

Faringele și patologia generală



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 26 MAI 1938

DE

SCURTU A. ALEXE

fost extern al Clinicelor universitare din Cluj

44374

Decan: Domnul Prof. Dr. M. Sturza

Profesorii:

Clinica stomatologică	Dl. Prof. Dr. <i>Aleman I.</i>
Microbiologia	„ „ „ <i>Baroni V.</i>
Fiziologia umană	„ „ „ <i>Benetato Gr.</i>
Istoria medicinei	„ „ „ <i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală	„ „ „ <i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	„ „ „ <i>Buzoianu Gh.</i>
Istologia și embriologia umană	„ „ „ <i>Drăgoiu I.</i>
Semiologia medicală	„ „ „ <i>Goia I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	„ „ „ <i>Grigoriu C.</i>
Clinica medicală	„ „ „ <i>Hațieganu I.</i>
Medicina legală	„ „ „ <i>Kernbach M.</i>
Clinica Oftalmologică	„ „ „ <i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	„ „ „ <i>Minea I.</i>
Igiena și igiena socială	„ „ „ <i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	„ „ „ <i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	„ „ „ <i>Papilian V.</i>
Clinica chirurgicală	„ „ „ <i>Pop A.</i>
Medicina operatorie	„ „ „ <i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica infantilă	„ „ „ <i>Popoviciu Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozia (Supl.)	„ „ „ <i>Secăreanu T.</i>
Chimia	„ „ „ <i>Sturza M.</i>
Balneologia	„ „ „ <i>Tătaru C.</i>
Clinica dermato-venerică	„ „ „ <i>Teposu E.</i>
Clinica urologică	„ „ „ <i>Manta I.</i>
Chimia biologică	„ „ „ <i>Urechia C.</i>
Clinica psihiatrică	„ „ „ <i>Vasiliu T.</i>
Anatomia patologică	„ „ „ <i>Vasiliu T.</i>
Fizica medicală	Dl. Conf. Dr. <i>Bărbulescu N.</i>

Juriul de promoție:

Președinte: Dl. Prof. Dr. *Gh. Buzoianu.*

Membrii: { Dl. Prof. Dr. *V. Papilian.*
 „ „ „ *Tit. Vasiliu.*
 „ „ „ *Gh. Popoviciu.*
 „ „ „ *Gr. Benetato.*

Supleant: Dl. Docent *Dr. I. Gavrilă.*

INTRODUCERE

Rapoartele anatomice, interdependența fiziologică și corelația patologică a unui organ, considerat o piesă în angrenajul totalității al organismului, constituiesc azi axiome în știința medicinei.

Persistența ideii de unilateralitate a specialistului este o aberație pe care din păcate nu o întâlnim numai la laici, ci și la unii medici. Cardiologul, fiziologul, oculistul, dentistul, laringologul etc., nu trebuie să se considere sau să fie considerat un specialist ce se limitează la studiul organului izolat.

„Nu trebuie să fii specialist, trebuie să fii specializat“, ceea ce nu este tocmai acelaș lucru, spune G. Canuyt.

Astfel, rostul acestei lucrări, este să aducă unele contribuțiuni asupra legăturii ce trebuie făcută între faringe și patologia generală, căutând a evidenția repercusiunile pe care le poate avea suferința acestui organ asupra celorlalte organe din economia umană.

Pe bază de observațiune clinică, din experiența altora cu ajutorul cunoștințelor noastre frământând materialul ce am avut la dispoziție, ne-am străduit să folosim prin contribuția ce o aducem. Situațiunea sa, constituția sa anatomică, formațiunile ce se găsesc în acest organ tubular, sunt tot atâția factor cari demonstrează importanța fiziopatologică a faringelui.

Răspântie între aparatul digestiv și respirator, faringele contribuie la nutriție, la respirație, în fonatie. Organ de comunicare al organismului cu exteriorul, are rol în apărarea organismului după cum poate și poate de pătrundere a infecțiilor.

În tratarea acestui subiectiv voi căuta ca după ce am trecut sumar în revistă noțiunile de anatomie și fiziologie să justific prin observațiuni clinice corelația patologică și repercusiunile pe care afecțiunile faringelui le pot avea asupra celorlalte organe.

Obiectul lucrării de față mi-a fost încredințată de către Dl. Profesor Dr. Gh. Buzoianu, căruia țin să-i aduc viile mulțumiri pentru lămuririle date la alcătuirea acestei teze.

Pe Dl. Prof. Gr. Benetato țin să-l asigur de toată recunoștința mea, iar D-lui Dr. Teodorescu și camaradului Buzdugan mulțumiri.

NOȚIUNI DE ANATOMIE

Definiție. Faringele este un organ cavitătar impar așezat pe linia mediană, constituind răspântia între aparatul digestiv și respirator, contribuind la funcțiunea și având repercursiuni asupra patologiei acestora. Este situat sub apofiza bazilară a occipitalului, înaintea coloanei vertebrale, înapoia foselor nasale, a cavității bucale și a laringelui, deasupra esofagului.

Limite. Faringele e așezat între baza craniului și corpul vertebrei a 6-a sau a 7-a cervicale.

Diviziune. Cuprinde următoarele porțiuni: a) porțiunea superioară sau nasală (naso-faringele sau cavum), b) porțiunea mijlocie sau bucală (oro-faringele), c) porțiunea inferioară sau laringo-faringele (hipo-faringele).

Dimensiuni. Faringele are o lungime de 13—14 cm., un diametru transvers de 4 cm. și diametru antero-posterior de 2 cm.

Conformațiune și raporturi. Faringele în totalitatea sa prezintă forma unui cilindru, lurtit dinainte înapoi, mai larg la porțiunea mijlocie decât la extremități, căruia îi descriem: o suprafață externă, una internă și două extremități.

1. **Suprafața externă** sau exo-faringele e îmbrăcat ca într'o cămașă de aponevroza perifaringiană, venind în raport înapoi cu coloana vertebrală, de care e separată prin mușchii prevertebrali și aponevrozele lor.

Lateral raporturile sunt următoarele: a) 1/3 inferioară, carotida primitivă, vena jugulară internă și nervul pneumogastic. b) 1/3 mijlocie dinăuntru în afară: carotida externă și colateralele sale, carotida internă, jugulara internă, însoțită de un lanț de ganglioni limfatici. c) 1/3 superioară între faringe și maxilarul inferior și mușchiul pterigoidian, delimităm un spațiu „maxilo-faringian“, traversat de aponevroza laterală a faringelui care îl divide în două spații mai mici: a) unul *intern* cuprinde faringele, trompa lui Eustache și mușchii peristafilini, b) altul *extern* conține nervii cranieni, venele gâtului

și ganglionii limfatici. Spațiul extern la rândul său e divizat în două loji de aponevroza stilo-faringiană: *loja anterioară*, presliliană cu mușchii pterigoidieni, artera maxilară internă, nervul auricular, dentar inferior și lingual; *loja posterioară* sau retrostiliană cu: artera carolidă internă, vena jugulară și nervii: pneumo-gastric, spinal, marele hipoglos, glicofaringian.

Raporturi anterioare: 1/3 superioară, naso-faringele este în raport cu fosele nasale, 1/3 mijlocie cu cavitatea bucală, iar hipofaringele cu laringele.

2. *Suprafața internă* sau endofaringele e tapetată de o mucoasă, care, a) în partea posterioară a istmului e plană și desul de regulată, b) în partea laterală, superior întâlnim orificiul intern al trompei lui Eustache, limitat anterior de plica salpingo-palatină, iar înapoi de plica salpingo-faringiană, înapoia căreia e situată fosea lui Rossenmüller. Dedesubtul orificiului trompei lui Eustache, găsim escavațiunea amigdaliană delimitată de cei doi pilieri ai vălului palatului. c) *Peretele anterior* răspunde de sus în jos: a) orificiilor posterioare nasale, b) feței posterioare a vălului palatin și luelei, c) istmului faringian cu porțiunea verticală a feței dorsale a limbei, d) feței posterioare a epiglotei și e) orificiului superior al laringelui.

3. *Extremitatea superioară* numită și bolla faringelui corespunde apofizei bazilare a occipitalului.

4. *Extremitatea inferioară* se continuă cu esofagul.

CONSTITUȚIA ANATOMICĂ.

Faringele e format din trei tunici:

- a) tunica externă sau musculară.
- b) tunica mijlocie sau fibroasă.
- c) tunica internă sau mucoasă.

Tunica musculoasă cuprinde două grupuri de mușchi: a) *constrictori* și b) *ridicători*.

Mușchii constrictori sunt în număr de trei: superior, mediu și inferior.

a) *Mușchiul constrictor superior* se inseră pe apofiza pterigoidă, pe ligamentul pterigo-maxilar și pe linia milo-hioidiană; de aici fibrele mușchiulare înconjoară faringele, terminându-se pe rafeul median,

b) *Mușchiul constrictor mediu* se inseră pe marele corn al osului hioid și sfârșește tot pe rafeul median.

c) *Mușchiul constrictor inferior* se inseră pe marginea posterioară a cartilajului tiroid, pe fețele laterale ale cricoidului și pe rafeul median.

Mușchii ridicători sunt doi: a) stilo-faringianul, b) palato-faringianul.

Stilo-faringianul se inseră pe apofiza stiloidă, se angajează între constrictorul superior și mijlociu și se termină pe aponevroza faringiană.

Palato-faringianul face parte din stâlpul posterior al vălului palatului și se divide în două fascicule accesorii: salpingo și pterigo-faringianul.

2. *Tunica fibroasă* se întinde dela extremitatea superioară a faringelui până la extremitatea inferioară a lui, înconjurându-l pe fețele laterale și posterioare.

Extremitatea superioară a fibroasei se inseră pe tuberculul faringian în partea mijlocie, lateral pe fața inferioară a stânței pe lama fibro-cartilaginoasă, care închide gaura ruptă anterioară și pe partea postero-externă a bazei apofizei pterigoide.

Extremitatea inferioară a lunicei fibroase se subțiază și se termină în tunica celulo-grăsoasă a esofagului.

Marginita anterioară se fixează de sus în jos pe apofiza pterigoidă pe ligamentul pterigo-maxilar, pe linia milo-hioidiană, pe ligamentul stilohioidian, pe micile și marile coarne ale osului tiroid, pe ligamentul tirohioidian și pe cartilajul tiroid și cricoid. Fibroasa are o suprafață internă, concavă, care e tapelată de mucoasa faringelui și o suprafață externă, convexă, servind drept suport fibrelor musculare.

3. *Tunica mucoasă* diferă în cece privește aspectul, după regiunea examinată. În regiunea nasală, suprafața e neregulată, roză și aderă intim de stratul subjacent. În regiunea bucală, mucoasa e subțire, regulată palidă situată pe un strat de țesut celular lax. În regiunea laringiană mucoasa are caracterul celei din porțiunea nasală în jumătatea posterioară, iar în jumătatea anterioară formează plici în diferite sensuri, având drept substrat un țesut celular lax,

ANEXELE MUCOASEI BOLTEI FARINGIENE

Sunt: 1. Amigdala faringiană, 2. bursa faringiană, 3. hipofiza faringiană.

Amigdala faringiană e situată între orificiile trompei lui Eustache, înapoia coanelor și înaintea unei linii transversale, care trece prin tuberculul faringian. Reamintim și existența *amigdalei tubare* a lui Gerlach, care e în relații cu amigdala faringiană și *palatină* prin două cordoane, unul ascendent, altul descendent de țesut adenoid și foliculi limfatici. Amigdala palatină se prelungeste la rândul său până la baza limbei. În totalitatea lor, aceste amigdale cu formațiunile limfatice dependente, constituie „marele cerc limfatic al faringelui” descris de Waldayer și Testut:

Bursa faringiană a lui Luscka sau recesul median al faringelui n'ar fi decât o invaginație a mucoasei faringiene. Uneori, în caz de faringite acute se poate tumefia, se obliterează orificiul de comunicare cu cavitatea faringiană transformându-se într'un adevărat chist ce se dilată, constituind „boala lui Tornwaldt”.

VASELE, NERVII ȘI LIMFATICELE FARINGELUI

a) Irigațiunea arterială a faringelui este aproape exclusiv sub dependența carotidei externe prin colateralele sale și ramuri ale acestora: 1. *artera faringiană inferioară* (ascendentă), provine direct din carotida externă irigând pereții posteriori și laterali ai faringelui.

2. *Tirodiana superioară* deasemeni colaterală a carotidei externe.

3. *Artera pterigo-palatină*, ia naștere din maxilara internă.

4. *Artera palatină inferioară*, ramura arterei faciale.

b) *Venele*, care colectează sângele acestui organ, se varsă în vena jugulară externă și plexul venos laringian.

c) *Nervii* sunt: a) motori: vagul și spinalul; b) sensitivi: vagul, glosio-faringianul și trigemenul; c) *nervul faringian* a lui Bock inervează trompa lui Eustache.

d) *Limfaticele* studiate recent de Most se divid în:

1. Limfatice aferente și 2. limfatice eferente.

Limfaticele aferente sunt musculare și mucoase, iar limfa-

ticele eferente sunt: posterioare, laterale, anterioare și inferioare. Ele se termină o parte în ganglionii retro-faringieni, o parte în ganglionii cervicali profunzi și altele merg la ganglionii superiori și mijlocii ai lanțului jugularei interne.

NOȚIUNI DE ISTOLOGIE.

1. Mucoasa faringelui e constituită dintr'un a) *epiteliu stratificat pavimentos*, cu excepția regiunii naso-faringiene, unde e stratificat cilindric vibratil, b) și un *corion*, format dintr'un strat reticular conjunctiv infiltrat cu limfocite; un strat mijlociu format din țesut conjunctiv lax și un strat profund constituit din fibre elastice.

2. *In musculară* găsim fibre striate, iar 3. *aponevroza* nu-i altceva decât o lamă fibroasă, servind de inserție mușchilor faringieni.

NOȚIUNI DE FIZIOLOGIE

Situat inapoi a foselor nasale și a cavității bucale, faringele constituie răspântia dintre aparatul respirator și digestiv contribuind la funcțiunea fiecăruia dintre acestea. Astfel se recunoaște faringelui 1. un rol respirator, 2. un rol în nutriție, actul de deglutiție la care se adaugă 3. un rol în fonație și 4. un rol de apărare a organismului.

1. *Rolul respirator.* Mucoasa faringiană prin secrețiunile sale face ca aerul care trece în arborele respirator să-și însușească un oarecare grad de umiditate. Sunt autori, care pretindeau că umefierea aerului se face la nivelul alveolei pulmonare. Azi este dovedit experimental că aerul, care ajunge la nivelul alveolei pulmonare, este mult diferit de aerul atmosferic, fiind deja saturat în vapori de apă, umiditate ce și-o însușește prin venirea în contact cu mucoasa faringiană. Acest fapt determină pe G. Canuyt să considere mucoasa faringiană ca sediul unor adevărate glande apoase cu rol de saturație în apă.

2. *In actul deglutiției*, rolul pe care îl joacă faringele, este apreciabil. Zwaadermaker consideră actul de deglutiție constituit din trei timpi: a) timpul buco-faringian, b) timpul esofagian și c) timpul cardiac.

Pe lângă mecanismul de ridicător al glotei și deschiderea gurei esofagului, când limba se lipește de vâlul palatin, aerul

încărcat cu particulele mirositoare provenite din alimente, pătrunde în fosele nasale și excită elementele sensoriale ale petei galbene. Astfel gustului i se asociază mirosul alimentului introdus.

3. Cercetători numeroși ca Hëlrmholz, Ewald, apoi Husson atribue faringelui *un rol de rezonanță* în calitatea vocii. Thoiris a demonstrat că sunetele emise de corzile vocale pot fi modificate dacă se introduce în fosele nasale o sondă Stard. Considerând posibilitățile de variabilitate ale formei și calibrului faringelui, datorită contracțiunii musculaturii acestuia, putem deduce rolul în fonetică al acestui organ.

4. *Rolul faringelui în apărarea organismului* este dintre cele mai de seamă dacă considerăm că este un organ de avangardă (G. Canuyt).

Faringele dispune de numeroase mijloace de apărare a organismului. Multitudinea glandelor mucoase ale mucoasei faringiene prin secrețiunea lor, mucusul, au o apreciabilă putere antiseptică.

Dotat cu o mare sensibilitate și motilitate, faringele simte și expulsează micile particule de corp străini împiedcându-i să pătrundă în arborele respirator unde ar putea deveni nocivi.

Fiind unul dintre cele mai bogate organe în țesutul limfoid, prin abundența elementelor reticulo-endoteliale, îndeplinește o misiune antimicrobiană.

Așa se explică de ce, cu toate că este foarte expus traumatismelor și pătrunderii agenților patogeni, fiind poarta de intrare aero-digestivă, mucoasa faringiană dovedește o relativă rezistență la infecțiuni.

Ne însușim concluziile lui G. Canuyt, că faringele nu este doar un conduct aero-digestiv rigid și pasiv, ci ia parte activă în multe funcțiuni fundamentale: 1. respirație; 2. digestie; 3. fonație; 4. apărarea organismului.

AMIGDALELE. NOȚIUNI DE ISTOLOGIE.

Amigdalele sunt organe limfoide formate din foliculi limfoizi, dispuși în jurul criptelor epiteliale din mucoasa bucofaringiană.

Un folicul limfoid are o parte centrală, germinativă clară și alta periferică, mai densă cu numeroase vase sanghine și

limfatice. Epiteliul amigdalelor e la fel ca și cel bucal însă cel din cripte e foarte gros, infiltrat și cu galerii intercelulare, ocupate de leucocite, plasmocite, monocite, elemente cari ar intra direct în luptă cu germenii patogeni.

NOTIUNI DE FIZIOLOGIE

După concepțiile clasice, amigdalele au un rol de a menține prin secrețiunea lor umiditatea aerului inspirat și în acelaș timp intervin în procesele de apărare locală și generală.

Aciunea de apărare după Killian, Kummel, Briger, e datorită efectului mecanic al secreției amigdaliene, care se face spre cavitatea buco-faringiană, împiedecând invazia germenilor patogeni în mucoasă și unui mecanism biologic de apărare prin limfocitele, care se fabrică în amigdale.

Rolul de apărare pare însă neînsemnat și s'a constatat că amigdalele constituie o poartă de intrare față de numeroși microbi, care dau infecțiuni locale și generale (Portmann).

Rolul de apărare a amigdalelor în procesele generale e mic. Astfel Caldera, administrând extracte amigdaliene la căini și la copii, a arătat că acestea n'au putere bactericidă, nu neutralizează toxinele microbiene și nu mărește fagocitoza. Amigdalele au putere imunizatoare cu totul redusă (Skocy Torsten 1936).

După Kostyal extractele amigdaliene provoacă la animale și la copii: hipoglicemie, scăderea presiunii sanghine, leucopenie. Chiappe susține că amigdalele exercită o inhibiție asupra sistemului prehipofizar și prin aceasta împiedecă dezvoltarea gonadelor și a tiroidei influențând creșterea.

Clinicianul Zubkus neagă rolul amigdalelor în dezvoltarea corporală a copiilor.

Rogers determină coeficientul de inteligență la 530 de copii cu și fără hipertrofii de amigdale și ajunge la concluzia că influența amigdalelor asupra slării mintale e mică.

Studiind corelațiile amigdalotiroidiene, prin administrarea de extracte amigdaliene la șobolani și la copii, dl. Prof. Benetato ajunge la următoarele concluzii:

1. Extractele amigdaliene de om scad metabolismul bazal

la șobolani între 4,5%—15%, iar extractele amigdaliene de porc îl scad între 8,4%—22%.

2. Extractele amigdaliene la șobolani scad metabolismul bazal normal, dar și cel urcat prin acțiune thyroxinei.

3. Studiind metabolismul bazal cu metoda cu sac a lui Douglas la copii, după amigdalectomie la 1—3 săptămâni după operație a constatat aproape în toate cazurile o oarecare creștere a metabolismului bazal.

4 Creșterea metabolismului bazal, la copii nu e așa de pronunțată cum ne-am fi așteptat, judecând după efectul extractelor amigdaliene, ceea ce face să se presupună că „în lipsa amigdalelor, acțiunea de moderare a metabolismului bazal e compensată probabil prin acțiune de inhibiție asupra metabolismului de bază, de celelalte organe limfatice, splină, timus, ganglionii limfatici așa cum rezultă din cercetările lui Nitzschke” (Benelato).

„In rezumat din cercetările făcute pe șobolani și copii, reiese că extractele amigdaliene, determină o scădere însemnată a metabolismului bazal, prin intermediul glandei tiroide, asupra căreia exercită o acțiune inhibitoare” (Benelato).

DETERMÂNARILE PATOLOGICE CU PUNCT DE PLECARE FARINGEAN.

I. Faringite cronice, numim inflamațiile cronice ale faringelui. Ele se pot divide în A) *faringite specifice*: sifilis, tbc., miccoze. B) *Faringite nespecifice* sau banale, care pot surveni: a) la persoane care lucrează în aer uscat sau plin de praf; la cântăreți. b) Determinate de cauze generale: nefrite, uremii, turburări gastro-intestinale, cardiopatii, diabet, în tabagism, alcoolism. c) *Cauze mecanice*: astuparea orificiilor nasale în rinita hipertrofică, deviații de sept, hipertrofia cozilor de cornet, polipoză nasală.

Faringitele cronice nespecifice din punct de vedere anatomic-patologic, după Laurens se împart în:

1. Faringite cronice catarale sau eritematoase.
2. Faringite cronice granuloase, formate din foliculi limfatici hipertrofiați de aspect albicios.

3. Faringite cronice hipertrofice cu mucoasa îngroșată, ducând la un rino-faringe mic, strâmtat.

4. Faringite cronice atrofice cu atrofia mucoasei.

Simptomatologie: bolnavii au senzația unui corp străin, uscăciune în gât, jenă la deglutiție, tuse cu expectorație mucoasă, uneori striată cu sânge, iar dimineața tusa devine mai pronunțată și este urmată deseori de vărsături.

II. *Abcesul retro-faringian.* Poate surveni la copii, la vârsta de 1—2 ani când se produc adeno-flegmoanele, cu punct de plecare din ganglionii lui Gillette, infectați pe cale limfatică dela o angină, adenoïdită, rinită etc. La adulți abcesele retro-faringiene sunt infecțiuni ale țesutului celular dintre faringe și coloana vertebrală și le întâlnim în gripă, în traumatismele faringelui sau în legătură cu o spondilită tbc., sub forma unui abces rece. Simptomatologia abcesului retro-faringian se caracterizează prin: disfagie, dispnee, stare de neliniște, vene turgescente pe gât. La inspecția faringelui se constată o tumefiere roșie, care fluctuiază la palpare. În unele cazuri grave abcesele retro-faringiene pot cauza moartea prin septicemie sau chiar asfixie.

2. *Abcesul antero-faringian.* Se dezvoltă înapoia laringelui, fiind vorba de un abces laringo-faringian, dezvoltat în țesutul celular grăos dintre aceste organe. Produce jenă la deglutiție, dispnee.

3. *Abcesele latero-faringiene.* Se manifestă prin: disfagie, trismus, temperatură ridicată, torticolis, o ușoară bombare în partea laterală a gâtului, iar uneori se poate produce erodarea vaselor mari din vecinătate, producând hemoragii grave.

III. ANGINE ACUTE.

Prin angine, se înțelege reacțiuni faringiene și amigdaliene la influențe locale sau generale, produse de un agent patogen, care cele mai adesea se găsește ca saprofit al cavității fringiene și care la un moment dat exaltându-și virulența, devine nociv.

Etiologie. Anginele survin la copii, adolescenți, mai ales la cei cu constituție limfatică, cu amigdale mari, numiți cu drept cuvânt „abonați la amigdalită“. Sunt produse de streptococ, stafilococ, pneumococ spirili, b. fuziform, b. Loeffler. Un rol important îi revine gripei. Deasemenea anginele pot fi secun-

dare afecțiunilor generale eruptive sau produse de procese morbide din vecinătate.

Sintomatologie. Semne generale: febră, puls accelerat, adinamie, insomnie, anorexie, stare de prostație.

Semne funcționale: disfagie, salivajie, tuse faringiană, disfonie, dispnee, otalgie.

Anginele deși numeroase, au aproape acelaș tablou clinic, ceea ce le deosebește tabloul anatomo-patologic, pe baza căruia avem următoarele forme de angine: a) *Angine eritematoase* sau catarale cu peretele faringian, lueta și vălul palatin hiperemiate, iar amigdalele ușor tumefiate. Le întâlnim în gripă, pojar, scarlatină, în care observăm: „gâtul roșu și limba albă”. Se însoțește adese de edem al luetei și al pilierilor.

b) *Angina flegmonoasă* se manifestă prin simptome mai pronunțate decât forma precedentă, în plus avem devierea luetei, iar ganglionii submaxilari sunt măriți și dureroși.

c) *Anginele ulcerose* survin în febra tifoidă și sunt caracterizate prin prezența a ulcerățiuni polimorfe cu margini roșii și fond cenușiu. La examenul bacteriologic se evidențiază bacilul lui Eberth-Gaffky.

d) *Anginele pseudo-membranoase*, le întâlnim în difterie, scarlatină etc.

e) *Anginele ulcero-membranoase* a le lui Plaut Vincent sunt produse de asociația fuzo-spirilară.

f) *Anginele necrotice-gangrenoase* sunt cauzate de streptococi în asociație cu anaerobi.

IV. ANGINE CRONICE.

Sunt reprezentate prin: 1. *Ipertrofia amigdaliană*. 2. *Amigdalita cronică criptică cazeoasă*.

Anginele cronice au în etiologia lor *cauze generale:* Sifilis, tbc., teren limfatic;

Maladii infectioase: rușeolă, scarlatină, gripă;

Cauze de vecinătate: afecțiuni naso-faringiene, mai ales vegetațiile adenoide pot determina hipertrofia amigdaliană; *afecțiuni nasale:* rinite și sinusite purulente; *carii dentare;* *cauze determinante:* frigul, orice amigdalită cronică a fost precedată de o amigdalită acută. *Anatomie patologică.* *Ipertrofia amig-*

daliană se caracterizează prin hiperplazia foliculilor limfatici din amigdală. În *amigdalita cronică criptică*, constatată la examenul microscopic: leziuni de scleroză involutivă, înconjurând criptele amigdalienne pline de cazeu, format din celule epiteliale descamate, leucocite, acizi grași, colesterol, microbi saprofiți și patogeni.

∴ *Simptomatologie*. Ipertrofia amigdaliană determină: a) tulburări respiratorii; b) disfagie; c) tulburări în fonație; d) tulburări reflexe, tuse amigdaliană și fenomene astmatiforme; e) tulburări generale: stări subfebrile și astenie.

∴ *Simptomatologia amigdalitelor cronice criptice* e redusă. Tulburările funcționale sunt inconstante și variabile. Bolnavul prezintă o senzație de uscăciune în gât, jenă la deglutiție, ușoare dureri locale, tuse și halenă felidă. Anginele cronice reprezintă focare de infecție, care adăpostesc adevărate colonii microbiene, care invadând curentul sanghin, pot da manifestări pulmonare, endocardice, renale, articulare, etc.

PATOLOGIA GENERALĂ.

Faringele atât prin situația sa defavorabilă la răspântia dintre apanatul digestiv și respirator, cât și prin abundența în țesut limfatic și o vascularizație bogată, constituie o poartă de intrare a numeroși microbi, care nu întârzie să dea afecțiuni faringiene, producând complicațiuni la distanță.

După Prof. Portmann, complicațiunile țesutului limfoid al faringelui se pot divide în trei capitole:

I. *Amigdala ca poartă de intrare a bolilor contagioase și infectioase.*

∴ II. *Amigdala ca focar de infecție.*

∴ III. *Septicemi de origine amigdaliană* cu: a) *germeni aerobi* b) *germeni anaerobi*.

I. AMIGDALA CA POARTA DE INTRARE A BOLILOR CONTAGIOASE ȘI INFECTIOASE.

∴ Dacă până acum s'a considerat țesutul limfoid al faringelui cu rol de apărarea organismului, față de diferite infecțiuni, azi se știe că diferitele angine și adenoidite crează fie o stare

de receptivitate față de diferite maladii contagioase, fie prin persistența germenilor patogeni la nivelul faringelui, determină purtători de germeni patogeni care vor constitui pentru mediu înconjurător cel mai mare pericol, pentru că deși nu prezintă o simptomatologie clinică, totuși ei propagă infecțiunea prin ploaia baciliferă a lui Flügge.

Amigdala ca poartă de intrare poate fi încriminată în:

a) *Afecțiuni infecto-contagioase*: scarlatină, variolă, varicelă, gripă, rugeolă, meningită epidemică, encefalita letargică, poliomielită etc.

b) *Afecțiuni cronice specifice*: tbc., sifilis, micoze.

c) *Boli sanghine*: leucemii acute și cronice, limfogranulomatoză, angină monocitară, agranulocitoză.

Infecțiunea în scarlatină rugeolă, variolă etc., se propagă pe cale sanghine; în difterie, bacilul Loeffler se propagă pe cale nervoasă; iar meningococul lui Weischselbaum se propagă la meninge prin continuitate.

Modul de infecțiune în tbc., este fie pe cale aeriană după Villomin, Küss, Cornet, unde ploaia baciliferă a lui Flügge își are un rol bine determinat, fie pe cale digestivă așa cum admite Behring și Calmette.

Dieulafoy admitea ca poarta de intrare a bacilului Koch amidalele cam în 30% din cazuri, ceea ce e un procent exagerat, admitându-se azi numai proporția de 3—5%.

Tot aci relevăm relațiunile dintre tbc. ganglionilor cervicali și tbc. amigdaliană.

Se poate menționa amigdala ca poartă de intrare a *treponemei palide*. S'a constatat că șancrul dur extragenital se localizează pe amidale în procent de 5%, sexul mai frecvent afectat fiind cel feminin. Deasemenea nu trebuie uitată contagiunea sifilitică a sugacilor, cari se infectează dela mamelonul doicelor bolnave. Un alt mod de contagiune sifilitică se observă și a suflătorii de sticlă, cât și la acei, care beau cu paharul persoanelor suspecte.

Amigdala e încriminată în producerea *micozelor*, constituind uneori poartă de intrare germenilor actinomicozei și parazitului „leptothrix buccalis“. În timpul din urmă se acordă o importanță tot mai mare amigdalei în producerea leucemii-

lor acute și cronice. Limfogranulomatoza febra ganglionară, agranulocitoza sunt precedate aproape constant de angine.

Febra ganglionară numită și angina monocitară, ar fi produsă de un virus limfotrop după unii autori, pe când alții admit o insuficiență hepatică, artrism sau un anumit grad de avitaminoza A. Deși sunt numeroase teoriile, cari caută să explice patogenia anginei monocitare, denotând prin acest fapt insuficiența lor, un lucru se știe sigur că febra ganglionară e precedată de angine repetate după cum remarcă și Paul Chevalier.

Tabloul clinic al anginei monocitare e asemănătoare leucemiei acute cecece le deosebește, este o stare generală bună în febra ganglionară, care contrastează într'un mod cu totul impresionant cu modificările sanghine (monocite 80%—96% sau alteori limfocitoză accentuată).

Un rol nu mai puțin important, îl joacă amigdala în *agranulocitoze*, individualizate de Schulz, unde se pare c'ar fi vorba de o panmieloftizie, cu interesarea mai ales a aparatului leucoblastic.

II. AMIGDALA ȘI ROLUL SĂU CA FOCAR DE INFECȚIE.

Dacă până acum s'a insistat asupra rolului de apărare, pe care l-ar avea amigdale, față de diferite infecții, azi în urma lucrărilor bine documentate ale lui Rosenow, Passler, Mayo, Billings, Wassmund, se incriminează țesutul limfoid ca punct de plecare a numeroase infecțiuni atât locale cât și la distanță.

Vom avea focare primare situate la nivelul naso-faringelui, amigdalele fiind interesate în proporția de 60% și localizări secundare în diferite viscere. Focarele primare, constituie cavități preformate cu numeroși microbi, dintre cari mai importanți sunt: streptococul viridans, hemolitic, stafilococul, microcoul cataralis, bacilul fuziform, spirili, mai rar bacilul difteric și bacilul putrificus.

Intre acești dușmani redutabili microbi și rezistența organismului e o stare de echilibru, care îndată ce diminuează, germenii patogeni invadează în sânge sau prin căile limfatice, nervoase, dau complicații locale, regionale și generale. Pentru înțelegerea celor afirmate mai sus, descriu câteva din complica-

fiile survenite în urmă adenoiditelor și a vegetațiilor adenoide la copii. Copii cu vegetații adenoide prezintă dificultăți în vorbire, în deglutiție, în timpul nopții au o respirație sforăitoare, coșmare, enureză, stări subfebrile, paliditate, oprire în dezvoltarea fizică și psihică. Nu uităm apoi fața tipică la adenoidieni, alungită cu gura deschisă, olite, corize repetate, cherato-conjunctivite etc.

Focarele primare dau în ultima instanță metastaze infecțioase în viscere, dintre cari trecem în revistă:

a) MANIFESTAȚIUNI BRONCHOPULMONARE.

Aci se descriu *bronșite descendente, supurațiunul pulmonare* fetide de natură polimicrobiană cu predominență fuzospirilară, *abcese pulmonare simple* după amigdalectomie.

Mai rar survin *bronchopneumoniile și congestiile pulmonare*. Dintre complicațiunile pleurale important este *empiemul septic*, care poate fi putrid sau produs de streptococi cu punct de plecare din focarele infecțioase amigdaliene.

b) MANIFESTAȚIUNI CARDIO-VASCULARE.

Pol surveni după amigdalite, angine, flegmoane periamigdaliene, putând fi interesat endocardul, miocardul sau pericardul.

Inflamațiunea localizată pe endocard, produce *endocardita* în a cărei etiologie, figurează mai ales amigdalitele, reumatismul poliarticular acut, scarlatina, pneumonia. Dintre aceste cauze un rol deosebit în etiologia endocarditelor benigne îl joacă reumatismul poliarticular acut, produs de un virus cu poartă de intrare probabil în amigdale sau în alt focar.

Letulle și Bezançon afirmă că reumatismul se localizează mai întâi pe inimă unde dă nodulii descriși de Aschoff și nuș mai secundar afectează articulațiile. Manifestațiunile endocardice sunt atât de frecvente în reumatismul poliarticular acut, încât frecvența lor e stabilită prin legea lui Bouillaud, după care „în reumatismul poliarticular acut violent, încoincidența cu endocardita e o excepție, iar iar într'un reumatism poliarticular acut ușor, încoincidența este o regulă și coincidența e o

excepție“. Această lege é acceptată numai în prima parte, cât privește a doua s'admite părerea lui Vaquez, care observă că „în reumatismul acut ușor, coincidența e frecventă la copii și excepțional la adulți“. (Hațieganu—Goia).

Endocarditele maligne, dar mai ales cele cu evoluție lentă, sunt cauzate de streptococi viridans și hemolitic cu poarta de intrare în amigdale, dinți cariati, anexe etc. Deasemenea stenoza mitrală, miocarditele toxice, insuficiența aortică sau boala lui Corrigan pot recunoaște în etiologia lor reumatismul plecat dintr'un focar infecțios naso-faringian. Se înțelege din cele expuse mai sus, că înafară de terapeutică adresată inimii, va fi necesar îndepărtarea focarului infecțios descris, cât și instituirea unui tratament antireumatismal obținându-se rezultate mai bune.

c) MANIFESTAȚIUNI ARTICULARE.

În ceea ce privește relațiunile dintre amigdale și reumatism, cercetările lui Gooding, Uffenords, Silvagni stabilesc două forme de reumatism: 1. reumatism poliarticular acut; 2. reumatism poliarticular subacut infecțios cu evoluție prelungită. Etiologia reumatismului este discutată și azi. Astfel savantul român Levaditi încriminează strepto bacilul monodiform, Silvagni acuză streptococul viridans și emolitic, iar Reitter și Löwenstein au pus în evidență forma filtrantă a virusului tbc. Poarta de intrare a agenților patogeni de mai sus, ar fi amigdalele sau alt focar infecțios din cavitatea buco-faringiană sau din altă parte. Numai așa ne explicăm de ce reumaticii au mai întâi stări gripale cu guturai, dureri faringiene, febră 37,5° (tonsilita reumatică a lui Portmann) și numai la câteva zile apar durerile articulare care imobilizează uneori pe bolnav la pat.

Reumatismul articular cronic pare a fi produs prin așa zisa „toxicoza focală“ a lui Slauck. Toxinele focarelor infecțioase din amigdale, apendice, organe genitale invadează sângele, ajung în măduva spinării și coarnele posterioare, interesând chiar și sistemul simpatic. Numai în felul acesta înțelegem, de ce acest reumatism cronic e simetric la membrele superioare sau inferioare, a căror mușchi fibrează, pielea e hipercheratozică, iar țesutul subcutanat e atrofiat.

Pentru toxicoză focală pledează hipertensiunea, denotând interesarea miocardului, câtă vreme în reumatismul poliarticular acut, endocardita e prezentă. Raporturile dintre amigdale și reumatism se pun în evidență ex juvantibus prin amigdalectomie, care duce fie la o ameliorare apreciabilă, fie la dispariția lui în 17—20% după cercetările lui Portmann, Molison și Ostmann.

Din contră, acest tratament nu dă nici un rezultat în artrita deformantă a țesutului mezenchimatous de origine inflamatorie sau alergică.

d) MANIFESTAȚIUNI DIGESTIVE.

La copii se observă sub formă de diaree, limbă încărcată, halenă fetidă, consecutive adenoiditelor. La adulți, secundare focarilor infecțioase rino-faringiene, pot surveni apendicite și s'au descris chiar ulcere gastrice, colite, colecistite.

Pribram descrie o *formă limfangitică a apendicitei*, după amigdalectomie, caracterizată prin o stare generală gravă, febră înaltă și dureri mari periombilicale. Coincidența focarului amigdalian cu cel apendicular este relativ frecventă și corelația se impune.

Ulcerul gastric și duodenal, după Rosenow e produs prin o metastază infecțioasă, dela un focar infecțios depărtat amigdalian, dentar sau altul.

Focarul infecțios amigdalian e atât de important, încât Rössle consideră ulcerul secundar focarului infecțios.

Duval, Roux, Moutier reduc rolul focarului infecțios la adevărata lui valoare. După ei, focarul infecțios are mai mare importanță în evoluția și producerea complicațiilor ulcerului decât în geneza lui. Noțiunile de mai sus, trebuie avute în vedere la terapeuica ulcerului unde la început vom reduce starea infecțioasă și apoi abordăm celelalte metode obișnuite în terapeuica ulcerului.

În etiologia și patogenia *colitelor* în afară de modificările transitului și conținutului intestinal, se acordă un rol infecțiilor cu punct de plecare în amigdale, dinți sau din altă parte.

Terapeuica colitelor în legătură cu focarul infecțios din amigdale sau din altă parte, fără considerarea lui, pare a nu-și

atinge scopul. În strânsă legătură cu focarele amigdalice se citează *limfangite*, cari dacă sunt generalizate și cronice evoluiază în cadrul sindromului abdominal polivalent (Hațieganu).

e) MANIFESTAȚIUNI RENALE.

Sunt reprezentate prin *nefritie parțiale acute*, cari uneori evoluiază cu ematurii intense, accentuându-se odată cu congestia faringelui (Hațieganu—Goia). Infecțiunile naso-faringiene intervin deasemenea în producerea *nefritelor cronice hidropice* sau *albuminurice*, cari nu arareori sunt însoțite de convulsii și anurii. Cunoașterea acestor nefritice trebuie să ne conducă la depistarea unui focar infecțios, a cărui îndepărtare poate fi urmată de vindecarea bolnavului. Uneori însă se remarcă agravări după ablațiunea focarului infecțios, după cum a observat și Bourgeois. Acest fapt nu trebuie să ne descurajeze, deoarece știm că și în reumatism, după o extracție dentară sau amigdalectomie, prin invadarea toxinelor în curentul sanghin se produce o accentuare a fenomenelor clinice, imediat după operație, cari se amendează după o zi, două.

Este aceasta chiar o probă clinică, cum că am lovit în adevăratul focar, în adevărate cauză.

f) MANIFESTAȚIUNI NERVEASE.

Am citat în capitolul prim, relațiunile dintre bolile faringelui și encefalita letargică, meningită, poliomielită, cari întotdeauna sunt precedate de angine. Aci amintesc rolul afecțiunilor naso-faringiene în patogenia sclerozei în plăci, boalei lui Charcot Marie, coree.

Un caz foarte instructiv de boală a lui *Charcot Marie* a fost descris de Dl. Dr. Prack și Dr. Dorin Ionescu, cari au arătat că înainte de apariția atrofiilor musculare și turburărilor segmentare, s'au ivit paraliziiile faringiene. Cazul de mai sus ne arată că unele afecțiuni nervoase pot începe cu simptome faringiene.

Cu o deosebită importanță practică, amintesc *coreea*, în legătură cu amigdalitele și adenoïditele, cari reprezintă focare infecțioase, observate în clinica O. R. L. din Cluj, prin cele

13 cazuri de coree Irimise de dl. Prof. Gh. Popovici, directorul clinicii infantile. Făcându-se amigdalectomie și adenotomie sub conducerea dlui Prof. G. Buzoianu, rezultatele au fost frăpante 12 din cazuri s'au vindecat, iar unul numai s'a ameliorat.

La acelaș rezultat a ajuns și Letelier, care vindecă 10 cazuri de coree, prin amigdalectomie.

S'a făcut și experiența inversă: Dick și Rothstein au produs sindromul coreic la câini, prin injecții de streptococi recoltați de pe amigdalele unui bolnav cu reumatism poliarticular acut și coree.

TURBURĂRI REFLEXE.

Se pot produce consecutiv ipertrofiilor amigdaliene. Astfel se descrie dintre turburările reflexe: *Tusea reflexă* uscată sau chintoasă, *spasmul glotic*, *epilepsia reflexă*, *astmul atipic*, declanșate prin iritațiunea zonei sensitive a nervului laringian superior.

Deasemeni unele turburări dispeptice ca: *piroze*, *constipații*, *vărsături reflexe*, *aerofagie*, *grățuri* își pot avea punctul de plecare în ipertrofia amigdaliană.

Turburările reflexe în legătură cu inflamația amigdalelor pot să dispară, dacă îndepărtăm spinul iritativ reprezentat prin amigdala ipertrofiată.

TURBURĂRI ENDOCRINE.

După Brown amigdalitele cu repetiție pot duce uneori la *ipertiroidism*, după cum și în unele cazuri de *hazedow* frust bolnavii suferă de amigdalite recidivante.

S'au descris rari cazuri, când amigdalectomia a dus la o descreștere a gușei parenchimoase, ceea ce face să presupunem interdependența endocrină dintre amigdală și glanda tiroidă.

Alte turburări endocrine se observă la *copii cu vegetații adenoide*, cari sunt uneori mici și cu turburări psihice cunoscute sub numele de *Sindromul lui Citell*, caracterizat prin imposibilitate de a fixa atenția realizând *starea de aprozexie a lui Guye* și prin turburări de memorie.

Se descriu deasemenea deformațiuni toracice de tip Robert sau de tip Lambrom, în forme grave de adenoidism unde se presupune mai mult factori rahitici și insuficiență respiratorie, decât turburări de natură endocrină.

III. SEPTICEMII DE ORIGINE AMIGDALIANĂ.

Sunt complicațiuni ale amigdalitelor sau a flegmoanelor periamigdaliene, a căror agenți patogeni pătrund în sânge și dau naștere la fenomene grave subiective și obiective.

Căile de propagare a microbilor după Uffénords sunt trei: a) hematogenă, b) limfatică și c) nervoasă.

Septicemiile sunt produse de germeni: a) aerobi și b) anaerobi.

Septicemiile cu germeni aerobi au fost studiate mai ales de Worms și Le Mée, cari le descriu după amigdalectomii executate într-o fază acută sau subacută sau sunt produse spontan de: streptococul viridans și hemolitic, pneumococ, stafilococ etc. Septicemiile evoluează fie sub o formă pură, fie sub forma unei septică-piemii.

Tabloul clinic al septicemiilor pure e dominat de frisoane, ascensiuni febrile (40°) puls accelerat, albuminurii, leucocitoză de 16.000, adinamie, oligurie în tip ce în septică-piemii ceeace e caracteristic sunt multiptele localizării metastatice din articulații, endocard, pulmon, rinichi, meninge, limfatice, vene. Dintre metastazările embolice cu o deosebită importanță sunt endocarditele acute: benigne și maligne cât și cele cu evoluție lentă. Prognosticul lor e grav.

B) SEPTICEMIILE PRODUSE DE GERMENI ANAEROBI.

Sunt cunoscute în urma cercetărilor lui Fränkel, Uffenods, Clauss, Lemierre. Microbii anaerobi incriminați în etiologia septicemiilor amigdaliene, mai des întâlniți sunt: b. fonduliformis, b. fragilis, streptococul putrificus, b. ramosus și microfelidus. Ca tip de septicemie postanginoasă, determinată de germeni anaerobi, se descrie septicemia cauzată de b. fonduliformis (Tessier), care poate evolua în trei faze: a) f. de angină, b) f. de diseminare, c) faza de septicemie confirmată. — a) Angina poate fi eritematoasă, pultacee, ulceroasă, pseudomembra-

noasă și e însoțită de adenopatie subunghiulo-maxilară, o contrațiune dureroasă a m. sternocleidomastoidian, o tumefacție de aceeaș parte.

b) *Faza de diseminare* urmează precedentei, la 2—3 zile sau la 8—15 zile după debutul anginei. Ea se manifestă prin: ridicare bruscă a temperaturii, frisoane, junghiu toracic.

c) *Faza de septicemie confirmată* se caracterizează prin ascensiuni febrile (40°) frisoane, slăbire, adinamie, puls accelerat.

Semne digestive, anorexie, diaree, vărsături; *semne neurovoase*, bolnavii fiind într-o stare de torpoare; *semne sanghine*: hiperleucocitoză cu polinucleoză; *in urină*: albumină (urme) și urobilină; *semne hepatice* sub forma unui subicter.

Septicemiile produse de *b. fonduliformis* pot lua:

- a) o formă supraacută,
- b) o formă acută pulmonară,
- c) o formă prelungită articulară.

TRATAMENTUL IN SEPTICEMIILE DE ORIGINE AMIGDALIANĂ.

Este un tratament medical: Folosim: 1. chimioterapie; 2. seroterapie; 3. transfuzii de sânge; 4. abces de fixație; 5. proleinoterapie; 6. coloidoterapie; 7. vaccinoterapie.

RASUNETUL AFECȚIUNILOR GENERALE ASUPRA FARINGELUI.

Leucemiile acute pot începe cu fenomene buco-faringiene: a) hemoragii bucale; b) ulcerăriuni ale faringelui și ale amigdalelor; c) ganglionii regionali măriți și moi.

Ulcerăriunile faringiene au fondul necrotic, acoperit cu sfacele cenușii, murdare, cari exală un miros putrid. Ele pot servi poartă de intrare diferiților microbi, dând uneori chiar septicemii.

Leucemiile acute prin tabloul lor clinic se pot confunda cu scorbutul, endocarditele septice, septicemii, ceea ce le deosebește este tabloul sanghin:

1. *In mieloza leucemică acută* se constată: globule albe

15.000—50.000 pe mmc.; monocite 71%; mielocite, mieloblasti, promielociți.

2. *În limfadenoză acută* predomină limfocitele 50% și limfoblaști 10%; globulele albe 200.000—300.000 mmc.

Agranulocitoza, descrisă de Schultze, e o afecțiune de natură septică și evoluează cu febră, hepato-splenomegalie, icter, cu dispariția aproape totală a elementelor granulare. În evoluția agranulocitozei, se descriu angine necrotice, cari sunt manifestări secundare ca și necrozele din regiunea anală sau vulvară la femei.

Febră ganglionară, descrisă de Filatow e o afecțiune cu etiologie necunoscută, se presupune însă că ar fi produsă de un virus limfotrop.

Boala evoluează cu febră, tumefierea ganglionilor cervicali, submaxilari, occipitali, axilari, hepato și splenomegalie moderată.

Tabloul sanghin se caracterizează prin o sporire a monocitelor (80—90%), sau printr-o limfocitoză accentuată. Febră ganglionară poate evolua și sub forma unei angine catarale, difteroidă sau ulceroasă.

În unele cazuri, angina e un simptom dominant, de unde numirea de *angină monocitară*, în alte cazuri (mai rar) angina e discretă sau poate chiar lipsi. Angina e considerată ca un epifenomen în cortegiul simptomatic al febrei ganglionare.

Diabetul. Manifestările buco-faringiene în decursul diabetului sunt numeroase. Astfel se descrie în diabet: o limbă uscată și netedă, căderea spontană a dinților, salivatie acidă, gingivite, stomatite, angine pseudo-flegmoane faringiene.

Ori de câte ori un diabetic prezintă angine sau pseudoflegmoane faringiene, prognosticul bolnavului devine grav. Colleville citează un caz de moarte prin angină de piept la un diabetic obez cu pseudo-flegmon faringian, unde incriminează rezistența scăzută a organismului prin terenul diabetic. El explică mecanismul morții printr'un reflex, al cărui punct de plecare faringian a acționat prin sistemul vago-simpatic asupra inimii oboșite. Studiind raportul dintre infecțiuni și hiperglicemii, Boulin ajunge la concluzia că:

1. Hiperglicemia creează un excelent mediu pentru infecțiile microbiene.

2. Infecțiile microbiene pot provoca hiperglicemii, iar diabetul e agravat prin ele.

Anginele diabetice nu se pot vindeca până nu se tratează cauza generală — diabetul.

Sifilisul cerebral poate da fenomene clinice din partea aparatului buco-faringian.

Obreja descrie la unii bolnavi: ticul bucal. bolnavii fac impresia că au o bomboană în gură, înghit sau fac mișcări de deglutiție.

Parant observă tromburătura gelatinoasă a limbei, iar în unele cazuri, când instabilitatea limbei e mai pronunțată, iau naștere mișcări așa zise de „trombon“. Dl. Prof. Urechia descrie paralizii ale trigemenului, cari dau anestezii, încât unii din paraliticii generali își scot dinții fără nici-o durere.

Tot în urma paraliziei trigemenului se observă la unii bolnavi, scrâșnire de dinți și paralizii cu imposibilitate de a mesteca.

Pareza vago-accessoriului produce turburări ale vocii, deglutiția devine dificilă, iar în urma acestei pareze, particulele alimentare ajung uneori în trahee și bronhii dând pneumonii de deglutiție. În o fază mai înaintată apare chiar paralizia bulbară cu turburări respiratorii de tip Cheyne-Stockes, puls mic-dificultate la deglutiție și dizanie. Afară de paralizii faringiene și laringiene se descriu la unii paralitici generali: *turburări trofice* sub forma de „mal perforant palatin“ și *accidente infecțioase* ca: amigdalite, peritidite, abcese retro-faringiene, cari evoluând spre bronhii și plămâni, pot provoca moartea bolnavului (Urechia).

„Mai amintim rolul infecțiilor rino-faringiene, admis de mulți autori, faringele fiind o cale de intrare posibilă și în meningita limfocitară benignă.

Știm că vasele epifaringelui și în parte ale amigdalelor merg spre baza creierului și că epifaringele și baza creierului nu sunt separate decât de oase în parte perforate. Cefalea de fapt e foarte frecventă în amigdalite și faringite; se poate constata cefalee foarte intensă coincidând și cu faringite, în cari febra nu se ridică decât foarte puțin. Atrăgând atențiunea a-

supra acestui fapt, Urechia și Elekes recomandă cercetarea sistematică a faringelui în cazurile de meningită limfocitară benignă". (Vértes Gh.)

Nefritele azotemice consecutive scarlatinei, în perioada de convalescență pot da fenomene faringiene: dureri în gât, bolta palatină cu istmul palato-faringian congestionat, cu puncte hemoragice, ușor edemate, amigdalele mărite, uneori atingându-se pe linia mediană. Criptele amigdaliene sunt pline cu exudat muco-faringian, iar ganglionii regionali sunt tumefiați.

Faringitele consecutive nefropatiilor nu dispar până ce nu se tratează în primul rând nefrita și numai în al doilea rând leziunile locale.

Pentru ilustrarea celor spuse în capitolele precedente, dau câteva observațiuni clinice:

OBS. 1. — Amigdalită criptică cronică cazuoasă bilaterală, stare subfebrilă, reumatism poliarticular cronic.

E vorba de bolnava M. M. de 20 ani, care e trimisă de Clinica Medicală, serviciului O. R. L. din Cluj cu diagnosticul reumatism poliarticular cronic și stare subfebrilă.

Antecedente credo-colaterale. Tatăl mort de o afecțiune pulmonară, mama trăește și e sănătoasă.

Antecedente personale. Varicelă la patru ani, pneumonie la 9 ani, amigdalită în repetate rânduri, la vârsta de 18 și 19 ani stări gripale.

Boala actuală. Datează de patru ani, când bolnava a avut dureri în articulația genunchiului stâng și tibio-tarsiană, ascensiuni febrile tumefierea articulațiilor de mai sus, dureri în gât, guturai. Aceste fenomene clinice au cedat în 2 săptămâni spontan. Fenomenele articulare se repetă și în anii următori, prinzând și articulațiunile cotului stâng și mânei drepte. De 2 săptămâni, bolnava acuză din nou dureri articulare în coate și mâini, apoi o stare subfebrilă cât și dureri faringiene.

Examen fizic. Nimic deosebit.

Examen serologic, biologic, urinar negativ.

Examen O. R. L. I-se pune diagnosticul de amigdalită criptică cronică, iar la data de 21 Ian. 1938 i-se face amigdalectomie bilaterală de Dl. Prof. Dr. Gh. Buzoianu.

La 7 zile starea subfebrilă dispore, iar fenomenele articulare se ameliorează. La 15 zile bolnava părăsește clinica, vindecată.

OBS. 2. — Amigdalită criptică cronică bilaterală, nefrită acută.

E vorba de un bolnav C. A. de 38 ani, cismar, trimis de Clinica Medicală cu diagnosticul de nefrită acută, clinicei O. R. L.

Antecedente credo-colaterale fără importanță.

Antecedente personale. Pojar la 6 ani, scarlatină la 9 ani, amigdalită repetată dela vârsta de 30 ani.

Boala actuală datează de 12 zile și a început brusc, bolnavul-simțind dureri în gât, jenă la deglutiție, ascensiuni febrile, dureri în regiunea lombară și la scurtă vreme tumefierea membrelor inferioare. Concomitent bolnavul are hematurii, care-l impresionează, determinându-l să consulte Clinica Medicală. Se institue tratamentul nefritei fără rezultat.

La examenul O. R. L. i-se pune diagnosticul de amigdalită cronică criptică bilaterală și i-se face amigdalectomie la 29 Ian 1938 de Dl. Dr. A. Teodorescu. După câteva zile simptomele subiective cedează, persistând hematuria, care dispare în 2 săptămâni. Ca urmare a amigdalitei starea generală se ameliorează, diureza revine și bolnavul părăsește clinica, vindecat.

OBS. 3. — Amigdalită criptică, vegetația adenoide, coree.

Descriu cazul bolnavei H. I. de 10 ani, trimisă de Clinica Infantilă cu diagnosticul de coree.

Antecedente eredo-colaterale fără importanță.

Antecedente personale pojar, pneumonie și nefrită.

Boala actuală datează de un an și jumătate. Intră în Clinica Infantilă într-o stare de excitație, prezentând mișcări desordonate ale mâinilor și membrelor inferioare, clipiri frecvente ale pleoapelor, diferite grimase ale feței, mai ales când este observată și chestionată. Jenă în alimentație și vorbire, mers neregulat, uneori imposibil din cauza mișcărilor exagerate ale membrelor inferioare.

Examen fizic nimic deosebit. Reacțiunile biologice, serologice și urinare negative. Este trimisă la Clinica O. R. L., unde i-se face amigdalectomie (Dr. Gârbea). După operație, la 2 săptămâni bolnava părăsește Clinica, vindecată.

OBS. 4. — Amigdalită cronică cazeoasă, reumatism cronic.

E vorba de bolnava I. A. de 40 ani, care e trimisă de Clinica Medicală cu diagnosticul de reumatism poliarticular cronic la data de 24. IV. 1937.

Antecedente eredo-colaterale nu prezintă nimic deosebit.

Antecedente personale gripă, pojar și amigdalită în repetate rânduri.

Boala actuală datează de la vârsta de 28 ani și a fost contractată în urma unei răceli. Ca simptomatologie clinică, bolnava a prezentat: dureri, tumefacții la nivelul articulațiilor genunchilor și mâinilor, ascensiuni febrile, inapetență, frisoane, adinamie, care au durat câteva săptămâni.

Puseurile reumatismale s'au repetat. De 3 săptămâni, bolnava prezintă dureri mari la nivelul articulațiilor tibio-tarsiene, la nivelul mâinilor și scapulo-umerale. Durerile sunt atât de intense încât bolnava nu-și poate mobiliza membrele superioare și inferioare. În starea aceasta, consultă Clinica Medicală, unde i-se pune diagnosticul de reumatism poliarticular cronic.

Examen fizic nu se constată nimic patologic asupra inimii.

Reacțiunile serologice sunt negative.

Bolnava e tratată cu salicilat de sodiu și piramidon fără rezultat.

È trimis la Clinica O. R. L., unde i-se face amigdalectomie (Dr. Salamon), la 6 Mai 1937. La 3 săptămîni, a bolnava părăsește clinica, foarte mult ameliorată.

OBS. 5. — *Endocardită reumatică, coree, amigdalită cronică, vegetații adenoide.*

E vorba de bolnava S. I. de 9 ani, care e trimisă de Clinica Infanțilă, serviciului O. R. L.

Antecedente credo-colaterale fără importanță.

Antecedente personale. Scarlatină, tuse convulsive, pojar, reumatism poliarticular acut.

Boala actuală datează de 2 ani și se manifestă prin mișcări desordonate, contracturi în jumătatea stîngă a corpului, dureri precordice și palpațiuni la efort.

Examen fizic, pulmonar: pleurită stîngă.

Inimă: matitatea mărită în sens longitudinal și transversal. La auscultație suflu sistolic la focarul mitral, șgomotele cardiace sunt surde. Bolnava prezintă și mișcări neregulate ale membrelor, jenă la alimentație și o stare subfebrilă.

Reacțiunile biologice, serologice și urinare negative.

Adusă la Clinica O. R. L. i-se face amigdalectomie și adenotomie (Dr. Gârbea). La data de 23 Ian. 1937. După 10 zile turburările coreice diminuează, iar după alte 2 săptămîni turburările endocardice dispăr, ceea ce determină pe bolnavă să părăsească clinica, vindecată.

OBS. 6. — *Amigdalită cronică, vegetații adenoide, reumatism, endocardită, coree.*

E vorba de bolnava P. I. de 8 ani, care e trimisă de Clinica Infanțilă cu diagnosticul de coree, endocardită, reumatism.

Antecedente personale. Gripă, varicelă, pertusis, și puseuri de amigdalită mai ales în timpul iernii.

Boala actuală datează de 3 ani și se caracterizează prin mișcări desordonate ale mâinilor, jenă în alimentație, palpații la efort, dureri și tumefieri la articulațiile mâinilor cotului și articulația scapulo-umerală. De 1 săptămîna bolnava are dureri în gât și ascensiuni febrile.

La examenul fizic se constată asupra inimii, matitatea mărită în sens longitudinal, șufluri mitro-aortice, șgomoto surde. La examenul O. R. L. i-se pune diagnosticul de amigdalită cronică criptică și vegetații adenoide. În ziua de 9 Iun. 1937 Dl. Dr. Gârbea îi face amigdalectomie și adenotomie. La 10 zile fenomenele clinice se ameliorează, iar după 7 zile bolnava părăsește clinica, vindecată.

OBS. 7. — *Reumatism poliarticular cronic stare subfebrilă, amigdalită cronică bilaterală.*

P. M. în vîrstă de 35 ani o trimisă de Clinica Medicală cu diagnostic de reumatism poliarticular cronic și o stare subfebrilă.

Antecedente personale: la 7 ani scarlatină, la 12 ani gripă, la 14 ani pneumonie.

Boala actuală datează de la vârsta de 25 ani, cînd bolnava a avut primul puseu de reumatism poliarticular acut, localizat la genunchiu, la

articulațiunea tibio-tarsiană stângă, la mâna dreaptă și cotul drept. Bolnava a zăcut în pat câteva săptămâni, după care s'a simțit bine, fără a lua vreun medicament. Puseurile reumatismale s'au repetat de câteva ori fără a cauza neajunsuri prea mari bolnavei. De 3 săptămâni, bolnava simte dureri în articulațiile membrelor și picioarelor, care sunt și tumefiate. Nu poate umbla și are în plus și subfebrilitate.

Consultă Clinica Medicală, unde e tratată fără rezultat. Având acuzo în gât, bolnava e trimisă la Clinica O. R. L., unde i-se face amigdalectomie bilaterală de Drd. Magiari, la 19 Martie 1937. La 12 zile starea subfebrilă dispăre, durerile articulare sunt foarte ușoare, ceea ce determină pe bolnava să părăsească clinica, vindecată.



CONCLUZIUNI.

1. Faringele organ la răspândia dintre aparatul respirator și digestiv este în strânsă corelație fizio-patologică cu acestea.

2. Bogăția în țesut limfoid conglomerat sau dispersat (amigdale palatine, vegetații adenoide), face ca atunci când acest țesut este bolnav să poată servi drept poartă de intrare multor afecțiuni în special de natură infecțioasă.

3. Vegetațiile adenoide și amigdalele palatine pot fi focare de infecțiune cu determinări patologice pe diverse organe la distanță: inimă, pulmon, rinichi, meninge, articulații, sau determinări patologice asupra întregului organism (septicemii, septicotemii) sau să influențeze însăși starea psihică a bolnavului printr'o infecto-intoxicațiune foarte lentă, însă prelungită.

4. Deasemenea unele afecțiuni medicale generale pot avea repercuzie patologică asupra faringelui, cum ar fi uneori leucemiile, unele nefrite azotemice, diabetul, sifilisul nervos, însăși unele stări nevropatice.

5. Terapeutică stărilor morbide ce stau sub dependența vegetațiilor adenoide și amigdalelor palatine, constă în primul rând în ablația acestora, adică a focarelor cauzale, la care se adaugă tratamentul general al afecțiunii respective.

6. În fața unor maladii, a căror etiologie medicul nu o poate depista; este indicat a se examina amănunțit cavitatea faringiană, care poate evidenția cauza afecțiunii respective.

Văzută și bună de imprimat.

Cluj, la 20 Maiu, 1938.

Decanul Facultății:

Președintele tezei:

ss. Prof. Dr. MARIUS STURZA.

ss. Prof. Dr. GH. BUZOIANU.

BIBLIOGRAFIE.

Prof. Dr. Buzoianu și Dr. Gârbea: Amigdalectomie și adenotomie în tratamentul corei acute. — Rev. Științelor O. R. L. din Cluj, Nr. 2, vol. II, an. II, pag. 101, 1 Aprilie 1938.

Prof. Dr. Buzoianu: Activitatea Clinicei O. R. L. din Cluj, dela 1934. Broșură. Cluj.

Prof. Dr. Benetato și Dr. C. Opreșiu: Beiträge zum studium der Wechselbeziehungen zwischen Mandeln und Schilddrüse. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1933 (sub presă).

Dr. G. Cotul și Dr. A. Teodorescu: Papiloamele amigdalelor palatine. Rev. Științelor O. R. L. din Cluj. Nr. 2, vol. II, an. II, pag. 108, 1 Aprilie 1938.

Dr. Csilag și Drd. Târnăveanu: Contribuțiuni asupra amigdalei lui Luscka în patologia sugarului. Rev. Șt. O. R. L. din Cluj, Nr. 1, vol. II, an. II, pag. 58, 1 Ianuarie 1938.

Dr. Cseke Petru: Amigdalitele cronice și stările subferbile. Teză. Cluj, Nov. 1936.

G. Camyt: Les maladies du Farynx. Masson et C^{ie}. Éditeurs Paris, 1930.

Prof. R. Duperié: Complications médicales des infections amygdaliennes Clinique et laboratoire, No. 3 Mars 1938, pg. 49.

Dr. Frățianu E.: Amigdalele și patologia generală. Teză. Cluj. Iunie 1937.

Dr. Gârbea Ștefan: Technica amigdalectomiei totale în Clinica O. R. L. din Cluj. Teză. Cluj, Martie 1936.

Prof. Hațieganu și Goia: Tratat elementar de semiologie și patologie medicală, vol. I și II. Tip. Cartea Rom. 1934—1936.

G. Laurens: Précis d'oto-rhino-laryngologie. Collections de précis médicaux. Masson. C^{ie}. Éditeurs, Paris, 1931.

Dr. Pack și Dr. D. Ionescu: Contribuțiuni asupra bolii lui Charcot Marie. Rev. Șt. O. R. L. din Cluj. Nr. 2, vol. II, pag. 92, 1 Aprilie 1938.

Dr. Reutenbourg și Guindes: Patogenia septicemiei amigdaliene și diagnosticul ei diferențial cu septicemia de origine otică. Rev. de Laryngologie, Otologie, Rinologie, Nr. 8, 1937.

Dr. Salamon Ernest: Considerațiuni asupra flegmoanelor periamigdaliene. Teză. Cluj, Iunie 1935.

Prof. Testut Iacob: Traité d'anatomie humaine, tome quatrième. Paris, Librairie Octave Doin. Éditeur 8, Place l'Odéon, 1923.

Worms et Le Mée: Les Foyers amigdaliens, surces d'infections secondaires. Les an. D'oto-laryngologie. Nr. 8, pag. 892, 1931.

Dr. Tudoran Maria: Stările reumatismale și amigdalitele cronice. Teză. Cluj, Mai 1936.

Dr. Vêrtes Gh.: Meningita limfocitară benignă. Teză, Cluj, Mai 1938.

Prof. Urechia et Elekes: Méningite lymphocytaire bénigne. (Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des hopitaux de Paris, 1936. X. 9.