

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
Facultatea de Medicină.

No. 1286.

Importanța patologică a vegetațiunilor adenoide

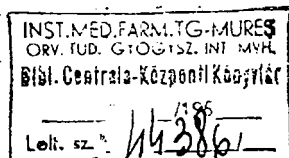


DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 23 Iunie 1938.

DE

SZABÓ PETRU



24 MAY 2005

CLUJ

TIPOGRAFIA „STUDIO” STR. I. G. DUCA No. 8.
1938.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Dl. Prof. Dr. M. STURZA.

Profesori:

Clinica stomatologică	Dl. Prof. Dr. <i>Aleman I.</i>
Microbiologie	" " " <i>Baroni V.</i>
Fiziologia umană	" " " <i>Benetato G.</i>
Istoria medicinei	" " " <i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală	" " " <i>Boitez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	" " " <i>Buzoianu G.</i>
Istologia și embriologia umană	" " " <i>Drăgoiu I.</i>
Semiologie medicală	" " " <i>Goia I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	" " " <i>Grigoriu Cr.</i>
Clinica medicală	" " " <i>Hațieganu I.</i>
Medicina legală	" " " <i>Kernbach M.</i>
Chimia biologică	" " " <i>Manta I.</i>
" oftalmologică	" " " <i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	" " " <i>Minea I.</i>
Igienă și igienă socială	" " " <i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	" " " <i>Agr. M. Zolog</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" " " <i>Negru D.</i>
Clinica chirurgicală	" " " <i>Papilian V.</i>
Medicina operatoare }	" " " <i>Pop A.</i>
Clinica infantilă	" " " <i>Popoviciu Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozia (Supl.)	" " " <i>Popoviciu Gh.</i>
Biologia generală	" " " <i>Racoviță E.</i>
Chimia medicală	" " " <i>Secăreanu Șt.</i>
Balneologie	" " " <i>Sturza M.</i>
Clinica dermato-venerică	" " " <i>Tătaru C.</i>
" urologică	" " " <i>Țeposu E.</i>
Clinica psihiatrică	" " " <i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	" " " <i>Vasilii T.</i>
Fizica medicală	" " " <i>Conf. Bărbulescu N.</i>

JURIUL DE PROMOTIE:

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

{	Dl. Prof. Dr. <i>I. Aleman</i>
	" " " <i>V. Bologa</i>
	" " " <i>M. Kernbach</i>
	" " " <i>Gh. Popoviciu</i>

Supleant: Dl. Doc. Dr. *I. Gavrilă*

Introduce.

În această teză voi căuta să tratez o chestiune importantă atât pentru practicienii nespecializați, cât și pentru pediatrii și oto-rino-laringologi: *importanța patologică a vegetațiunilor adenoidale*. Multe afecțiuni din patologia infantilă, cari par ar fi cu totul independente, ca anumite turburări digestive și respiratorii, acute și cronice, rezistă la tratament, necunoscând cauza determinantă, care de multeori e constituită de așa numitele vegetațiuni adenoidale localizate în naso-faringe. Această cavitate comunică cu cavitățile nasale, cu cea bucală și urechea medie, încât cunoașterea afecțiunilor dela acest nivel, are importanță deosebită și primordială în deosebi în patologia oto-rino-laringologică.

Rino-faringele poate fi locul afecțiunilor proprii sau a simptoamelor, cari sunt indicatori unei diateze, unei boli generale sau unei infecțiuni. Poate figura ca poartă de intrare pentru diferiți agenți patogeni a bolilor infecto-contagioase din copilărie. Cavul constituie un loc predilect de infecție, unde microbii vegetează timp îndelungat și de unde ei se elimină în mediul extern prin tusă, strănut, chiar prin vorbire. Deci au un rol epidemiologic și igienic-social, fiindcă astfel se transmite: gripa, tusea convulsivă, rujeola, varicela, scarlatina, difteria, meningita cerebro-spinală epidemică, paralizia infantilă etc., a căror sursă de infecție principală e în buco- și rino-faringe, unde se găsesc amigdalele palatine și faringiene. Acestea din urmă când sunt hipertrofiate — constituind manifestățiunile sindromului adenoidian — se numesc vegetațiuni adenoidale.

Acest sindrom morbid se compune dintr'o serie de simptome variate, toate datorite acestor masse vegetante mai mult sau mai puțin voluminoase din rino-faringe, fiindcă dau un pericol permanent de infecție, iar prin obstrucție

nasală produc insuficiență respiratorie, perturbând hematoza și desvoltarea organismului din punct de vedere fizic și psihic, înzestrând pe bolnav cu trăsăturile lui caracteristice și definitive.

Adenoidismul deci stă pe primul plan între afecțiunile naso-faringelui, încât trebuie să fie bine cunoscut pentru a putea face un diagnostic, un prognostic și un tratament eficace în cazurile date.

Definiție.

Adenoidismul este o afecțiune mai ales a primei copilării, însă în mod excepțional se observă și la adulți, precum și la noui născuți, manifestându-se prin prezența așa numitor vegetațiuni adenoide, prin care se înțelege hipertrofia cronică a amigdalelor naso-faringiene. Țesutul acestor formațiuni e asemănător cu cel al ganglionilor limfatici și hipertrofia lor e de cele mai multe ori acompaniată de o infecție încât cu drept cuvânt putem întrebuința termenul de adenoidite cronice sau mai precis, de amigdalite naso-faringiene cronice hipertrofice, având la bază o diateză: limfatismul.

Anatomia topografică și fizio-patologia.

Amigdalele naso-faringiene sunt formațiuni limfoide situate la nivelul păretului superior, și posterior a naso-faringelui numit și cavum, ce se întinde în jos până deasupra vălului palatin, dinainte dela coanele și piciorul vomerului, înapoi până la tuberculul faringian, pe lături până la fosetele lui Rosenmüller și pavilionii tubari. Dat fiind această situațiune anatomică a cavumului, ce constituie o parte intimă a căilor respiratorii superioare, se înțelege foarte ușor simptomatologia vegetațiunilor adenoide.

Căile respiratorii superioare au pentru plămâni o importanță fizio-patologică deosebită, ele servind la încălzirea, purificarea și umidifierea aerului inspirat încât funcțiunea bună a lor e indispensabilă pentru organism. Suferința acestor căi se repercutează adeseori asupra parenchimului pulmonar mai ales la copii, la cari dacă respirația nasală e împiedicată, favorizează procesele catarale la nivelul laringelui ori bronșiilor. Obstrucția mecanică favorizează așa numitele rino-bronșite descendente cu tendință vădită la repetiții; insuficiența respiratorie e o cauză predispozantă pentru broncho-pneumonie. Raportul intim cu amigdalele palatine, cu cavitățile craniene (sinurile), cu urechea prin intermediul trompelor lui Eustache, explică o serie de asociații morbide în acest teritoriu, care adeseori e poarta de intrare pentru o serie de infecțiuni generale, ca difteria, reumatism acut, meningita cerebro-spinală epidemică etc.

Este poate verosimil, că țesutul limfadenoidian, cu toate formațiunile și localizările lor profunde și superficiale joacă un rol în auto-imunizarea organismului. *Prasek* și *Zuk* susțin că rolul amigdalelor faringiene și palatine e indiscutabil în rezorptia microbilor și prepararea antigenilor. Unii le atribue chiar un rol endocrin, care încă nu e destul de bine studiată și neavând dovezi nu poate figura decât ca ipoteză.

Anatomia patologică.

La toți copiii, cum am amintit deja mai înainte, în partea superioară a naso-faringelui există elemente limfoide cu o structură absolut identică cu aceea a amigdalelor obișnuite, cari la pubertate în mod normal se atrofiază și dispar. Din contra dacă această regresie nu se produce, ci se hipertrofiază, vorbim de vegetațiuni adenoide, adenoidită cronică sau hipertrofia cronică a amigdalelor faringiene.

Macroscopic aceste formațiuni se prezintă sub aspect multilobat, având la suprafață o mulțime de pliuri paralele și regulate și între ele niște proeminente: bandete ridicate, cari converg spre o depresiune mediană terminându-se în-

tr'un fund de sac numit bursa faringiană a lui Tornwaldt. Grosimea acestui țesut limfoid, care în stare normală este de 5—7 mm. se poate hiperplasia încât uneori umplă cavumul în totalitate.

Microscopic, amigdalele naso-faringiene prin structura lor ne amintesc aceea a organelor limfoide; acestei analogii histologice cu țesutul ganglionilor limfatici se datorește și denumirea de vegetațiuni adenoide, cari la suprafață sunt acoperite de o mucoasă de tip malpighian, iar în cripte cu epiteliu cilindric ciliat. Dacă examinăm o secțiune microscopică vedem o stromă formată dintr'un reticul de fibrile fine, în ochiurile cărora găsim celule limfatice grupate în foliculi identici cu acei din substanța corticală a ganglionilor. Aceste elemente epiteliale și limfatice sunt unite, încât formează un singur țesut numit limfo-epitelial.

Brindel deja în 1896 face un studiu histologic asupra amigdalelor naso-faringiene și constată, că sunt caracterizate prin o mulțime de foliculi închiși de volume considerabile. Țesutul adenoidian e hipertrofiat și cu o vascularizație abondantă; rețeaua fibrilară, ce înconjoară foliculii, e infiltrată cu celule limfatice cu nuclee mari. Epiteliul dermopapilar dela suprafață, după *Brindel*, e datorit unei metaplasii celulare. Elementele glandulare mucipare sunt localizate mai mult spre pediculii acestor masse burgeonante. Multeori găsim prezența chistelor sau a substanțelor cazeoase închistate sau în cazul când sunt infectate găsim chiar abcese mici multiple, încât *Laurens* deosebește: 1. vegetațiuni adenoide obstruante și 2. infectante.

Etiologia și patogenia.

Vegetațiunile adenide le găsim în toate vârstele, după *Ruăult* într'un procent mai mare la copiii de 3—6 ani. Pot surveni la sugari, când ele pot fi *ereditare* sau *congenitale*, ca o manifestare a constituției limfatice. Copiii prezintă vegetațiuni adenoide ca și părinții lor, fiindcă ei moștenesc terenul, adică limfatismul, care e un factor predispozant în etiologia lor. Limfatismul este o constituție sau o diateză,

caracterizată prin hiperplazia generalizată a ţesuturilor limfatice din organism, hiperplazia sau presistenţa timusului, hipoplazie cardio-vasculară, rezistenţă scăzută faţă de infecţiuni. Pielea limfaticilor e fină, palidă şi fac uşor afecţiuni ale tegumentului cutanat şi a mucoaselor. Deci în linii generale prezintă caracterele *stării timico-limfatice a lui Paltauf*. Vegetaţiunile adenoide, cari se desvoltă cu predilecţie la copii şi adolescenţi, se atrofiază în general între 15—20 ani, care regresivitate însă nu este o regulă, fiindcă pot persista la adulţi precum şi la bătrâni în mod excepţional.

Climatele umede şi reci, precum şi *condiţiunile igienice* neprielnice ale vieţii, favorizează hipertrofia amigdalelor naso-faringiene.

Adenoiditele, adică inflamaţia ţesutului amigdalelor naso-faringiene, evoluează în puseuri. Cu fiecare recidivă formaţiunile limfoide devin din ce în ce mai hipertrofiate. Toate *infecţiunile* acute şi cronice fie *locale* ca: sinusitele, anginele, toate iritaţiunile cronice ale foselor nasale, însă mai ales a cavităţii naso-faringiene, prepară şi favorizează hiperplazia ţesutului limfoid epifaringian.

Bolile infecto-contagioase ale copilăriei, ca rujeola, varicela, tusea convulsivă, scarlatina, difteria, meningita cerebro-spinală epidemică, dând puseuri de adenoidite acute, contribue la augmentarea de volum a vegetaţiunilor adenoide. Dacă ţinem seamă de rolul de apărare pentru organism contra tuturor infecţiunilor venite din afară a ţesutului limfoid, atât de bine reprezentat la copii şi de situaţiunea lor anatomică la nivelul porţii de intrare aproape a tuturor microorganismelor, cari cauzează bolile mai sus menţionate la această vârstă, înţelegem numai decât şi patogenia adenoidismului. Acest ţesut limfoid reprezintă un factor de rezistenţă naturală contra bolilor primei copilării şi pentru a îndeplini misiunea lor, ei reacţionează la invazia microbilor prin augmentare de volum.

Se incriminează în etiologia acestui sindrom *infecţiunile cronice specifice*. Sunt autori, cari au atribuit importanţă *sifilisului ereditar*. Noi acceptăm atât, că sifilisul congenital, ca teren, predispozează la infecţiuni, în special la adenoidite cronice.

Există și vegetațiuni adenoide *tuberculoase*, însă sunt foarte rare. Noi le suspectăm la copiii infectați cu tuberculoză, cari au un aspect anemic, cu subfebrilitate permanentă și adenopatie cervicală. În antecedentele lor adeseori găsim manifestațiuni tuberculoase cutanate, ganglionare, articulare, osoase, pulmonare, pleurale sau viscerale. Trebuie să depistăm cât mai de timpuriu aceste vegetațiuni tuberculoase, fiindcă sunt foarte periculoase și contraindică intervențiunea, căci ablația lor poate determina deschiderea unei tuberculoze acute generalizată, un fel de septicemie tuberculoasă, ulcerațiuni specifice la nivelul faringelui, adenopatii cervicale supurate, otite tuberculoase bilaterale și peritonite tuberculoase.

După *Dieulafoy* vegetațiunile adenoide sunt tuberculoase într-o proporție de 20%. În lipsa dovezilor acceptabile susținem că vegetațiunile adenoide adevărat tuberculoase sunt excepționale și sunt așa numite vegetațiuni bacilifere, pe suprafața cărora se găsesc bacilii lui Koch, care fapt ne explică rezultatele experiențelor lui *Dieulafoy*, care inoculând fragmente de vegetațiuni adenoide la animale de experiență, aceștia au făcut tuberculoză. După acest autor (ipoteză veche) bacilii tuberculoși pot să pătrundă în organism prin amigdalele naso-faringiene și palatine. Inocularea tuberculozei se face la nivelul formațiunilor limfoide a faringelui, apoi infecțiunea trece la ganglionii gâtului determinând adenopatie-cervicală și în etapa ultimă ajunge la plămân dând localizări pulmonare.

La *artritici*, mucoasa naso-faringelui fiind expusă la iritațiuni locale repetate, reacționează prin catare locale însoțite de instabilitate vasculară și o excitabilitate specială tot așa ca și la *limfatici*. Elementele limfoide sub influența invaziunii microbiene precum și a substanțelor toxice exo-și endogene sufăr o hiperplazie accentuată.

Debilitatea generală și rachitismul după unii ar interveni deasemenea în etiologia acestui sindrom. *Poppi* atribuie un rol deosebit *disfuncțiilor endocrine*, mai ales *hipofizare*. După Dl. Prof. *I. Urechea* vegetațiunile adenoide se observă foarte frecvent la idioți, imbecili și debili mintali, adică la oligofrenici precum și în idioția mongoliană. La

acești indivizi se mai observă faringite și hipertrofia amigdalelor palatine.

Având în vedere o mulțime de ipoteze și teorii este verosimil intervenția simultană a mai multor factori, încât vorbim de un *complex de factori etiologici*, însă rolul preponderant îl are: *limfatismul și infecțiunea locală sau generală*.

Simptomatologia.

Sindromul adenoidian cuprinde o serie de simptome foarte variabile, după cum vegetațiunile adenoide *supurează sau nu*; în primul caz fenomenele sunt datorite *infecțiunii sau intoxicațiunii*, iar în al doilea caz simptomatologia rezultă din reducerea permeabilității sau *obstrucția* completă a căilor respiratorii superioare. Un alt factor, care dă un colorit diferit simptomatologiei este *vârsta*. Tabloul clinic variază cu înaintarea vârstei, având un alt aspect la sugari ca la cei din prima copilărie sau ca la adulți.

Luând ca tip clinic copilul școlar a cărui amigdală naso-faringiene sunt hipertrofiate și infectate, găsim un ansamblu de simptome *funcționale, fizice: locale sau la distanță* precum și cele *generale*.

I. Formele nesupurate.

În acest caz toată simptomatologia se traduce prin obstrucția mecanică dată de prezența vegetațiunilor adenoide mai mult sau mai puțin voluminoase și repercusiunii asupra altor organe.

1. **Turburări respiratorii.** Având în vedere rolul naso-faringelui în respirație și situația anatomică a vegetațiunilor adenoide înțelegem imediat, că primul simptom determinat de prezența lor este *obstrucția nasală*, care atrage atenția părinților asupra suferinței copiilor. Respirația copiilor e modificată fiindcă nu pot respira prin nas, ci prin gură. Această *respirație bucală* e anormală și nefiziologică, fiindcă

se instalează ceace numim în rinologie sindromul insuficienței respiratorii nasale. Copiii prezintă o jenă în respirație atât ziua cât și în noaptea. Fosele nasale sunt obstruate printr'o secreție muco-purulentă, prezentând aproape în mod constant coriză cronică.

2. Turburări de somn. Copiii dorm neliniștit noaptea, gura lor e deschisă, sforăe. Aceste turburări se pot accentua, încât dau semne de asfixie nocturnă cu cianoză și mișcarea ritmică a aripioarelor nasale, mergând până la crize de laringite striduroase. Apoi, deși rar, se observă uneori *teroare nocturnă* (Pavor nocturnus) fie forma clasică, când copilul se trezește din somn, este speriat, anxios, prezintă halucinațiuni vizuale, strigă, alteori se scoală din pat aleargă, unii prezintă amnezie pentru acces, iar alții nu, fie forme fruste caracterizate prin scrâșnirea dinților, vorbire sau plâns în somn. În rezumat după volumul acestor amigdale nasofaringiene și intensitatea puseurilor congestive a acestora, noi observăm o serie de fenomene intermediare dela somn agitat până la turburări laringiene asfixice, cu ticuri sau enuroză nocturnă.

3. Turburări de fonație. Vegetațiunile adenoide din cauza diformării cavității nasale și reducerii de capacitate a celei nasofaringiene, cari joacă rolul unui rezonator în fonație, determină *vocea nasonată* (rinolalie) modificând pronunțarea. Copii înlocuesc literele nasale M. sau N. cu labiale sau dentare, B. sau D. încât în loc de mama spun baba. E interesant de notat, că *Gradenigo* și *Grossard* afirmă, că uneori după ablația vegetațiunilor adenoide *bălbăitul* sau *gângăveala* dispare.

4. Turburări auditive. De multeori ne consultă bolnavi, cari nu prezintă nici un simptom din cele precedente, nici cea mai mică obstrucție nasală, ci se plâng de *otalgii*, *vâjâituri* sau de *surditate* intermitentă, cari deobiceiu apar în legătură cu un guturai sau se accentuează cu aceasta. Aceste simptome se explică prin faptul că vegetațiunile adenoide obstruează în mod mecanic orificiul faringian al trom-

pei lui Eustache, compromițând aerația normală a urechii medii, încât nu permit penetrarea aerului în casa timpanică; consecutiv se determină o diminuare a presiunii atmosferice și o bombare a membranei timpanice înăuntru, astfel reducând oscilațiunile oscioarelor din casa timpanică. Simplul contact al vegetațiunilor adenoide cu trompa lui Eustache poate da dureri otice. Turburările auriculare infecțioase le voi trata în capitolul complicațiunilor.

5. **Turburări reflexe.** *L. Labarraque* remarcă faptul, că faringele deasemenea e o zonă tusigenă și vegetațiunile adenoide mai ales, cari sunt localizate în partea superioară a cavumului pot determina *accese de tuse* chinuitoare, foarte rebele la tratament. Faringele în mod direct și permanent e expus iritațiunilor aerului rece, care nu e nici purificat sau filtrat, nici umezit din cauza obstrucției nasale; excitațiunile tusigene pleacă din regiunile înervate de n. trigemen și glosofaringian. Tușesc mai ales copiii mici și în special noaptea, fiindcă vegetațiunile adenoide uneori sunt infectate constituind o pungă purulentă, care după *Flurin* varsă picătură cu picătură puroiu asupra mucoasei faringiene și laringiene declanșând reflexul tusigen. Tusea are un caracter quintos asemănător cu cea din tusea convulsivă.

Vegetațiunile adenoide pot figura între factorii favorizanți pentru declanșarea *sindromului astmatic* cu accese paroxistice, jucând rolul unui *spin iritativ*. După *Rendu* acești spini iritativi pot fi localizați în organe diferite (appendix, intestin, ovar...), însă locul cel mai frecvent este în căile respiratorii: cavitățile nasale, naso-faringe, plămâni și ganglioni tracheo-bronșici. *F. Bezançon* spune, că suprimarea spinelor nasale poate să aducă cu sine cedarea fenomenelor astmatice. Atât astmul infantil cât și al adulților, înainte de toate e o chestiune de constituție, având la bază un teren cu iritabilitate umorală și cu dezechilibru a sistemului nervos vegetativ vago-simpatic: ipervagotonie sau amfotonie, cari figurează ca factori principali determinanți. *Dutauziet*, deja în anul 1893 studiază astmul la copiii purtători de vegetațiuni adenoide, iar *Lepoutre* în 1898 vorbește de *astm adenoidian*.

În două cazuri de astm infantil publicate de *Rendu*, fenomenele astmatice au dispărut imediat și complet după

îndepărtarea vegetaţiunilor adenoide. Sunt diferite păreri: astfel *Marfan* spune, că extirparea vegetaţiunilor adenoide nu vindecă niciodată astmul. Inşă din aceste două cazuri a lui *Rendu* trebuie să remarcăm că rezultatul a fost obţinut prin scoaterea vegetaţiunilor, fără să fi fost instituit un tratament modificador de teren sau tratament de fond. Faptul, că toţi adenoidienii nu sunt astmatici, precum şi faptul, că nu toţi astmatici se ameliorează după operaţiunea vegetaţiunilor adenoide, înseamnă că rolul preponderant îl are diateza neuro-artritică precum şi terenul astmatic, ce rezultă din acumularea cauzelor diverse.

Dacă nu ţinem seamă de rolul vegetaţiunilor ca spini iritativi, după *Sercer* chiar obstrucţia nasală simplă predispoze la desvoltarea astmului bronşic fiindcă:

a) face posibil iritaţiunea directă (mecanică, termică şi chimică), a mucoasei căilor respiratorii inferioare.

b) turbură funcţiunea respiratorie într'un mod analog cu celui din astm, respiraţia bucală fiind caracterizată prin hiperventilaţie şi o creştere a debitului respirator.

Vegetaţiunile adenoide întreţin o faringită cronică precum şi alte afecţiuni a căilor respiratorii superioare, secreţiunile cărora produc o iritaţie a terminaţiunilor nervoase ale faringelui şi ca urmare, reflexul de deglutiţie prin care bolnavul, mai ales dacă e şi nevropat, înghite un amestec de aer şi secreţiune, instalându-se ceea ce *Tarneau* numeşte *aerofagie primitivă* spre deosebire de cea secundară, în care arc reflex are punctul de plecare în stomac (hiperaciditate) esofag (spasm) etc.

În patogeneza *enurezei nocturne* este incriminată şi hipertrofia vegetaţiunilor adenoide, cari prin insuficienţa ventilaţiei pulmonare, ar da o concentraţie mărită de CO_2 în sânge şi care în mod reflex excită centrul vezicii. Alte ori constatăm *incontinenţa esenţială urinară*, mai ales în stările timico-limfatice, cari exagerează vagotonia sau amfotonia cu predominanţa parasimpatică, copiii prezintă o tendinţă mare spre spasmuri şi relaxări musculare diferite (glotic, epilepsie.)

6. Turburări sensitive locale. Uneori în legătură cu vegetaţiunile adenoide putem observa senzaţie de *uscăciune*

în gât, anestezii cu turburări motorii de deglutiție, hiperestezii dând naștere la spasmi feringiene tonice sau clonice. Formelor permanente Escat le dă numirea de *faringism* sau *eritism faringian*. Tot Escat sub numele de *parestizie faringiană reflexă* înțelege un sindrom dureros, ce constă din perversiunea impresiunilor sensitive și sensoriale dela acest nivel, unde vegetațiunile adenoide deasemenea joacă rolul de spin iritativ.

7. Turburări generale. În ceace privește starea generală: *apetitul* e redus; copilul e iritabil, plânge ușor, după-cum am văzut deja, doarme neliniștit având visuri chinuitoare. Funcțiunile cerebrale sunt lente, *inteligența e deficitară*; memoria e redusă. Se constată *aproxexia nasală a lui Guye*, ce se caracterizează prin lipsa poftei de lucru, copiii nu pot fixa atențiunea, când li se vorbește sau când li se explică ceva. În retardarea psihică rolul important îl au afecțiunile urechii. Bolnavul nu se simte bine, *se dezvoltă insuficient* și din punct de vedere fizic. Turburările esențiale generale sunt datorite diminuării considerabile a capacității pulmonare și în consecință insuficienței hematozei, ce se repercută asupra stării generale în mod grav. Organismul fiind expus timp îndelungat acestui efect dăunător, prezintă perturbări permanente, cari nu se repară nici după extirparea vegetațiunii adenoide.

8. Anomaliile de dezvoltare și diformațiunile. Adenoidienii, mai ales cei cu etiologie ereditară, prezintă din partea scheletului turburări cu caractere mai mult sau mai puțin rachitice.

Fața. Copii prezintă așa numitul „*facies adenoidian*”. Fața e pildă, fizionomia imobilă, nasul alungit și ascuțit; buza superioară e ridicată, cea inferioară căzută, încât copilul își arată dinții, cari sunt vicioși implantați, dislocați, unii peste alții cu direcțiuni anormale; arcada inferioară e așezată înaintea celei superioare (*progenie*). Vălul palatin este ogival, septul nasal deviat; toate acestea sunt consecințele atrofiei massivului osos facial adică a maxilarului superior.

Dinții uneori prezintă stigmat de sifilis congenital; dinții lui *Hutchinson*. Coroana dentară are formă de semi-

lună sau de ferăstrău, cu hipoplasia smalțului mai ales la incizivii mediani superiori și cu dislocări.

Toracele are tipul de „*pectus carinatum*” caracterizat prin diminuarea mai ales a diametrului transvers și proectarea înainte a sternului, apoi diminuarea circomferinței toracale în consecință cu scolioză sau cifoză din partea coloanei vertebrale și diformarea simultană a întregului schelet; copiii devin susceptibili față de rachitism și tbc. Insuficiența aerăției pulmonare e cauza opririi în desvoltare a cutiei toracice și a hipoplasiei musculare și articulare.

II. Formele supurate (Complicațiuni).

Dacă vegetațiunile adenoide supurează, tabloul simptomatic văzut mai înainte se complică printr'o serie de *turburări de vecinătate, la distanță și generale*. Copiii în cursul corizelor fac puseuri de *adenoidite acute* cu febră înaltă, obstrucție nasală, scurgeri nasale muco-purulente și secrețiuni faringiene, uneori mici abcese în interiorul amigdalelor naso-faringiene încât reprezintă un izvor de infecțiune pentru căile respiratorii superioare și inferioare (plămâni), urechi, tubul digestiv, rinichii etc.

1. **Infecțiunile de vecinătate** pot fi localizate la ureche, nas, faringe și ochi.

În caz de adenoidită supurată un acces de tusă, un strănut sau suflarea nasului, pot fi suficiente să realizeze o invazie microbiană directă a urechii medii sau inflamația mucoasei cavității naso-faringiene, ce propagă în mod direct prin continuitate prin intermediul trompei lui Eustache declașând o *otită medie acută* cu un tablou simptomatic caracteristic. Pe de altăparte țesutul adenoidian inflammat obliterează trompa lui Eustache fie în mod mecanic fie că procesul inflamator trece și prinde mucoasa trompei obliterându-o, încât aerăția casei timpanice fiind compromisă aerul se resoarbe și ca urmare vom avea din cauza presiunii atmosferice negative o dilatare a capilarelor sanguine, prin

păretele cărora serul sangvin, extravasează, dând un transudat seros. Această colecție, care în mod general e aseptică poate să se resoarbe dacă se restabilește permeabilitatea trompei; în caz contrar, trece în cronicitate, dând *otită adesivă* ce duce la surditate sau colecția se poate infecta dând *otită medie supurată* cu toate complicațiunile ei posibile (mastoidite, flebita sinurilor laterale, septicemie auriculară, labirintite, meningite, abces extradural, abces al creierului și al cerebelului). Aceste accidente auriculare survin mai ales la copiii, cari trăesc în aglomerațiuni cu ocazia anotimpurilor reci și umede, în timpul epidemiilor de gripă.

Vegetațiunile adenoide pot cauza *otoree* mucoasă și supurațiuni cronice a urechii cu *surditate* temporară sau permanentă.

Pătrunderea puroiului în cavitățile nasale poate să determine o *coriză cronică*, chiar o *anosmie*, *eczemă* și *impetigo* a narinelor.

Prin contiguitate simplă, aceste focare pot să determine inflamațiuni acute la nivelul faringelui sau faringite granuloase cronice, cari sunt de cele mai multe ori întreținute de vegetațiuni și sunt caracterizate prin insule roșii granuloase localizate pe păretele posterior al faringelui și constituite din hipertrofia țesutului adenoidian din mucoasă.

Copiii cu vegetațiuni adenoide pot prezenta o serie de turburări oculare infecțioase ca: *blefarite*, *conjunctivite flictenulare*, *ulcer cornean*, cari nu se vindecă decât după adenotomie. S'au văzut și *exoftalmii* și *strabisme* la adenoidieni.

Copilul face puseuri de *amigdalite acute* pultacee, angine și *amigdalite cronice hipertrofice*.

2. Infecțiuni la distanță:

a) *Aparatul respirator*. Din cauza respirațiunii bucale, mucoasa căilor respiratorii e expusă direct aerului rece și devine puțin rezistență la agenți patogeni. Pe de altăparte, secrețiunile vegetațiunilor conform legii gravitației, cad și pătrund în căile respiratorii provocând *laringite*, *tracheo-bronșite* acute sau cronice sau chiar *broncho-pneumonii*. Uneori sindromul obstrucției nasale și retronasale poate crea

o stare de broncho-pneumonie cu simptome generale, care simulează tbc. pulmonară și adenoidienii, din greșeală sunt trimiși la stațiuni climacterice.

b) *Aparatul ganglionar.* Adenoidienii prezintă *adenopatii* cervicale; aproape în mod constant este prins sistemul ganglionar în întregime în urma infecțiunii dela nivelul cavumului. Toate formațiunile limfoide a faringelui (inelul lui Waldayer) sunt hipertofiate. Dacă palpăm regiunea submaxilară, sterno-cleido-mastoidiană, triunghiurile supra- și infraclaviculare, apoi regiunile axilare și inghinale, în toate aceste regiuni găsim ganglioni măriți. Această *micropoliadenie generalizată* fiind acompaniată de puseuri febrile și ne găsim altă cauză, ne face să suspectăm tbc. Ne clarifică ex. radiologic și metodele de laborator (sedimentarea, cutireacțiunea etc.), cari pun în evidență leziuni hilare și pulmonare latente sau active, în evoluție.

c) *Aparatul digestiv.* Copiii nu expectorează ci înghit secrețiunile purulente infectate (*piofagie*), cari ajung astfel prin depluție în tubul digestiv, determinând diferite *dipepsii*: *gastrite, enterite, entero-colite*, cari se produc și prin toxi-infecțiune pe cale sanguină. Aceste turburări gastro-intestinale nu cedează la nici un tratament, însă la câteva zile după adenotomie funcțiunile digestive reiau echilibrul normal. De aici rezultă, că la copii, când avem de a face cu turburări digestive, nu e permis să neglijăm niciodată explorarea cavității naso-faringiene.

În unele cazuri de *apendicite*, — mai ales a vârstei de 5—10 ani, — se constată o predispoziție familiară, mai ales în familiile unde vegetațiunile adenoide au un caracter ereditar (Prof. Dr. Hațieganu). Azi se știe, că sunt indivizi, cari prezintă o predispoziție ereditară sau câștigată la infecțiunea organelor limfoide. Sunt descrise cazuri, când cu hipertrofia amigdalelor faringiene și palatine coincid apendicite. Apendicelui de altfel, care e foarte bogat în țesut limfoid i s'a dat numirea de „amigdală abdominală”. Infecțiunea apendicelui poate să fie enterală, sau hematogenă cu origine în naso-faringe. *Delacour*, într'o lucrare a lui asupra sindromului adenoidian și apendicita cronică din 1904, stabilește o legătură, un raport intim între amigdalele palatine

și faringiene hipertrofiate și apendicele ileo-cecal, cari cum am văzut mai înainte, fac parte din acelaș sistem. Submucoasa apendicelui e foarte bogată în foliculi limfoizi, cari prezintă o analogie de structură cu aceea a amigdalelor palatine și faringiene. Se pune astfel întrebarea, dacă nu cumva ablațiunea vegetațiunilor și amigdalectomia n'ar fi o modalitate de profilaxie față de apendicită. Nu, fiindcă apendicitele survin și la cei adenoidectomizați; totuși nu putem nega, că uneori au un efect binefăcător fiindcă se exclude un factor de etiologie.

d) *Aparatul renal*. Experiența clinică a arătat, că infecțiunile cronice dela nivelul naso-faringelui, în special adenoiditele, pot determina *afecțiuni renale* acute și cronice. *Kaczorowsky* în 1885 a emis ipoteza, că infecțiunile rino-faringiene pot cauza nefrite. *Volhard* susține că 75% din nefritele cu etiologie cunoscută au poarta de intrare a germenilor patogeni la nivelul formațiunilor limfoidă din faringe. Vegetațiunile adenoide infectate și supurate, de cele mai multeori în mod indirect intervin în etiologia nefropatiilor, prin faptul că constituiesc un loc de adăpost pentru microorganisme, de unde se infectează amigdalele palatine, cari apoi varsă în circulația limfatică și sanguină microbii și toxinele lor, determinând afecțiuni renale, dela simple *albuminurii* până la complicațiuni renale mai serioase chiar *nefroze* (*Laemmer, Tarneaud*).

Glomerulo-nefrite acute circumscrise sau *difuze*, cari sunt mai frecvente la amigdalieni decât la adenoidieni și sunt caracterizate prin oligurie, albuminurie, hematurie și hemoglobinurie costantă. Tratatamentul local faringian este indicat alături de tratamentul renal medical.

Nefrite cronice albumoase simple fără semne de retenție de clor sau azot. Eliminarea tuturor sărurilor e normală, nu avem nici edeme, nici hematurie, însă sunt frecvente puseurile de nefrite acute. Această formă a nefritei se poate găsi atât la adenoidienii infectați, cât și în legătură cu amigdalitele criptice. *Castaigne* și *Bourgeois* au observat mai multe cazuri, cari după adenoidectomie sau amigdalectomie s'au vindecat.

Hematurii acute se pot ivi deasemenea în cursul infecțiunilor faringiene, când în lipsa examenului faringian ne putem gândi uneori la tbc. renală.

e) *Turburări endocrine*. Școala italiană, în frunte cu *Citelli* și *Poppi*, a studiat în special raportul dintre amigdalele naso-faringiene și glanda hipofiză.

Citelli susține că anumite simptome nervoase sau psihice, ca slăbirea memoriei, diminuarea sau lipsa atenției, torpoarea intelectuală, tendința la somnolență, sunt cauzate de turburări hipozare datorite vegetațiunilor adenoide.

Poppi, într'un studiu foarte valoros, bazat pe cercetări embriologice, anatomice, patologice și terapeutice arată raportul amigdalelor naso-faringiene cu glanda hipofizară. Acest raport după el se explică prin perzistența canalului cranio-faringian la copii și această anomalie turbură dezvoltarea lobului anterior a hipofizei. Defectul de obliterație cranio-faringiană realizează o comunicare vasculară sau limfatică între hipofiză și amigdalele naso-faringiene.

Alții autori presupun, că amigdalele naso-faringiene ar juca un rol în echilibrul hormonal ca glandă cu secrețiune internă; lucru nedemonstrat încă.

3. Turburări generale.

Copiii cu vegetațiuni adenoide supurate, prezintă ca fenomene generale; *cefalee*, *anemie*, *cașexie* și temperatura lor variază între 37—38°C.

Subfebrilitatea este întreținută de adenoiditele cronice și care dacă e persistentă, ne gândim la posibilitatea tuberculozei. De multeori vin la consultație părinții cu copiii lor prezentând această subfebrilitate; examinând cu atenție căile respiratorii superioare, putem găsi supurațiuni nasale, sinusite, focare infecțioase dentare, amigdalite sau vegetațiuni adenoide supurate. Cauzele cele mai frecvente la copii sunt adenoiditele subacute, iar la adulți amigdalitele. Mecanismul se datorește acestor *focare infecțioase* (focal infection) cari în mod permanent aruncă în circulația generală elemente septice, ce determină ridicarea temperaturii cu mărirea glandelor limfatice. Această stare e descrisă de *Pfeiffer* în 1889 sub numele de *febră ganglionară*.

Teoria de „focal infecție” despre care deja în sec. al XVII.-lea vorbește *Jean Louis Petit* a fost reluată și studiată mai pe larg englezi, în frunte cu *Hunter*, de americanul *Billings* și francezul *Jules Tellier* și azi e o problemă foarte actuală. Amigdalele naso-faringiene și palatine precum și dinții cu o floră microbiană foarte virulentă, sunt cauzele principale ale infecțiunii de focar, constituind un focar primar în septicemiile acute, subacute și cronice. Aceste focare de cele mai multeori sunt latente și dau naștere la focare secundare sau metastatice (în apropiere sau la distanță) în organism, putând determina cum am văzut mai sus *nefrite*, *turburări gastro-intestinale*, *reumatisme poliarticulare* sau *musculare*, afecțiuni ale sistemului nervos ca, *choreea*, *tegu-mentare*, *endocardite*, *osteite*, *osteomielite* etc.

Formele clinice.

Laurens, după predominanța simptomelor clinice clasifică adenoidienii în: 1. de tip respirator, 2. auricular și 3. infectat. Alții, bazați pe vârstă, descriu vegetațiuni adenoide la sugari, la cei din prima copilărie, precum și cele ale adulților.

1. **Adenoidismul nouilor născuți și a primei copilării.** *Marfan* a fost acela care a studiat mai pe larg vegetațiunile adenoide la sugari, el în mod particular insistă să ne arate că infecția locală a cavumului stă pe al doilea plan și că cauzele vegetațiunilor sunt de ordin general, cauze interne cu acțiune lentă și de durată lungă. Acest autor din 57 de cazuri, în 28 găsește *sifilisul*. El afirmă că vegetațiunile adenoide, care debutează înainte de 3 luni, nu se observă decât la sifilitici. *Tuberculoza*, care survine mult mai rar în cursul primului an, după vârsta de doi ani este mai frecventă.

Escat, într'un studiu interesant ne arată, că dela naștere până la vârsta adultă coanele cresc în diametru vertical; la naștere aceste orificii posterioare a cavității nasale sunt circulare, apoi devin din ce în ce mai eliptice în cur-

sul dezvoltării scheletului. Cavitățile naso-faringiană la fel, este cu mult mai puțin înaltă la copii decât la adulți. Acest fapt ne explică pentru ce coanele se obstruează mai ușor la copii prin vegetațiuni adenoide, în care caz aerul neputând trece prin nas, sugarii respiră prin gură, care totdeauna e deschisă.

Simptomul cel mai grav e *difficultatea în sugere* încât ei nu se pot alimenta fiindcă după fiecare înghițire deschid gura pentru respirație astfel pierd mamelonul. În caz contrar ei se *cianozează*. Dacă nu e vorbă de o anomalie de dezvoltare (buză de iepure, gură de lup) a copilului, nici de o coriză și nici de o malformațiune a mamelonului, extirparea vegetațiunilor adenoide restabilește echilibrul respirator și permite alimentarea regulată a copilului. Intervenția chirurgicală e indicată din motivul, că această insuficiență dublă respiratorie și alimentară provoacă o slăbire excesivă a copilului numită *cașexie adenoidiană*.

Urechile lor sunt foarte ușor atinse, fiindcă trompele sunt relativ mai largi și mai permeabile, asupra cărui fapt ne au atras atenția *Le Mée, Bloch și Cazejust*.

Infecțiunile cauzate de vegetațiuni adenoide, sunt totdeauna din partea căilor respiratorii și a plămânilor. Găsim secrețiuni muco-purulente în fosele nasale și faringe, cari le obstruează.

În rezumat spunem, că vegetațiunile adenoide la sugari determină turburări mecanice și infecțioase.

2. Vegetațiunile adenoide la adulți. Cele mai multe surdități ale adulților, cari sunt legate de urechea medie, se datoresc supurațiunilor auriculare de origine naso-faringiene. Procentul adulților purtători de vegetațiuni adenoide e mai mare decât se crede. Unii din ei au prezentat vegetațiuni deja în copilărie; în grupa a doua, găsim indivizi cu o activitate patologică a țesutului limfoid a naso-faringelui fără ca în antecedentele din copilărie să găsim vegetațiuni adenoide; iar în grupa a treia se încadrează indivizii, cari în copilărie au fost operați și vegetațiunile au recidivat. La adulți putem găsi întreaga gama simptomatică descrisă mai înainte cu predominanța unora sau altora sau numai un singur simptom.

Diagnosticul clinic și diagnosticul diferențial.

Diagnosticul vegetațiunilor adenoide servindu-se de rinoscopia anterioară și în special de cea posterioară și tușeul naso-faringian, nu prezintă nici-o dificultate. Afară de examenul oto-rino-laringologic, anamneza, turburările mecanice și infecțioase, precum și examenul general ne dau deosemena date prețioase. Sunt bolnavi, cari au vegetațiuni adenoide, însă nu prezintă sigilul adenoidismului, sau din contra unii copii prezintă multe semne, din cele mai sus descrise în cadrul simptomatologiei, fără să fie adenoidieni. Punerea diagnosticului e mai dificilă la adulți, fiindcă simptomatologia clinică de cele mai multe ori nu e așa de completă, însă la examenul local întotdeauna găsim masse vegetante de culoare roșie-cenușie, seci sau acoperite cu mucozități sau puroiu.

Când putem face un diagnostic greșit? Când avem de a face cu broșnite, gastro-enterite, apendicite, laringite striduroase, nefrite hematurice, toate secundare adenoidismului și nu prezintă alte semne eclatante, ce ar determina ca medicul să examineze naso-faringele.

Nu putem nega existența așanumitor „*falși adenoidieni*” descriși de A. Castex, pe cari îi voi descrie acum în următoarele :

1. Anumite persoane răchitice pot prezenta o *strâmtoare congenitală* la nivelul naso-faringelui, *atrezia coanelor*, care determină la fel o insuficiență respiratorie, când tușeul rezolvă problema.

2. Alții prezintă o *hiperplazie a mucoasei cavitare* (rinite hipertrofice) ce interesează mai ales cornetele și trompa lui Eustache, reducând lumenul căilor respiratorii superioare.

3. Un alt grup de falși adenoidieni cuprinde pe acei bolnavi, la cari *septul nasal e foarte îngroșat și deviat* sau prezintă *hipertrofia cozilor de cornete*.

4. La anumiți falși adenoidieni, insuficiența respiratorie nasală se datorește alterațiunilor în ceace privește dezvoltarea morfologică a massivului osos cranio-facial (*dismorfozele dento-facio-cranio-vertebrale* a lui P. Robin).

5. *Dolicocefalii* cu vălul palatin ridicat prezintă deasemenea o reducere a cavităților nasale, ce se trădează printr'o respirație bucală.

6. *La eredosifilitici* deseori observăm o atrofie a osului intermaxilar, care determină o adaptare greșită a arcadelor dentare precum și o retracție a buzei superioare dând aspectul unei respirațiuni bucale.

Toți acești adenoidieni falși, din cauza obstrucției nasale, dorm cu gura deschisă, horcăie, tușesc și se desvoltă rău, prezintă deformațiuni faciale și toracice tipice unui adenoidian adevărat.

Hiperplasia amigdalelor naso-faringiene nu poate fi confundată nici cu *mixom pediculat* alb și mobil, nici cu *fibrom (polip)* naso-faringian, dur, neted și pediculat. *Exostozele* arcului anterior a atlasului pot fi diferențiate prin röntgen, *gomele sifilitice* prin reacțiuni serologice.

În cece privește diagnosticul diferențial cu *tumorile maligne*, bolnavul fiind tânăr e de înțeles că uneori nu ne gândim la posibilitatea lor. După G. Canuyt, în toate cazurile când după ablație vegetațiunile recidivează, e necesar un examen histo-patologic fiindcă se întâmplă să avea de a face cu tumori maligne. Acestea pot fi sau *sarcoame*, cari se observă mai ales sub 10 ani, sau *epitelioame*, mai frecvente la adulți.

Nu putem vorbi aici de erori de diagnostic față de *adeno-flegmonul retrofaringian* cu evoluție rapidă, caracterizat prin o tumefacție dureroasă, fluctuantă, situată pe peretele posterior al faringelui, când prin puncție exploratorie ne putem clarifica.

Interpretarea falsă a *adenoiditelor acute* e rară, fiindcă ele sunt afecțiuni febrile, însoțite de coriză și turburări generale.

Prognosticul.

Adenoidismul este o afecțiune serioasă dacă nu se intervine la timp prin îndepărtarea acestor masse vegetante.

Întârzierea în desvoltarea fizică și psihică, deformațiunile scheletice faciale și toracale, sunt toate urmările vege-

tațiunilor adenoide neglijate, neextirpate. Perzistența lor prezintă o susceptibilitate mai mare față de bolile infecțioase, reprezentând poarta de intrare pentru anumiți microbi, determină și întrețin inflamațiuni sinuso-nasale, otice, tracheo-broncho-pulmonare și gastro-intestinale. Deaceea noi trebuie să insistăm la scoaterea acestor masse nocive până când turburările determinate sunt încă recente și reversibile, fiindcă dacă așteptăm, leziunile se fixează, iar operația nu va fi capabilă să le restituie. Dacă noi reușim să prevenim complicațiunile și influența dăunătoare asupra organismului, — cari ar fi fost cauzate de lipsa de oxigen, — prin eliberarea naso-faringelui de aceste focare atât de periculoase, atunci prognosticul devine bun și satisfăcător.

Observațiuni statistice.

Este foarte dificil de a obține o idee precisă asupra frecvenței adenoidismului, din cauza lipsei datelor referitoare la acest subiect. Statisticile ce ne stau la dispoziție sunt de cele mai multeori incomplete. Dintr'o lucrare apărută în Medical Record din America reese, că copiii școlari, în intervalul dela 1910 până la 1919, din orașul New-York prezentau acest sindrom într'o proporție de 10—15%, aceasta însă neavând decât o valoare locală, fiindcă climatul și condițiunile igienice de traiu, influențează foarte mult patogenia adenoidismului.

Din anchetele sanitare școlare făcute în regiunile diferite ale țării noastre, reese că 15—25% a copiilor școlari sunt purtători de vegetațiuni adenoide.

Ca să avem o imagine fidelă despre frecvența vegetațiunilor adenoide redau mai jos o statistică făcută din cazurile ambulante dela 1 Ianuarie 1935 până la 1 Ianuarie 1938 a clinicii oto-rino-laringologice din Cluj, sub conducerea D-lui Prof. Dr. G. Buzoianu.

În anul 1935 s'au prezentat 852 de cazuri, în 1936 numărul total al bolnavilor cu vegetațiuni adenoide era 1170, iar în 1937 acest număr s'a ridicat la 1399, cari se repartizează în modul următor :

		Anul 1935	852 cazuri	
Sex :	Masculin	448	cazuri	52,59%
	Femenin	404	"	47,41 "
Vârsta	Până la 5 ani	175	"	20,54 "
	Intre 5—10 ani	203	"	23,83 "
	" 10—15 "	272	"	31,93 "
	" 15—20 "	119	"	13,98 "
	" 20—25 "	58	"	6,80 "
	Peste 25 "	25	"	2,92 "
Luni :	Ianuarie	37	"	4,34 "
	Februarie	38	"	4,46 "
	Martie	68	"	7,98 "
	Aprilie	39	"	4,56 "
	Mai	69	"	8,10 "
	Iunie	68	"	7,93 "
	Iulie	101	"	11,85 "
	August	88	"	10,33 "
	Septembrie	93	"	10,33 "
	Octombrie	92	"	10,80 "
	Noembrie	109	"	12,79 "
	Decembrie	50	"	5,87 "
		Anul 1936	1170 cazuri	
Sex :	Masculin	579	cazuri	49,49%
	Femenin	591	"	50,51 "
Vârsta	Până la 5 ani	167	"	14,27 "
	Intre 5—10 ani	267	"	22,82 "
	" 10—15 "	365	"	31,19 "
	" 15—20 "	217	"	18,55 "
	" 20—25 "	107	"	9,15 "
	Peste 25 "	47	"	4,02 "
Luni :	Ianuarie	99	"	8,46 "
	Februarie	109	"	9,32 "
	Martie	107	"	9,15 "
	Aprilie	78	"	6,67 "

Luni: Mai	85 cazuri	7,26%
Iunie	74 "	6,32 "
Iulie	115 "	9,83 "
August	103 "	8,80 "
Septembrie	114 "	9,74 "
Octombrie	111 "	9,49 "
Noembrie	100 "	8,55 "
Decembrie	75 "	6,41 "

Anul 1937 1399 cazuri

Sex: Masculin	722 cazuri	51,61 "
Femenin	677 "	48,39 "

Vârsta Până la 5 ani	175 "	12,51 "
Intre 5—10 ani	349 "	24,95 "
" 10—15 "	473 "	33,81 "
" 15—20 "	254 "	18,16 "
" 20—25 "	97 "	6,93 "
Peste 25 ani	51 "	3,64 "

Luni: Ianuarie	85 "	6,08 "
Februarie	69 "	4,93 "
Martie	130 "	9,29 "
Aprilie	124 "	8,87 "
Mai	103 "	7,36 "
Iunie	143 "	10,22 "
Iulie	130 "	9,29 "
August	137 "	9,79 "
Septembrie	137 "	9,79 "
Octombrie	139 "	9,94 "
Noembrie	139 "	9,94 "
Decembrie	63 "	4,50 "

Afecțiuni asociate	1935	1936	1937
Amigdalite	558 cazuri	725 cazuri	981 cazuri
Otite	182 "	300 "	335 "
Rino-faringite	82 "	131 "	60 "
Rinite	75 "	117 "	153 "
Hipertrofie de cornete	69 "	141 "	164 "

	1935	1936	1937
Deviați de sept --- ---	58 cazuri	136 cazuri	160 cazuri
Creastă --- --- ---	8 "	41 "	74 "
Catar tubar --- --- ---	20 "	27 "	28 "
Laringite --- --- ---	11 "	23 "	19 "
Faringite --- --- ---	19 "	28 "	19 "
Sinusite frontale --- ---	5 "	7 "	6 "
" maxilare --- ---	3 "	5 "	2 "
" etmoidale --- ---	2 "	3 "	2 "
Eczema vestibulului nasal	13 "	10 "	12 "
Surditate --- --- ---	8 "	11 "	19 "
Parestezie faringiană ---	1 caz	1 caz	— caz
Pareza vălului palatin ---	— "	— "	1 "
Turb. de vorbire --- ---	2 cazuri	2 cazuri	5 cazuri
Conjunctivite --- --- ---	2 "	— "	3 "
Adenopatii --- --- ---	11 "	18 "	39 "
Debilități mintale --- ---	5 "	3 "	15 "
Coree --- --- ---	— "	2 "	5 "
Reumatism --- --- ---	— "	— "	3 "

Această statistică ne arată o frecvență aproape egală la ambele sexe, frecvență mai mare între 10 și 15 de ani, mai mică în lunile de iarnă, când temperatura e scăzută, aerul rece și uscat. Pe de o parte ne mai demonstrează în mod evident complicațiunile atât de numeroase ale vegetațiunilor adenoide și pe de altă parte, — referitor la activitatea clinicii oto-rino-laringologice din Cluj — constatăm, că numărul bolnavilor cu vegetațiuni adenoide în ultimii 3 ani a crescut în mod considerabil paralel cu numărul total a bolnavilor consultați.

Observațiuni clinice.

Obs. I. — C. M. Fetiță de 10 ani, se prezintă la consultațiile clinice în ziua de 30 Sept. 1936.

Antecedente hereditare și personale: fără importanță, neagă bolile infecto-contagioase.

Boala actuală datează de 4 ani, când bolnavul a simțit că numai poate să respire bine pe nas, prezenta jenă la

degluțiție, cefalee, indispoziție, subfebrilitate și în regiunea cervicală dreaptă niște tumorete nedureroase. Pentru aceste simptome consultă mai mulți medici, fără a avea însă vre-o ameliorare; din contră în ultimul timp noaptea era neliniștită și dispneizată, ceea ce a determinat pe mama ei să-o aducă în clinică.

Starea generală: tegumentele sunt palide, țesutul celular subcutanat slab reprezentat, în regiunea submaxilară și supraclaviculară dreaptă prezintă ganglioni măriți, nedureroși și mobili. Temperatura ei oscilează între 37,2—37,5° C.

La examenul o. r. l. se constată vegetațiuni adenoide și amigdalită criptică hipertrofică.

I-se face ablația vegetațiunilor și amigdalectomie și în ziua 7-a părăsește clinica cu stare generală mult ameliorată, ganglionii diminueați în volum și cu respirație nasală normală.

Obs. II. — A. I. Băiat de 11 ani, este trimis la clinica O. R. L. în ziua de 7 Apr. 1937 dela clinica Oftalmologică cu diagnosticul de blefaro-conjunctivită.

Antecedente hereditare și personale: nimic important, la 10 ani pojar.

Boala actuală: dela vârsta de 3 ani prezintă turburare în respirația nasală. Cu o lună înainte face o gripă, i-se obstruează complect fosele nasale și are durere la degluțiție, la o săptămână ochii lui devin roșii și lăcrimează, este adus la clinica Oftalmologică unde i-se aplică un tratament medicamentos în urma căruia se observă o oarecare ameliorare numai. Este îndrumat la clinica O. R. L., unde se constată o massă polipoidă, care umplă cavumul în totalitate.

I-se face adenotomie în ziua de 9 Apr. și la o săptămână pleacă vindecăt.

Obs. III. — H. F. Băiat de 10 ani, elev, vine la consultațiile clinice în ziua de 28 Aug. 1935.

Antecedente hereditare și personale: părinții sunt sănătoși, neagă bolile infecto-contagioase.

Boala actuală: de când își poate aduce aminte nu poate respira bine pe nas și prezintă scurgeri muco-purulente nasale, cari sunt mai abundente cu ocazia anotimpuri-

lor de iarnă și primăvară, noaptea doarme cu gura deschisă, n'are poftă de mâncare.

Starea generală e relativ bună, temperatura $37,2^{\circ}\text{C}$.

La examenul O. R. L. se constată o rinită muco-purulentă, amigdalită hipertrofică și vegetațiuni adenoide.⁶ Se procedează la adanotomie și amigdalectomie; la patru zile părăsește clinica afebril, cu secrețiuni diminuate și cu respirație nasală ameliorată.

Obs. IV. — G. M. Băiat de 7 ani. Se prezintă la consultațiile clinice la 27 Mai 1937.

Antecedente hereditare și personale: părinții trăesc, sunt sănătoși. La vârsta de 5 ani a avut pojar, de atunci deseori face amigdalite.

Boala actuală: bolnavul se plânge că de 3 ani are jenă în respirație și în special noaptea. Doarme neliniștit, are apetit redus, face enterite foarte ușor, prezintă aproape în mod continuu dureri de cap, și nu câștigă în greutate, ce determină pe mama ei să ne consulte.

Starea prezentă: este un copil fizic insuficient dezvoltat, tegumentul cutanat palid murdar, mucoasele decolorate, țesutul celular subcutanat redus, toracele astenic, puls frecvent, abdomen mărit și cu temperatură de $37,4^{\circ}\text{C}$.

La examenul faringelui prezintă o faringită și amigdalită hipertrofică iar în naso-faringe vegetațiuni voluminoase.

Î-se face ablația vegetațiunilor și amigdalectomie. După șapte zile bolnavul părăsește clinica cu respirație nasală normală și cu stare generală mult ameliorată.

Obs. V. — S. M. Fată de 13 ani, casnică, vine la consultațiile clinice în 4 Mai 1935.

Antecedente hereditare și personale: fără importanță.

Boala actuală datează de 5 ani, a debutat printr-o respirație nasală dificilă, cu dureri în ambele urechi, după care s'a instalat o scurgere purulentă abundență; în ultimul timp observă și o diminuare a auzului.

Starea generală e bună.

La examenul O. R. L. se constată vegetațiuni adenoide voluminoase, amigdalită cronică hipertrofică, catar tubar și otită medie supurată polipoasă bilaterală.

După desinfecția prealabilă a urechilor la două zile i se face amigdalectomie, adenotomie și ablația polipilor auriculari, după care se observă o diminuare a scurgerii purulente și a fetidității și după trei săptămâni bolnava părăsește clinica cu auzul mult ameliorat.

Obs. VI. — M. L. Fetiță de 8 ani, se prezintă la consultațiile clinicii la data de 11 Ian. 1937 trimisă dela Clinica Neurologică.

Antecedente hereditare și personale: mama moartă în tetanos, neagă bolile infecto-contagioase, în repetate rânduri a suferit de amigdalită.

Boala actuală: înaintea internării cu o săptămână avea o amigdalită, când au început să-i apară mișcări coreiforme a suferit de amigdalită generalizată.

Starea generală: fizic slab dezvoltată, tegumentele palide, cu micropoliadenie generalizată, prezintă mișcări desordonate ale membrelor superioare și inferioare, încât mersul e imposibil. RW e negativă.

După două luni de tratament neobservându-se nici o ameliorare i se face examen oto-rino-laringologic constatănd un buchet mare de vegetațiuni adenoide și amigdale hipertrofice, pentru care i-se face amigdalectomie și adenotomie sub anestezie generală.

La două săptămâni fetița părăsește clinica complet vindecată.

Concluziuni.

1. Rolul patologic al vegetaţiunilor adenoide este important, ele putând fi cauza a numeroase turburări organice regionale, la distanţă sau chiar generale.

2. La copii, orice afecţiune a urechii medii, supurată sau nesupurată, cronică sau recentă trebuie să atragă atenţia medicului spre rino-faringe, spre vegetaţiuni, cari produc sau întreţin numeroase otopatii.

3. În general, vegetaţiile adenoide sunt susceptibile să determine afecţiuni mecanice, infecţioase, reflexe sau endocrine, cari pot să fie reprezentate prin :

a) afecţiuni regionale : nasale, amigdaliene, oculare, sensitive, bucale, otice şi laringiene.

b) afecţiuni la distanţă : afecţiunile aparatului respirator, circulator, digestiv, renal, ganglionar, endocrin, muscular şi osos.

c) afecţiuni generale : cefalee, anemie, subfebrilitate, psihice, turburări de somn, urinare, reflexe şi nervoase.

4. Prezenţa lor este o indicaţie operatorie suficientă, operaţia corectă fiind simplă şi fără riscuri.

5. Statistica făcută din cazurile de vegetaţiuni adenoide consultate în Clinica O. R. L. din Cluj în ultimii trei ani, arată o frecvenţă aproape egală la ambele sexe, cu predominanţă mai accentuată între 10—15 ani.

Văzută şi bună de imprimat.

Cluj, 15. Iunie 1938.

Decanul Facultăţii :
(ss.) Prof. Dr. M. Sturza.

Preşedintele tezei :
(ss.) Prof. Dr. G. Buzoianu.

Bibliografie.

1. *Brindel*: Résultats de l'examen hystologique de 64 végétations adenoïdes. (Revue de laringologie, 1869).
2. *Prof. G. Buzoianu*: Elemente de otologie, Cluj, 1937.
3. *Prof. G. Buzoianu*: Rinologie, Cluj, 1938.
4. *Prof. G. Buzoianu*: Activitatea clinicii oto-rino-laringologice din Cluj dela 1 Oct. 1934 până la 1 Iunie 1936.
5. *Prof. G. Buzoianu*: Observations cliniques sur la céphalée rhinogène. *Archives internat. de neurologie*. Iuin 1937.
6. *Prof. G. Buzoianu*: Incontinență noctură de urină vindecată prin adenotomie. „Spitalul” Februarie 1929.
7. *Prof. G. Buzoianu și Gârbea*: Amigdalectomia și adenotomia în tratamentul coreei. *Revista Științelor oto-rino-laringologice*, Aprilie 1938, Cluj.
8. *G. Canuyt*: Les maladies du pharynx, 1936.
9. *Causse*: Sèmiologie de l'obstruction nasale. (Presse médicale, 18 Oct 1933).
10. *Hațieganu—Goia*: Tratat de semiologie și patologie medicală, v. I.
11. *G. Laurens*: Oto-rhino-laringologie du médecin praticien (Paris, 1927).
12. *E. Leblon*: Adenoïdiens et appendiculaires. (Teză, Paris, 1913).
13. *M. Laemmer—I. Tarneaud*: Les néphropathies de cause rhino-faringée. (Presse médicale, 23 Ian. 1934.)
14. *G. de Parrel*: Documets pour les praticiens. (Paris, 1925.)
15. *Gh. Popoviciu*: Elemente de pediatrie și puericultură. (Cluj, 1935).
16. *Poppi*: Considerations pathologiques et thérapeutiques sur l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée; ses rapports avec l'hypophyse. (Monographies O. R. L. internationales, No. 2. 1921.)

17. *Rebattu-Pantifiques*: Le système neuro-vegetatif chez les adenoïdiens. (Journal de Médecin de Lyon, 20 Aug. 1935.)

18. *R. Rendu*: Asthme bronchique et végétations adénoïdes. (Les annales d'oto-rhino-laringologie, No. 11. 1932.)

19. *B. Târnoveanu*: Activitatea otoratorie a clinicii O. R. L. din Cluj în decursul anului 1937. Revista științelor oto-rino-laringologice Cluj, 1 Iulie 1938.

20. *L. Testut*: Traité d'anatomie humaine, (Paris, 1931.)

21. *I. C. Urechia*: Tratat de patologie neuro-mintală.

22. *M. Zolog*: Curs de igienă școlară, (Cluj, 1934.)

