru degajarea polului superior (Moure), se pare prea mutilantă. Unii (Portmann) folosesc bisturiul

pentru această incizie făcându-o de jos în sus. În procedeul lui Vacher se întrebuițează pentru executarea acestui timp, coasa lui Ruault, cu care se secționează plițele, pornind de jos în sus între stâlp și amigdală, trece pe deasupra polului superior și coboară pe fața anterioară a stâlpului posterior, secționând totodată și aderențele existente.



Timpul V: Introducerea ansei și secționarea hilului.

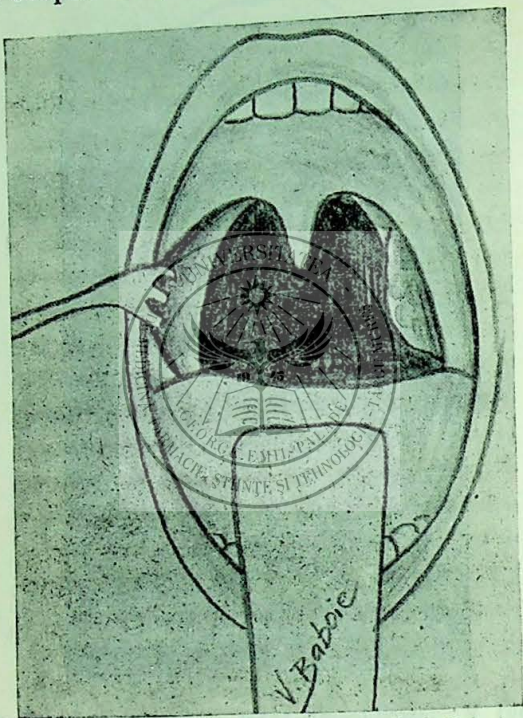
Timpul IV: Degajarea polului superior. Cu acelaș decolator prelungim incizia în sus și înapoi, în formă de arc, ce înconjoară polul superior, secționând plica semilunară și eventuale aderențe apoi coborând incizia între amigdală și stâlpul posterior cât mai jos. Astfel polul superior ne apare complet degajat, putându-se angaja ușor ansa lui Vacher.

Dacă uneori din cauza aderențelor, polul nu se eliberează complet, decolăm puțin capsula intrând în planul de clivaj spre hil. Astfel foarfeca curbă nu se folose-

ște decât foarte rar când există o aderență prea rezistentă, în urma abceselor repetate. În cazul acesta secționarea se face cu atenție tamponând mereu. Mulți enuclează amigdala cu degetul (ca și Celsus) sau cu o pensă porte-tampon.

Timpul V: Introducerea ansei și secționarea hilului.

Polul superior fiind degajat, se prinde pensa mușcătoare de corpul ei așezând inelele mânerului în poziție



• Timpul VI: Verificarea lojei amigdalienne.

verticală, firul ansei lui Vacher, ținută în mâna dreaptă se trece treptat pe inelul superior și inferior apoi prin săltarea mânei stângi, ansa e dusă dealungul corpului pensei până la polul amigdalei, ce se angajează în ansă. Prin tracțiunea amigdalei și strângerea ansei, aceasta lunecă ușor pe planul de clivaj mai des la copii. Secționarea hilului se face prin strângerea șurubului dela mâner scoțând apoi amigdala cu ansa și pensa împreună.

Timpul VI' Verificarea lojei amigdalienne. Cu un

capăt al decolatorului adoptat pentru îndepărtarea stâlpului, verificăm loja, care ne apare întregă, profundă, peretele fiind acoperit de apronevroză, e neted și cu vine așezate vertical dealungul stâlpului posterior.

Dacă ne apare o mică scurgere de sânge, tamponăm de mai multe ori sau plasăm tamponul preparat și trecem de partea opusă. Amigdalele fiind scoase controlăm integritatea capsulei ce acoperă o pată a amigdalei. Bolnavul nu părăsește sala de operație decât după o jumătate oră când se controlează din nou ambele loje.

Dificultăți operatorii.

1. *Friabilitatea amigdalelor*, din cauza infecției cronice și cari nu se pot ridica în bloc. Le întâlnim mai des la bolnavii cu angină recidivantă și la cei cărora li s'a făcut *amigdalectomie parțială*. Parenchimul acestor glande în loc de a se scleroza ca de obicei se ramolește și amigdala se detașează în bucăți. În aceste cazuri procedeul cu pensa lui Ruault e cel mai indicat.

2. *Aderențele polului superior*. În colecții repetate antero-superioare se formează un bloc fibros foarte rezistent între capsulă și lojă. Aci e indicată numai foarfeca fină și curbă. După ce se despică vălul întrei cei doi stâlpi de jos în sus se trage amigdala din loja sa și cu foarfeca secționăm aderență după aderență tamponând succesiv pentru a nu intra orbește cu foarfeca în plin sânge.

3. *Hemoragii în timpul operației*. Tamponăm punctul hemoragic, câteva minute și dacă nu încetă facem ligatura, apoi trecem la punctul următor.

4. *Prelungirea linguală a amigdalei*, care trebuie ridicată cu pensa lui Ruault. Aici fiind un punct hemoragic trebuie să lucrăm cu atenție.

Accidente în timpul operației.

1. *Ruperea ansei*, când trebuie folosită una de rezervă.

2. *Secționarea luetei*, e un accident al începătorului; care angajează și lueta în ansă și se produce când amigdala e mult hipertrofiată sau când lueta e alungită. Acest accident n'are importanță funcțională ci numai estetică, trebuie să fim atenți la angajarea ansei, tamponând mereu pentru a nu prinde și lueta.

3. O porțiune amigdalei poate scăpa ansei, pentru aceasta trebuie făcută o nouă priză și enucleată ca și masa principală. Polul inferior scâpă mai des, care constituind o sursă de hemoragie, trebuie îndepărtat.

Ingrijiri post-operatorii: se rezună la repaus, calmant și dietă. Copiii trebuie să stea culcați pe o parte pentru că la ei o hemoragie se evidențiază prin scurgerea sângelui prin comisura labială omolaterală, care ar fi înghițit dacă copilul stă pe ceafă. Pulsul trebuie supravegheat mereu copilul să nu vorbească să nu-și irite gâtul și să nu se agite. La un sfert de oră după operație bolnavul poate suge ghiață. Dacă amigdalectomia e parțială disfagia e ușoară și durează numai câteva ore. În amigdalectomia totală durerea post operatorie e cu mult mai vie, operatul are senzația unei angine cu dureri la deglutiție mai multe zile. Pentru a calma durerile cari iradiază și înspre urechi, unii autori administrează injecții intravenoase cu atophanyl, prima injecție administrându-se la 4 ore după operație, apoi zilnic câte una, timp de 4—5 zile, astfel bolnavul poate înghiți fără durere.

Se mai recomandă bolnavului instilații nasale cu oleu gumenolat și garisme cu apă oxigenată.

Alimentația timp de 2 zile e strict lichidă și rece. Alimentația cu alimente ușor de înghițit, începe a treia zi, sub formă de pireuri, creme, compoturi apoi progresând rapid către regimul obișnuit; pâinea nu e recomandabilă până în a șeasa zi. Se mai recomandă o liniște strictă și obscuritate relativă. În timpul acesta *plaga operatorie* prezintă următoarea evoluție: edemul stâlpilor și luetei e constant, mai ales la cazurile cu anestezie locală. O falsă membrană albă, tapetează loja amigdaliană, constituind primul stadiu de reparație cicatricială, apoi falsă membrană se pătează din ce în ce mai mult, se retractă, detașându-se partea sa superioară și lăsând o suprafață roză și netedă. Falsa membrană hiliară, cade cea din urmă cam în a șaptea zi. Lojile apar de data aceasta mai mici și cicatrizarea integrală se termină cam la 15 zile. Răsufierea fiind fetidă după operație se dau băi de gură antiseptice și parfumate. Bolnavul poate părăsi Clinica a treia zi, să se îngrijească în cameră mai departe, până la 10—12 zile când poate părăsi camera.

CAP. X.

Complicații postoperatorii.

Amigdalectomia totală nu e însoțită numai de complicații în timpul anesteziei și operației (amintite la capitolele respective), ci și după operație. Aceste complicații fiind multiple, am crezut de bine să le împart în complicații: locale, de vecinătate, la distanță și generale.

Complicații locale.

1. *Hemoragia*, e cea mai frecventă și temută complicație datorită regiunii anatomice, atât de delicată, în care se găsește inclavată amigdala.

Pe lângă vasele normale, care pot fi lezate, mai sunt *anomaliile vasculare*, ca dezvoltarea faringiane ascendente, care se palpează greu pe peretele faringian lateral. Carotida internă poate fi apropiată de amigdală sau cea mai periculoasă anomalie, e persistența curburii embrionare a arterei, care îmbrățișează amigdala. În acest caz noi ne dăm seama de valoarea tracțiunii amigdalei în timpul operației, spre deosebire de pensa lui Ruault, care apropie amigdala de arteră și pericolul e inevitabil.

Hemoragiile în timp sunt de 3 feluri:

Hemoragia în timpul operației, prin care nu se înțelege o hemoragie normală, care acompaniază orice enucleație, ci hemoragia mai intensă ca de exemplu lezarea arterei tonsilare superioară, care poate da un get arterial ce genează operația. Se face sau ligatura sau se prinde cu o pensă până la finea intervenției.

Pe lângă hemoragia operatorie benignă mai e hemoragia gravă survenind prin lezarea faringiane ascendente, când trebuie să facem ligatura imediată a carati-

dei externă, lezarea caratidei e fatală. Hemoragia operatorie se mai poate produce prin enuclearea incompletă a amigdalei.

Hemoragia post-operatorie precoce.

Aceasta este cea mai frecventă și cea mai gravă dintre toate hemoragiile postoperatorii. Se produce în intervalul dela 1—6 ceasuri după intervenție, mai ales la cei cu anestezie locală, mai frecventă la adulți și sexul masculin. Simptomele sunt vărsăturile de sânge paloare, feții și accelerarea pulsului. În loja amigdaliană găsim un chiag ce umple toată loja. Dacă îndepărtăm acest chiag găsim deseori un get arterial. În acest timp copii sau adulții sunt somnolenți și cu o stare de prostrație, apoi o stare de bună dispoziție. O sincopă poate opri hemoragia în unele cazuri.

Hemoragia post-operatorie tardivă.

Se produce la căderea escarei de la 4—8 zi. Este benignă și poate fi arterială, dar mai des e capilară.

Combaterea hemoragiei.

E locală și generală. Știm că hemoragia fiind arterială, venoasă și capilară, combaterea ei se face în mod diferit. În hemoragia arterială, descoperim getul prin depărtarea stâlpului anterior. Hemoragia venoasă e în partea inferioară unde se găsește plexul venos. Cea capilară ocupă toată loja. Trebuie să tamponăm cât mai perfect pentru a face diagnosticul precis al hemoragiei.

I. *Hemoragia arterială.* Getul odată descoperit se prinde artera cu o pensă Kocher lungă și se lasă așa un sfert de oră, dacă getul tot persistă se prinde artera din nou și se leagă. Această ligatură fiind foarte dificilă, reușita ei depinde de abilitatea chirurgului și de perfecționarea instrumentarului.

Sunt mai multe modele de pense, dintre acestea, trei fiind mai importante pentru ligatură. Ligatura cu *pensa lui Kocher* modificată, dificultatea constă în aface să lungească nodul preparat pe pensă și plasarea lui la extremitatea distală cu ajutorul unei pense de disecție cu ramuri lungi. Un ajutor ține pensa lui Kocher și trage în afară punctul de ligatură. Pensa de disecție trage

energic de unul din capetele firului, în timp ce mâna operatorului ține celalalt capăt.

2. *Pensa lui Lapouge*, o pensă, specială care face să lunece nodul fără dificultate.

3. O pensă Kocher dreaptă și una curbă. Pensa dreaptă prinde nasul, cea curbă urmează celei drepte și îmbrățișează zona hemoragică, astfel că pe cea curbă e ușor să se plaseze o ligatură.

II. *Hemoragia venoasă*. Se prinde zona hemoragică cu pensa Kocher curbă sau cu pensa lui Lapouge și se plasează un catgut sau o mătăasă.

III. *Hemoragia capilară*. Se încearcă mai întâiu tamponarea locală prin diferite procedee: o metodă foarte simplă e compresiunea lojei amigdaliene cu indexul și mediul acoperite cu comprese, hemoragia cedând destul de rapid (Viéla). Compresorul lui Bosviel, se poate întrebuința cu bune rezultate chiar și la copiii nervoși. Ramura internă se aplică pe loja sângerândă, cea externă pe unghiul mandibulei prin intermediul unei comprese groase. Durata compresiunii nu trebuie să treacă de 4 ore. Urmărilor normale ale acestei compresiuni pot fi edemul regiunii maxilare ce dispăre după mai multe zile. În loja amigdalei deasemenea poate apare un edem ce cuprinde laringele, dacă compresiunea trece de 4 ore. Alt compresor în formă de V, ce produce compresiunea bilaterală pentru oprirea hemoragiilor în masa (Bloch). Bonain recomandă comprese cu gheață pisată în jurul gâtului, până la oprirea hemoragiei.

Cauterizarea cu nitrat de argint sau cu galvanocauterul dă rezultate bune.

S'a mai întrebuințat *radioterapia*, ca mijloc de combatere a hemoragiei, având un efect salutar asupra coagulării sângelui, aplicându-se 5 minute pe splină și 5 minute pe regiunea cervicală.

Când mijloacele de mai sus sunt fără rezultat, recurgem la următoarele procedee:

Procedeul cu agrafe, este cel mai comod la copii. Pentru plasarea agrafelor fără rezultate sunt pense speciale. Se întrebuințează pensa porte-agrafă a lui Wagner și agrafele lui Michel.

1. *Sutura stâlpilor*, tehnica lui Tarneud: cu un ac curb se face transfixia stâlpului posterior dinapoi înainte, acul fiind prevăzut cu ață de mătasă, apoi transfixia stâlpului anterior prin mișcarea acului cu vârful îndreptat spre comisura bucală opusă, se scoate apoi acul și se strânge nodul. Se fac cam 3 suturi. Prin sutură stâlpii se aplică complet pe plaga operatorie și nu se strânge ața până nu se tamponează pentru ca stâlpii să se aplice bine. Agrafele sau firele trebuie scoase după 24 ore căci altfel expunem bolnavul la sinechii și cicatrice vicioasă.

Dacă sutura stâlpilor eșuiază se face *ligatura carotidei externe*. Tehnica ei e următoare: incizia se face dela unghiul mandibulei până la mijlocul cartilajului tiroid, dealungul marginii anterioare a sterno-mastoidianului. Se dă peste jugulara externă, se inciziază aponevroza superficială, se disecă fibrele sterno-mastoidianului. Se palpează la nivelul cornului mare al osului ioid, bătaile caratidei, se pune în evidență sus marele hipoglos și jos trunchiul venos tiro-linguo-facial. Intre cele două puncte de reper e carotida externă, pe sub care se trece firul din afară înăuntru și nu se strânge decât după ce ne convingem că compresiunea ei oprește circulația în facială și temporală superficială.

Tratamentul general al hemoragiei, în cele benigne dăm serului Paulescu, bolnavul, în imobilitate absolută, dietă, ergotină, clorură de calciu, adrenalină, extract posterior de hipofiză, cel mai bun e anthema, o injecție dând rezultate excelente.

2. *Cicatrice vicioasă*, a doua complicație locală după hemoragie, care la copii survine mai des având formă de stea, din cauza strangulării cu ansa, la adulți disecția fiind mai precisă, sinechia stâlpilor e inevitabilă, rănierea profundă a lor duce la cicatrice cu turburări în emisia și obstrucția trompii lui Eustache.

3. *Repariția amigdalelor* e în totdeauna datorită greșelii de tehnică operatorie. Mugurii limfoizi peramigdalieni susceptibili de a prolifera și de a umple în parte loja amigdaliană evidată. Plica triunghiulară prezintă adesea pe fața sa amigdaliană un strat de țesut limfoid

care poate prolifera. Decî pentru ca operația să fie completă, trebuie să ridicăm odată cu amigdala și plica triunghiulară, fapt ce se îndeplinește numai cu ansa. O altă complicație mai rară e *difteria* ce se poate desvolta la câteva zile după intervenție și e cu atît mai gravă cu cît nu putem face deosebire între falsa membrană de cicatrizare și cea a lui Loeffler. Totuși reacția ganglionară ușoară temperatura; paloarea feței ne atrag atenția pentru a face un examen bacteriologic.

Brown, după mai multe observații arată că practic difteria nu apare niciodată la copii amigdalectomiizați, dacă a trecut peste faza operatorie fără complicații. El mai observă că reducerea numărului de mastoidite datoroeste tot frecvenței amigdalectomiei. Alte boli eruptive afară de difterie ar mai fi rușeola, orionul, tusa convulsivă, varicela, scarlatina, ce ar apare după operație.

Complicații de vecinătate: 1. Abcesele latero-faringiene, ce se datorese mai mult anesteziei locale. Această complicație se poate evita prin o aspirație perfectă a materialului anesteziant, dar mai des prin evitarea trecerii cu acul prin corpul amigdalian infectat. 2. *Reacțiunea ganglionară cervicală*, apare după câteva zile dela intervenție, o tumefiere cervicală, la nivelul sterno-mastoidianului, e dureroasă la presiune, apare un torticulis, temperatura se ridică și bolnavul se plînge de dureri ce iriază spre urechi. Această simplă reacție cedează la comprese calde sau ungere cu pomadă de colargol. 3. *Complicații de vecinătate*; ar fi *faringita uscată*, seacă ce apare în urma traumatismului operator prea întins și se poate extinde până la laringe. *Otită supurată* e o complicație deasă. Abcesul retro-faringian apare mai mult la copii. *Emfizemul* cervical subcutanat și profund o complicație după operația amigdalei. După minuțioase observații, autorul își dă seama că aerul pătrunde în spațiul perifaringian prin plaga operatorie, când se lezează aponevroza faringiană și mușchiul constrictor.

1. *Abcesul pulmonar*, e o complicație destul de rară, survenind mai des la cazurile operate, sub anestezie generală, când prin aspirația sîngelui și secrețiilor sep-

rice în cursul operației; abcesul apare rapid urmând imediat după intervenție. Se mai produce prin embolia microbiană ce se detașează dela nivelul lojei amigdaline fixându-se în plămâni sub formă infarct. În acest caz colecția apare tardiv cam pe la 8 zile și e o consecință a anesteziei loco-regionale. Când suntem nevoiți să facem anestezia generală să renunțăm la injecția preoperatorie cu morfină, căci ea suprimă reflexele tușigene și ușurează intrarea sângelui în căile respiratorii. La copii apare mai mult o bronchopneumonie care e foarte rară. Abcesele după amigdalectomie pot da supurații pulmonare simple nefetide.

2. *Tromboflebita sinului cavernos*, după amigdalectomie e foarte rară.

În cursul anesteziei se poate face o inoculație venoasă septică, apărând dureri în tâmples și la nivelul parotidelor, frisoane, zilnice, edemul pleoapelor, exoftalmie ce crește mereu, ochii devin imobili, hemocultura pozitivă și moartea a treia, a patra zi după operație.

1. *Hipertermia*. Ridicarea temperaturii după intervenție cu 1—2° și menținerea ei 2—3 zile e aproape o regulă și se datorește fenomenelor de toxemie ușoară, fiind neglijabilă, în anumite cazuri, însă temperatura se ridică la 39° și se prelungește mai multe zile, uneori o săptămână. Ea indică un proces infecțios, ce poate duce la septicemie. În astfel de cazuri instituim un tratament leucogen. S'au văzut cazuri de copii morți în astfel de hipertermie.

2. *Septicemia*. Bolnavul prezintă la 2—3 zile după operație 39° care persistă o săptămână, sau mai poate prezenta o temperatură oscilantă timp de mai multe săptămâni cu turburi cardiace și articulare. Septicemia clasică, cu oscilații mari de temperatură, modificarea formulei hematologice, frisoane, sudații profunde, hemoragii subcutane, câteodată broncho-pneumonie și endocardită. Arme contra septicemiei postoperatorii sunt: injecții i. v. septicemină; abcese de fixație, transfuzie sanguină etc.

3. *Complicații reumatismale*. Operația poate declanșa la unele cazuri cu trecut reumatismal, crize de reumatism articular acut.

4. *Complicații nervoase.* În timpul enucleației poate fi lezat glosio-faringiamul hipoglosul sau nervul lingual, din cauza unei anomalii de traiect sau o greșală a chirurgului. Se citează cazuri de schizoprenii latente, care devin manifeste după operație.

Starea psihică a copiilor după tonsilectomie.

A fost studiată mai mult de americani și italieni. Tonsilele infectate producând o tocsemie constantă și adenoidele producând o respirație defectuoasă, se crede că pot influența nefavorabil dezvoltarea mintală. Autorii americani susțin că, câștigul în coeficientul de inteligență al copiilor măsurați înainte și după operațiile de tonsile și adenoide a fost neglijabil. Terman discutând rezultatele cercetărilor sale spune că adenoidele și tonsilele bolnave pot să dea copilului o aparență exagerată de prostie. Cel mai exact și cuprinzător studiu până acum este acela dat de Rogers în 1922.

Un grup de 539 copii a căror coeficient de inteligență era măsurat pentru necesități școlare, au fost supuși unui examen medical fiind împărțiți în două grupe. 1. Grupa în care starea tonsilelor impunea un tratament medical și 2. Grupa compusă din aceia a căror tonsile erau normale sau aproape normale. Măsurând coeficientul la ambele grupe a ajuns la concluzia că, prezența tonsilelor bolnave și infectate la grupul bolnavilor de tonsile, nu influențează starea coeficientului de inteligență. Egalitatea mintală între cele două grupe, este certificată și de medianul aproape identic al celor două grupe. Grupa bolnavilor de tonsile este ceva mai variabilă, dar nu există deosebiri atât de mari, cum le-a descris Sandwick. După alte experiențe tot Rogers, conchide că, nu există o îmbunătățire substanțială a coeficientului de inteligență, după operație în curs de 6 luni sau 1 an. Autorul susține cu multă siguranță că înlăturarea adenoidelor și tonsilelor probabil nu ridică cu nici un grad inteligența copilului defectiv mintal.

Autorul nu știe ce efecte au aceste organe asupra maturității voinței și afectivității, care par să fie influențate.

Studiile lui Terman, Rogers, Hardy etc., utilizând metode obiective de măsurare a inteligenței, cu o concordanță remarcabilă arată imposibilitate de a constata un efect perceptibil al turburărilor, tonsilelor asupra inteligenței. Justificarea operațiilor de tonsile stă numai în speranța unei îmbunătățiri corporale și într'o bună stare fiică, mai mult decât în orice beneficiu presupus ale inteligenței. Școala italiană, în frunte cu Allaria, admite corelația dintre amigdalele, vegetații adenoide și turburările psihice.

Cercetările lor, caută să demonstreze că copiii cu amigdale-vegetații prezintă o incapacitate de concentrare. Prin ablația lor se pot obține ameliorări asupra auzului și stării generale, chiar ameliorări la studiu. Citelli vede în amigdale-vegetații un sindrom psihic propriu, constituit dintr'o deviere foarte labilă a atenției, dintr'un defect de memorie, și uneori deficiență mintală. Allaria prin o statistică bogată a arătat că sindromul nevropsihopatic își face operația în copilăria doua. Cei mai mulți copii sunt distrați, prezintă o rezistență diminuată sub raportul atenției și o redusă capacitate le reproduce din memorie. Toți adenoidenii au manifestat o instabilitate psihomotrice, o incapacitate la imobilizarea mai îndelungată. Copii în majoritate sunt apatici, pasivi, absenți în așa măsură că dau impresia unor debili mintali. Mai prezintă accese de irascibilitate, chiar de furie, ce pot evolua până la veritabile stări psihopatice. Accese epileptiforme și mișcări choreiforme, ce dispar după ablația vegetațiilor și amigdalelor. La acești copii ar fi deci vorba, mai mult de o alterație a caracterului decât de o diminuare a inteligenței (Doc. Iancu).

În concluzie, după cercetările autorilor italieni mai ales, întreaga structură psihică a copilului cu amigdale și vegetații bolnave se schimbă după operație: atenția, memoria, voința, afectivitatea etc., sunt influențate mai mult, pe când inteligența mai puțin.

Statistică clinică.

Statistica de față reprezintă toate amigdalectomiile totale și parțiale executate în Cl. O. R. L. din Cluj, în decursul unui an de activitate, dela 1 Nov. 1934 — 1 Nov. 1935. La alcătuirea ei m'am servit și de o lucrare a Dlor Asistenți: Dr. D. Ionescu, Teodorescu și Bodea.

Amigdalectomie totală				Amigdalotomie				
Cu adenotomie		Fără aden.		Cu aden.		Fără aden.		
Vârsta	Sexul		Sexul		Sexul		Sexul	
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.
0—10	20	11	2	4	42	32	2	1
10—20	71	95	23	22	3	—	—	—
20—30	27	26	43	18	—	—	—	—
30—40	3	12	3	9	—	—	—	—
40—50	3	2	—	—	—	—	—	—
50—60	3	—	—	—	—	—	—	—

In total s'au executat 397 amigdalectomii totale și 80 amigdalotomii.





Concluziuni

1. Prin amigdalectomia totală se înțelege ablația completă a amigdalei palatine împreună cu capsula ei.

2. Regiunea amigdaliană prin constituția sa anatomică și așezarea topografică, este una din cele mai expuse regiuni la infecțiuni.

3. Amigdala fiind un organ din punct de vedere fiziologic încă imperfect precizat, dar cunoscută din punct de vedere patologic, amigdalectomia totală, oferă mai multe avantajii decât inconveniente în special la adulți.

4. Indicațiile amigdalectomiei totale, sunt extrem de multiple și se raportează la cele mai variate afecțiuni locale (amigdaliene), regionale (angine cronice, cataturi tubare, laringite cronice etc.) și generale (septicemii latente, reumatisme, nefrite etc.).

5. Contraindicațiile amigdalectomiei în afară proceselor acute locale și de vecinătate, se reduc la acelea ale chirurgiei generale.

6. Operația executându-se din cele mai vechi timpuri, procedeele operatorii sunt multiple. Dintre aceste procedee, metoda disecției pilierilor și ablației cu ansa este cea mai indicată.

7. Procedeele clinice O. R. L. din Cluj cu ansa rece, se deosebește de celelalte procedee asemănătoare, prin felul inciziei pilierului anterior, care se face cu decolatorul de sus în jos dealungul stâlpului, la o distanță de 3—4 mm. de marginea lui.

8. Degajarea polului superior se face tot cu decolatorul, incizia înconjurând polul amigdalian, după tracțiunea amigdalei cu pensa, se coboară înapoi între stâlpul posterior și amigdală, degajând astfel complet acest pol; care angajat apoi în ansă, lunecă ușor pe planul de clivaj până la hil. Dr. Prof. Buzoianu insistă special, să nu se racleze cu decolatoa-

rele peretele extern al lojei, timp inutil și extrem de periculos. Ansa se angajează să împlinească fără pericol acest rol.

9. Procedeu clinic, executat în bune condiții este simplu, rapid și fără complicații operatorii și postoperatorii. Extirparea amigdalei este în totdeauna completă.

10. Dintre complicațiile postoperatorii, cea mai frecventă și temută este obișnuit hemoragia, care n'a fost semnalată prin acest procedeu întrebuițat de Dl Prof. Buzoianu și colaboratorii, la nici unul din cele 397 cazuri operate în decursul unui an în clinică.

Văzută și bună de imprimat.

Președinte:

Prof. Dr. GH. BUZOIANU

Decan:

Prof. Dr. D. MICHAIL



Bibliografie.

Bondarenko S.: L'influence de la galvanoquatérisation des amygdales sur leur fonctions. (Les annales d'otolaryngologie).

Bourgeois: Les inconvénients de l'amygdalectomie totale chez les très jeunes enfants. (Les annales d'oto. 1934).

Bologa V.: Raportul din 1756 al unui chirurg german despre credințele românilor asupra moroilor (Anuarul Arhivei de Folklor III.).

Buzoianu G.: Problema tratamentului operator în flegmoanele periamigdalienne (Clujul Medical Nr. 7. 1934).

Buzoianu G. și G. Cotul: Vocea și Igiena vocală. Edit. Cioclec 1935.

Claus: Complication après amygdalectomie (Annales des maladies de l'oreille du larynx du Nasopharynx) pg. 336 1930.

Canuyl et Horning: Les abcès de la loge amygdalienne et l'amygdalectomie totale. (Les annales d'oto-laryngologie) 1931 pag. 881.

Cambrelin G.: La participation de l'amygdale à l'élaboration de la série hématique, 1934 pag. 200.

Durif et Chaumeria: L'amygdalectomie totale dans la néphrite hématurique. (Les annales d'otolaryngologie) 1934 pag. 747.

Daniellus B.: Hémorragie après l'amygdalectomie pg. 937.

Drăgoiu I.: Elemente de Istologie Cluj, 1934.

Feldstein E.: L'amygdalectomie simplifiée chez l'enfant. (Annales des maladies de l'oreille du larynx du nez du pharynx) pag. 589—1930.

Freund M.: Hémostase dans la tonsillectomie (les annales d'otolaryngologie) 1931 pag. 494.

Fournier M.: Stérilisation des porteurs de germes diphtériques par les rayons ultra-violets pag. 591. (Les Annales).

Gault: Quelques considérations sur le rôle des amygdales palatines pag. 952. (Les Annales).

Georges Laurens: Précis D'oto-Rhinolaringologie (Masson 1931).

Gärtner und Kostjál: Über die Wirkung des Tonsillenextraktes auf den Blutdruck des Kaninchens. (Arch. exp. Path. Pharmak. 1931—159 pag. 408).

Garlt: Geschichte der Chirurgie, Berlin 1898.

Hartz W.: Les complications après tonsillectomie (Les Annales d'otolaryngologie) 1931 pag. 490.

Haeser Heinrich: Grundriss der Geschichte der Medizin Jena 1884.

Hațeganu-Goia: Tratat de Patologie internă, Cluj 1935.

labera Leterher: De l'amygdalectomie et de l'adénomie dans le traitement de la chorée de Sydenham (Annales des maladies de l'oreille du larynx du nez et du pharynx) pg. 446.

Jacques et Moliné: Indications technique de l'amygdalectomie (Les Annales d'otolaryngologie) 1931 pag. 898.

Iancu A.: Alterațiile psihice și turburările de caracter în vegetațiile adenoide ale copilului. (Satul și Școala).

Louis Brown: Etude complémentaire sur les relations entre l'infection des amygdales et l'infection de la glande thyroïde pag. 1142.

Moure I., G. Liéboult G. Canuț: Technique Chirurgicale, Oto-Rhino-laringologique.

Portmann G., Lapouge I.: L'Amigdalectomie totale. Masson Paris 1934. (Monographies Oto-Rhino-Laryngologiques Paris 1926).

Puschmann Th.: Handbuch der Geschichte der Medizin Jena, 1905.

Rădulescu A.: Mica Chirurgie (Edit. Cart. Rom. Cluj 1934)

Torneand et Viéla: Amygdalectomie et Chant. (Les Annales d'oto-laryngologie 1934).

Wiskowsky et Fabry: Les causes et la valeur diagnostique de l'inégalité des amygdales palatines 1184.