

**UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I., CLUJ**  
**Facultatea de Medicină.**

---

No. 1362

# **Amigdalectomia și adenotomia în tratamentul coreei acute**



**DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE**

**PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE ..... 1939**

**DE**

**LIVIA EREMIA**

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

**UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I., CLUJ**  
**Facultatea de Medicină.**

---

No. 1362

# Amigdalectomia și adenotomia în tratamentul coreei acute



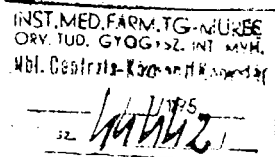
**DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE**

**PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE ..... 1939**

DE

**LIVIA EREMIA**

24 MAY 2005



**C L U J**

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

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

**Decan: Domnul Prof. Dr. I. DRĂGOIU.**

**Profesori:**

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

**JURIUL DE PROMOȚIE**

Președinte: Domnul Prof. Dr. Gh. Buzoianu  
 ) Domnul Prof. Dr. C. Urechia  
 Membrii: ) " " " Gh. Popoviciu  
 ) " " " Gr. Benetato  
 ) " " " V. Bologa  
 Supleant: Domnul Doc. Dr. C. Veluda

Coreea, numită încă dansul lui Santi-Vitti sau Saint-Guy, este un sindrom nervos întâlnit mai frecvent în cursul celei de a doua copilării — aproape de pubertate. Survine mai ales la sexul feminin și se prezintă mai des sub forma acută decât cronică.

Forma acută se numește încă și „Coreea lui Sydenham“ după numele autorului care ar fi separat-o pentru prima dată.

Debutează cu neliniște, somn agitat, neastâmpăr și se caracterizează prin mișcări de apucare sau de torsiune, brusce, involuntare, neregulate, dezordonate, mișcări ce nu corespund nici unui scop.

Coreea poate interesa numai o parte din corp sau numai un membru și poate fi însoțită de mișcări febrile, dureri de tip nevralgic sau reumatoid, sulfuri mitrale, insomnii, impulsivități, turburări psihice, albumină în urină și în lichidul cefalo-rachidian.

Miocloniile coreice sunt mai frecvente la flexori și pot fi uneori bradisinkinetice (sinergisme simple de mică întindere) sau megasinkinetice (sinergism compus fără prea mare ritmicitate). Uneori miocloniile au o amplitudine așa de mare încât bolnavii execută cu membrele superioare, întinse mișcări în spațiu. E ceea ce se numește hemibalism.

*Etiologia:* O deosebită importanță în etiologia acestei afecțiuni se crede că ar avea reumatismul care de obicei survine înainte de apariția simptomelor coreice, sau după dispariția lor, uneori — în cazuri mai rare — o însoțește chiar. Germain Sée și Henry Roger, demonstrează legătura dintre aceste două afecțiuni, prin prezența nodulilor reumatice a lui Aschoff, suflurilor cardiace și durerilor articulare în majoritatea cazurilor de coree.

Encefalita letargică se incriminează deasemenea în etiologia acestei maladii. În epidemia de după războiul mondial

s'a stabilit și natura degenerativ-inflamatorie a aceste coree encefalitice. Sindromele sunt aproape identice așa încât diagnosticul acestui fel de coree cu coreele de altă natură, e greu de făcut. Totuși, specifice acestei forme sunt; mișcările de amplitudine mai mare, mai dezordonate, însoțite sau precedate de febră, hipersomnie sau agripnie. Albuminoză și limfocitoză în lichidul cefalo-rachidian și fenomene de insuficiență hepatică.

Milian, găsiind la copiii bolnavi de coree, examinați, stigmatate de sifilis, admite că sifilisul sau eredo-sifilisul ar produce coreea, mai ales că tratamentul arsenical aplicat, i-a dat rezultate satisfăcătoare.

Alții însă spun că tratamentul anti-sifilitic nu produce lucru mare. În orice caz putem întâlni sifilis ereditar în coree. La necropsie însă, nu s'au găsit manșoane perivasculare sau spirocheți.

O altă cauză a coreei ar fi — intoxicațiile dar sunt rare și discutabile.

Se cunosc și microbi cu afinitate pentru centrul cerebral, ce ar da coree, cum e de exemplu bacilul difteric a cărui toxină prezintă o mare afinitate pentru centrul coreic.

Profesorul Nobecourt și alți autori, susțin existența unui virus neurotrop specific în etiologia acestei boli.

*Anatomia Patologică:* Atât în coreea acută cât și în cea cronică leziunile nervoase se găsesc mai frecvent în corpii striai (Moreau), pe nucleul amigdalian (Urechia), pedunculul cerebelos superior (Anton), nucleul lui Luys, nucleul dințat și câteodată în oliva bulbară și scoarță. Aceste leziuni examinate macroscopic sunt: unele de tip degenerativ, caracterizate prin dispariții celulare, acestea fiind cele mai numeroase. Altele sunt inflamatorii și se caracterizează prin congestie, dilatația arteriolelor, venulelor și capilarelor.

Leziunile principale sunt în neostriat și interesează mai ales celulele mici putându-se găsi însă și în cele mari. De aici, procesul fie inflamator, fie degenerativ difuzează întotdeauna la nucleul amigdalian, nucleul lui Luys și dințat.

*Tratamentul:* Variaza în raport cu etiologia. Se recomandă: cl'noterapie asociată cu sedative nervoase, regim lacto-

vegetarian, hidroterapie, puncții lombare repetate. Terapia medicamentoasă se compune din: roborante: liq. Fowley, cacodilat de Na, liq. Boudin, apoi salicilat de Na, antipirină, urotropină, pyramidon, bicarbonat de Na cu salicilat de Na 4—8 gr. pe zi, per os. SO<sub>4</sub>Mg în injecții intrarahidiene (Marinescu). E însă periculos căci se așează pe bulb și paralizează centrul respirator (Urechia), de aceea se administrează în injecții subcutanate, în sol. de 10%. Se poate da și intramuscular (Capilli). Unii (Simonini) recomandă extracte paratiroidiene, alții (Popoviciu—Urechia) hiperventilația pulmonară. Se mai poate da clorhidrat de cicutină până la un mlgr.

Cauzele incriminate, nefiind suficiente pentru a lămuri etiologia acestui sindrom neurologic și a pune capăt discuțiilor ce s-au iscat pe această temă, cercetările mai noi invocă — între alte cauze infecția de focar a: rinofaringelui, amigdalelor palatine, regiunii gingivo-dentare, cavității perinasale, bronșilor — ca moment de primă importanță în producerea coreei acute.

Frecvența localizării infecției de focar în organism, în cazuri de reumatism, ne-o demonstrează Fr. Billings în statistica sa făcută asupra 528 cazuri observate. Astfel: localizarea pe amigdale a fost prezentă în 336 cazuri, la dinți-gingii în 136 cazuri, sinus 12, prostată și tractus genito-urinar 24, uter-sălpinge 12, vezica biliară 3, urechea medie 2, intestin 2, apendice 1.

Este deci evident că frecvența cea mai mare în diseminările infecțioase o dețin amigdalele, apoi leziunile dento-gingivale. Și este explicabil acest fapt dacă ținem seama de situația lor topografică și de alcătuirea lor anatomică și istologică.

În aparență aceste focare n'ar avea o importanță deosebită în organism, mai ales că adesea produc infecții fără prea multe simptome clinice, sau acestea uneori lipsind complet. Totuși ele constituind poarta de intrare a celor mai variate specii de microbi cum ar fi: virusul filtrant, streptococul viridans, bacilul difteric, bacilul Koch, felurite asociații microbiene etc. — pot produce pe lângă autoîntoxicații de origină amigdaliană (caracterizate prin: astenie, somnolență, cefalee, constipație, dureri vagi în regiunea dorso-lombară) și leziuni

în diferite regiuni ale organismului: sistem nervos, rinichi, aparat respirator, aparat digestiv, inimă și articulații.

Leziunea acestor ultime organe, se cunoaște sub numele de reumatism cardio-articular și se manifestă prin dureri articulare, sgomote surde la vârf, sufluri organice, leziuni în endocardul valvular, în pericard și noduli Aschoff în miocard.

Agentul patogen pare a fi virus specific care atacă în acelaș timp inima și articulațiile putând ataca încă seroasele și alte organe ca: sistemul nervos, dând coreea minor, care trebuie să fie incorporată în reumatismul cardio-articular specific (Danielopolu).

Unii cred că streptococul cultivat din gâtul bolnavilor de reumatism ar produce această afecțiune.

Alții, sunt de părerea că streptococul exacerbează numai virulența virusului reumatic ce se găsește ca saprofit în gât.

Oricare ar fi însă agentul patogen, coreea dă aceleași leziuni ca și reumatismul, alternează sau e simultană — la acelaș individ cu fenomenele articulare și e sensibilă la tratamentul cu salicilat.

Rolul focarului amigdalian în declanșare reumatismului și a coreei, îl constatăm și din următoarele observații clinice:

La trei sute cazuri de copii cu reumatism, Dunn a găsit 95 cu antecedente de angină. Mantle a găsit 75 la 100. Kingston și Fowler 80 la 100, Lillie și Lyons 57 la 100. Lagmeed găsește că: la 2556 copii examinați, hipertrofia amigdaliană a fost prezentă la cei cu reumatism de patru ori mai mult decât la cei fără.

*F. K. Pybus*, găsește la 100 copii atinși de coree, 88 cazuri cu focar amigdalian. *O. Dulaney* a găsit în 25 cazuri de coree numai antecedente amigdalieni și reumatismale.

Din cele 200 cazuri tratate de *Pavey-Smith* la spitalul Royal-Bath din Harrogate, 138 aveau infecție amigdaliană.

Cunoscându-se rolul etiologic important al amigdalelor palatine în producerea coreei s'a ajuns din punct de vedere terapeutic la recomandarea ablației lor.

*Griffu* (1911) a fost cel dintâi care a executat amigdalectomia în coreea acută și a obținut rezultate frumoase aproape în toate cazurile cu această afecțiune.

*Dick* și *Rothstein* mai târziu, injectând la câini streptococul recoltat de pe amigdalele unui bolnav atins de coree a obținut sindromul coreic experimental.

Această experiență a mai încercat-o *Letelier* pe iepuri și câini, dar n'a obținut niciun rezultat. Totuși el nu renunță la amigdalectomie și în anul 1930 publică în Chili, 10 cazuri de coree vindecate prin amigdalectomie și adenotomie, lipsite de orice complicație postoperatorie chiar și în urma întrebunării anesteziei generale. Deaceea, el recomandă să se examineze foarte atent căile respiratorii superioare, mai ales inelul limfatic al lui *Waldayer* și indică la toți bolnavii cu coree, amigdalectomia și adenotomia ca cel mai bun tratament.

La Praga, profesorul *Precechtel* în 15 cazuri de coree amigdalectomizate în decursul anilor 1931—1935, a obținut următoarele rezultate: 10 cazuri s'au vindecat după această intervenție, un caz a recidivat în decurs de un an, iar rezultatul ultimelor 4 cazuri este necunoscut.

*Lawrence*, a obținut 50% vindecări după amigdalectomie în coree.

*S. I. Crowe* și colaboratorii au obținut în 23 cazuri de coree tonsilectomizate, 13 vindecări.

*Noel—Withton* n'a obținut decât 3 vindecări în 11 cazuri.

*Pavey—Smith*, recomandă tonsilectomia chiar și după 40 ani pentru că el a obținut 89% vindecări până la 20 ani și 80% vindecări peste 40 ani.

Din contra, *I. H. James* susține că tonsilectomia nu dă rezultate în reumatism și în coree căci în 9 cazuri de reumatism operat, numai 2 au fost ameliorate, iar în coree rezultatele au fost negative în 24 cazuri.

*Poynton, Paterson și Spence*, susțin deasemenea că amigdalectomia n'ar fi decât un tratament preventiv și nu trebuie considerată drept un „panaceu universal“.

*Danielopolu* și colaboratorii cred deasemenea că s'a exagerat valoarea amigdalectomiei în coree.

Dimpotrivă, rezultatele strălucite obținute în Clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj — de sub conducerea Dlui Prof. Dr. G. Buzoianu, contribuie la susținerea originii infecțioase a coreei (infecție cu punct de plecare amigdalian și cu acțiunea toxinei streptococice asupra sistemului nervos) și la reco-



mandarea ablației amigdalelor și vegetațiilor, ca cea mai de seamă terapeutică a acestei afecțiuni.

În unele cazuri observate în serviciul acestei clinici, chiar și suflurile cardiace au dispărut complet și progresiv după amigdalectomie.

În alt caz, care prezenta o stare sub febrilă de 2 luni cu suflu cardiac, după tonsilectomia aplicată s'a constatat dispariția atât a febrei cât și a suflului, în primele 6—8 zile după operație.

La majoritatea cazurilor, tratamentul medicamentos a fost suprimat numai pentru a se vedea rezultatul post operator.

Cazurile de coree supuse amigdalectomiei și adenotomiei în decursul anilor 1937—1938 în Clinica O. R. L. Cluj, sunt următoarele:



## Observațiuni clinice

Anul 1937.

Obs. 1. N. S. în vârstă de 9 ani trimisă de Clinica Infanțilă cu diagnosticul de: coree Sydenham generalizată. În antecedente heredo-colaterale: mama moartă în febră puerperală. Antecedente personale: varicelă la 7 ani și scarlatină înainte cu 6 luni dela intrarea în clinică. Boala actuală datează de 10 zile și a început cu mișcări neregulate ale membrilor fără un scop determinat, de o amplitudine variabilă, accentuându-se din ce în ce mai mult. La examenul fizic: tegumentele sistemul osos, articulațiile se prezintă normale. Aparatul pulmonar, cardio-vascular și digestiv sunt deasemenea normale.

Sistemul nervos: reflexele pupilare și tendinsoase le prezintă normale. Capul este animat de mișcări desordonate, membrele, fața, deasemenea. Mersul este nesigur. R. W.: negativă. La examenul O. R. L.: se constată amigdalită cronică criptică hipertrofică bilaterală și vegetații adenoide. I se face amigdalectomie și adenotomie (Dr. Gârbea) sub anestezie generală cu eter, fără nici un inconvenient post operator. La câteva zile după intervenție mișcările coreice se reduc mult și la zece zile bolnava părăsește serviciul clinicii vindecată complet.

Obs. 2. H. I. în vârstă de 10 ani este trimisă serviciului clinicii O. R. L. din parte clinicii Infanțile cu diagnosticul de coree. Antecedentele personale sunt foarte încărcate: pojar, pertusis, mefrită, pneumonie și pericardită. Bolnava de 4 săptămâni este foarte excitabilă, prezentând mișcări desordonate și involuntare, care la prezentarea în clinică apar atât de intense, încât mersul și stațiunea verticală sunt imposibile. La

examenul fizic general nu prezintă nimic patologic. R. W.: negativă. Examenul O. R. L.: amigdalită cronică criptică intravelică, vegetații adenoide. La o săptămână după tratamentul cu pyramidon și desinfecție naso-faringiană, i se face amigdalectomie și adenotomie (Dr. Gârbea) după care se constată că mișcările coreice se reduc și la două săptămâni după operație (3 Martie 1937) părăsește Clinica vindecată complet.

*Obs. 3.* O. E. de 9 ani trimisă din partea clinicii infantile clinicii O. R. L. cu diagnosticul de coree și insuficiență mitrală incipientă. Bolnava, cu două săptămâni înainte de intrarea în clinică a avut dureri de gât și dureri articulare. La 6—7 zile a început să prezinte mișcări desordonate, nesigure, care se generalizează la tot corpul. După datele clinicii Infantile, R. W.: negativă, însă R. Pirquet slab pozitivă. S'a administrat câteva zile pyramidon și neobservându-se nici o ameliorare, este trimisă Clinicii O. R. L. care examinând-o constată: amigdalită cronică criptică și vegetații adenoide. Sub anestezie cu eter, i se face amigdalectomie și adenotomie (Dr. Gârbea). După operație, mișcările coreice dispar treptat și bolnava părăsește clinica după 10 zile, vindecată complet.

*Obs. 4.* I. S. I. în etate de 9 ani din Turda, trimisă Cl. O. R. L. din partea clinicii Infantile cu fenomene de coree cronică. Antecedentele eredo-colaterale nu prezintă nici o importanță. Ca antecedente personale găsim: scarlatină, la 3 ani, tuse convulsivă, pojar la 6—7 ani. Înainte cu un an, reumatism poliarticular acut.

De doi ani are turburări nervoase cu greutate în mers și mișcări desordonate. De 10 zile aceste simptome s'au agravat, bolnava este febrilă și are dureri în regiunea precardiacă.

La examenul fizic: pleurită stângă, suflu sistolic la vârful cordului. Bolnava e agitată, are mișcări desordonate ale membrilor și capului cu turburări în mers și jenă în alimentare, vorbirea defectoasă, intelectul ușor redus. R. W. negativă.

La examenul O. R. L.: amigdalită cronică criptică bilaterală, vegetații adenoide. Nimic în rest. După o desinfecție prealabilă de 1—2 zile, i se face amigdalectomie și adenotomie la 23. I. 1937 (Dr. Bogdan Pavel). După operație bolnava:

treptat se ameliorează și părăsește clinica la 10 zile vindecată. Acestei bolnave nu i s'a aplicat nici un tratament medicamentos.

*Obs. 5. P. V.* în etate de 6 ani din Cluj, e trimis de Clinica Infantilă cu antecedente eredo-colaterale și personale fără importanță. Cu două săptămâni înainte de intra în clinică, copilul a acuzat dureri în articulațiile membrelor. De atunci chiar bolnavul prezenta mișcări desordonate involuntare, atât la membrele superioare cât și la membrele inferioare.

Examenul fizic: Articulațiile sunt dureroase la presiune dar sunt netumefiate. La aparatul cardio-vascular se aude un suflu presistolice fin, ce se propagă la axilă.

Sist. nervos: Copilul e agitat, prezintă tremurături ale globilor oculari, ale corpului și mișcări involuntare, desordonate ale membrelor, mișcări ce au o amplitudine destul de mare.

La examenul O. R. L.: se observă prezența unei amigdalite cronice hipertrofice și vegetații adenoide. După desinfecția prealabilă, i se face amigdalectomia și adenotomia (Dr. Gârbea), după care bolnavul se simte câteva zile mai bine, doar cu o ușoară subfebrilitate. Mai târziu, mișcările coreice dispar în repaus, dar se mențin în mers, ceea ce determină Clinica Infantilă din Cluj, să-i administreze injecții cu iodo-septină, însă fiindcă bolnavul nu s'a ameliorat nici după aceasta, i s'a făcut iperventilație. I s'a administrat pyramidon dar pentru că mișcările coreice continuau să se mențină în mers, Clinica Infantilă, dă, la indicația Clinicii Psihiatrice, sulfat de magneziu sol. 25% intra-rachidian, în cantitate de 3 cc. după o evacuare prealabilă de 5 cc. LCR. La a doua injecție, copilul face un colaps din care și-a revenit foarte greu, rămânând cu o hemipareză stângă. După două luni pleacă din clinică cu menținerea micloniilor coreice în mers.

*Obs. 6. M. L.* de 8 ani, trimisă Clinicii O. R. L. din partea Clinicii Neurologice (Prof. Minea), unde a fost internată la data de II Ianuarie 1937.

În antecedentele eredo-colaterale se constată că: mama e moartă de tetanos. Antecedente personale: bolnava a suferit în repetate rânduri de amigdalită care survenea mai de multe ori în decursul iernii. Cu o săptămână înainte de intrarea în clinică, după o amigdalită au început să apară mișcări de-

desordonate caracteristice coreei, care s'au generalizat repede în tot organismul.

Examen fizic: Copila se prezintă puțin dezvoltată pentru vârsta ei. Se mai constată încă o micropoliadenopatie generalizată. Mișcărilor coreice sunt atât de accentuate, încât face imposibil mersul. R. W.: negat. I se administrează injecții cu lecitină intra-muscular, apoi pyramidon urotropină fără ca mișcărilor coreice să diminueze prea mult. După două luni de tratament medicamentos este adusă la Clinica O. R. L. unde s'a constatat că suferă de amigdalită cronică hipertrofică și vegetații adenoide. I se face amigdalectomie și adenotomie (Dr. Gârbea), sub narcoză și la două săptămâni după operație părăsește clinica complet vindecată.

Obs. 7 R. E. În etate de 17 ani, se prezintă la ambulanța clinicii O. R. L. pentru dureri în gât. I se constată o amigdalită acută pultacee, pentru care i se prescrie tratamentul specific medicamentos. Se observă în același timp și mișcări desordonate ale membrilor superioare și inferioare, mișcări pe care bolnava le prezintă de mai multă vreme. La 10 zile după dispariția anginei acute, i se face amigdalectomie bilaterală la data de 14 Iunie (Prof. Buzoianu). La primul control făcut la o săptămână de la operație, bolnava prezintă o ameliorare foarte accentuată, mișcărilor coreice devenind foarte rari și de o amplitudine foarte redusă. După alte două săptămâni bolnava se prezintă la control complet sănătoasă, fără a mai prezenta cea mai redusă mișcare coreică.

Obs. 8. P. F. în vârstă de 8 ani, trimisă de către Clinica Infanțilă cu diagnosticul de reumatism poliarticular, insuficiență mitrală, coree. În antecedentele heredo-colaterale și personale, nimic de remarcat. Boala actuală datează de vreo două luni, începând cu dureri reumatismale la articulații, apoi dureri precardiace. La prezentarea în clinică aceste dureri sunt dispărute complet. Prezintă mișcărilor, mai ales cele intenționate, foarte necoordonate. Tratamentul cu pyramidon rămâne fără rezultat. La examenul O. R. L., se constată mari vegetații adenoide și hipertrofie amigdaliană intravelică, pentru care i se face amigdalectomie și adenotomie (Dr. Gârbea), la 9 Iulie 1937, după care mișcărilor coreice dispar, durerile

precardiace deasemenea și bolnava părăsește serviciul Clinicei, vindecată după o săptămână.

*Obs. 9.* B. I. de 13 ani, trimisă de Clinica Infantilă, cu diagnosticul de coree latentă. În antecedentele heredo-colare și personale, nimic important. Examenul fizic. normal. La examenul O. R. L. prezintă amigdalită cronică-criptică bilaterală și vegetații adenoide. I se face amigdalectomie și adenotomie la 27 August 1937 sub anestezie locală, aceasta fiind posibilă deoarece mișcările coreice erau rari și de o amplitudine redusă și care au dispărut complet la scurt interval dela operație.

*Obs. 10.* B. I. de 12 ani, este trimisă de către Clinica Infantilă cu antecedente fără nici o importanță. Prezintă artrită reumatică radiocarpiană bilaterală și fenomene de coree cedează de câteva zile.. Examenul O. R. L. arată amigdalită criptică hipertrofică bilaterală cu vegetații adenoide. Este operată în ziua de 19 Octombrie 1936 (Dr. Salamon). După două săptămâni părăsește clinica vindecată.

*Obs. 11.* S. I. în etate de zece ani, din Turda, trimis serviciului Clinicei O. R. L., din partea Clinicei Infantile. Antecedentele fără importanță. Boala actuală datează cam de două săptămâni, debutând în urma unei spăime, prin slăbire generală și cădere în mers. De patru zile prezintă mișcări dezordonate ale membrelor și este agitat. Examenul fizic: copilul este slab dezvoltat și are micropoliadenopatie generalizată. La examenul O. R. L. făcut la 2 Noembrie 1937, se constată că suferă de vegetații adenoide și amigdalită cronică, pentru care i se face amigdalectomie și adenotomie. La o săptămână după operație, fenomenele coreice se ameliorează simțitor, copilul merge singur, nesuștinut. La două săptămâni părăsește serviciul complet vindecat.

*Obs. 12* R. L. de 14 ani, din Cluj, trimisă de Clinica Infantilă. În antecedentele heredo-colare și personale se constată că mama a avut mai multe avorturi spontane, iar fetița a suferit de rușoală și amigdalită repetată. Boala actuală datează de, aproximativ, două săptămâni, debutând cu mișcări coreice caracteristice, atât la membrele superioare cât și la cele inferioare. Este adusă la Clinică într'o stare destul de

gravă. La examenul general nu prezintă nimic deosebit. R. W. în sânge este negativă. Reacția Khan, parțial pozitivă. La examenul O. R. L. prezintă amigdale hipertrofice și vegetații adenoide, pentru care este operată (Dr. Gârbea), iar la data de 8 Novembre 1937, la o săptămână dela intervenție, toate simptomele coreice încep să cedeze, tratamentul chirurgical fiind asociat cu cel arsenical.

Copila se vindecă complet.

*Obs. 13.* C. I. de nouă ani, se prezintă Clinicei O. R. L. la data de 20 Decembrie 1937, când se constată că suferă de amigdalită cronică crptică și vegetații adenoide. În același timp, prezintă și mișcări coreice ale membrelor și capului, de o amplitudine mai mică, care-i permiteau să meargă și să se alimenteze. Fiind internat în serviciul Clinicei O. R. L., i se face amigdalectomie și adenotomie (Dr. Teodorescu), după care mișcările coreice dispar treptat, iar la o săptămână, copilul părăsește Clinica complet vindecat.

### **Anul 1938.**

*Obs. 1.* C. A. în vârstă de 10 ani. Se prezintă la ambulanța Clinicei O. R. L. Cluj, pentru dureri în gât, scurgeri purulente din urechia stângă și mișcări involuntare, desordonate ale membrelor superioare și inferioare. Antecedente heredo-colaterale: (fără importanță). Antecedente personale: pojar, scarlatină, gripă. La examenul fizic: tegumentele, sistemul osos, articulațiile, sunt normale. Aparatul respirator, circulator, digestiv, nu prezintă nimic patologic. Sist. nervos: reflexele pupilare și tendinoase: normale. Membrele superioare și inferioare sunt animate de mișcări brusce desordonate neologice. Mersul nesigur. R. W.: negativă.

La examenul O. R. L. se constată: amigdalită cronică crptică hipertrofică, vegetații adenoide și otită medie supurată cronică stângă. După desinfecția noso-faringiană, i se face amigdalectomia și adenotomia (Dr. Teodorescu), sub anestezie generală cu eter. La câteva zile după această intervenție se constată că mișcările coreice se reduc progresiv și la 2 săptămâni părăsește clinica complet vindecat de coree, urmând însă să i se aplice în continuare tratamentul cuvenit otitei medii supurate cronice.

*Obs. 2.* V. M. în etate de 8 ani. Se prezintă la Clinica O. R. L. cu turburări coreiforme. Ant. heredo-colat. fără importanță. Antec. personale: varicelă, rușeolă. Înainte cu un an reumatism poliarticular acut. De aproape doi ani prezintă turburări nervoase, insomnii, agitații, turburări de vorbire, greutate în mers și mișcări desordonate ale membrelor. De 2 săptămâni aceste simptome s'au agravat, bolnava este febrilă și se plânge de dureri în regiunea precardiacă. La examenul fizic: mișcări desordonate ale capului, membrelor, intelect redus, vorbire defectuoasă. Aparatul respirator, renal, digestiv: normale. Inima prezintă suflu sistolic la vârf. La examenul O. R. L.: amigdalită cronică criptică bilaterală și vegetații adenoide. După o prealabilă desinfecție de 1—2 zile i se face amigdalectomie și adenotomie (Dr. Cotul) apoi bolnava este ținută sub observație timp de o lună în care timp se constată dispariția completă a fenomenelor.

*Obs. 3.* E. M. de 11 ani. Se prezintă în serviciul Clinicii O. R. L. în 30 August 1938. Antecedente heredo-colaterale și personale: fără importanță. La examenul general nu se constată nimic deosebit. R. W.: negat. Examenul O. R. L. evidențiază o amigdalită hipertrofică și vegetații adenoide. În 2 Sept. 1938 i se face ablația amigdalelor și a vegetațiilor adenoide (Dr. Teodorescu). La o săptămână după intervenție toate simptomele coreice cedează și bolnava părăsește clinica complet vindecată.

*Obs. 4.* P. B. în vârstă de 12 ani, din Dej. Se prezintă la ambulanța Clinicii O. R. L. din Cluj, cu o coree acută de tip Sydenham, amigdalită criptică și vegetații adenoide. Antecedente personale: parotidită epidemică, la 7 ani un episod de reumatism acut. Primele manifestări coreice s'au prezentat cu 3 săptămâni înainte de a intra în serviciul Clinicii O. R. L. Aceste simptome s'au accentuat progresiv, astfel că la intrarea în clinică coreea era generalizată cu mișcări de amplitudine mare, tremurături ale globilor oculari, turburări de vorbire și stațiune în poziție verticală imposibilă. I se face amigdalectomia și adenotomia (Dr. Cotul). La o săptămână după intervenție se constată că simptomele coreice încep să cedeze. Examinată după 3 luni se constată că fenomenele au dispărut aproape complet.



Obs. 5. R. I. de 10 ani. Se prezintă la Clinica O. R. L. cu antecedente heredo-colaterale fără nici o importanță. Antecedente personale: difterie, rugeolă, disenterie, amigdalite repetate. Cu 10 zile înainte de a intra în clinică după o amigdalită au început să apară mișcări caracteristice coreei care s'au generalizat în tot organismul. La examenul fizic se constată o micropoliadenopatie gneralizată, tremurături ale capului, mișcări brusce desordonate ale membrelor, turburări intelectuale. Aparatul circulator, respirator, renal, digestiv sunt normale. La examenul O. R. L. se constată că bolnava suferă de amigdalită cronică criptică hipertrofică și vegetații adenoide. După prealabila desinfecție i se face ablația totală a amigdalelor și adenotomia (Dr. Teodorescu), în 8 Dec. 1938, după care la 10 zile bolnava părăsește Clinica complet vindecată.

Din observațiile Clinicii O. R. L. se constată deci, că 12, din cele 13 cazuri de coree, care s'au prezentat în serviciul acestei Clinici în anul 1937 s'au vindecat complet în urma amigdalectomiei și adenotomiei, numai un singur caz — obs. 5-a — cu toate încercările de tratament, n'a putut fi decât ameliorat.

La controlul făcut de această Clinică în primul an după intervenție nu s'a constatat nici o recidivă.

Deasemenea cele 5 cazuri de coree ce s'au prezentat în decursul anului 1938 au dat rezultate bune vindecându-se complet după amigdalectomie și adenotomie.

Controlul pentru eventualele recidive ale acestor cazuri este în curs.

În ce privește restricțiile operatorii în raport cu vârsta până la care să nu se aplice tonsilectomia la copii, Dl. profesor Dr. G. Buzoianu, nu menționează restricții, dimpotrivă Domnia sa, recomandă (când operația trebuie făcută pentru coree): amigdalectomia totală, extracapsulară, ori care ar fi vârsta copilului. Anestezia folosită de Clinica noastră O. R. L. din Cluj — în intervențiile pentru coree — este cea generală. Chiar la 6—7 ani când e mai ușoară posibilitatea de a avea un copil docil, operația nu se poate face sub anestezie locală, din pricina mișcărilor desordonate caracteristice acestei afecțiuni. În consecință se recurge la anestezia generală cu eter și nu s'a observat încă la nici un caz operat sub acest fel de narcoză, vre-o complicație operatorie sau post-operatorie, dato-

rită acestui procedeu. În Clinică s'au executat însă operații și sub anestezie locală — chiar la 6 ani — dar în aceste cazuri e nevoie de o anumită docilitate din partea copilului.

Tehnica operatorie recunoaște mai multe metode.

Excizia cu bisturiul sau cu foarfeca.

Ablația cu amigdalotomul lui Fahren—Stock, modificată de Mathieu.

Imbucătășirea amigdalei (cu pensa lui Ruault).

Metoda ansei galvanice.

Diatermocoagularea.

Procedeu Sluder (în amigdalita pediculată).

Procedeu Portman în amigdalele cu aderențe.

Clinica Oto-Rino-Laringologică, din Cluj întrebunțează metoda proprie cu ansa rece.

Timpii operatori sunt în Nr. de 5.

După anestezia generală efectuată (anestezie ce este absolut necesară pentru a avea liniștea trebuitoare operației), se procedează la:

Prinderea amigdalei și tracțiunea ei spre linia mediană. (Acesta este primul timp).

Al 2-lea timp se caracterizează prin incizia pilierului anterior cu decolatorul.

Timp 3: Degajarea polului superior.

Timp 4: Introducerea ansei și secționarea hilului.

Timp 5: Verificarea lojei amigdalienne.

După cum am văzut, rezultatele post-operatorii obținute în cazurile de coree observate în Clinica noastră O. R. L. sunt surprinzătoare prin perfecțiunea lor. Și trebuie să fie astfel pentru că pe deoparte se elimină focarul de infecție amigdalian, care declanșează și întreține în cele mai multe cazuri acest sindrom neurologic. Pe de altă parte amigdalectomia și adenotomia este în general o intervenție simplă, fără riscuri și fără urmări neplăcute.



## CONCLUZIUNI.

1. Coreea acută este un sindrom nervos la producerea căruia poate contribui în afară de reumatism, encefalita epidemică, sifilis, intoxicații și infecția de focar a amigdalelor.

2. Amigdalectomia și adenotomia constituiesc pentru coreea acută un procedeu terapeutic urmat de rezultate bune în cele mai numeroase cazuri.

Prin această intervenție se elimină focarul infecțios amigdalian care produce sindromul coreic prin acțiunea probabilă a toxinei microbiene, asupra centrilor cerebrali.

3. În majoritatea cazurilor amigdalectomizate s'a obținut o vindecare completă și durabilă (12 din 13 cazuri, operate în Clinica ORL. din Cluj în anul 1937, 5 cazuri în anul 1938, vindecate toate în urma acestei intervenții).

Acest fapt dovedește că în aproape toate cazurile, coreea este în legătură cu un focar septic latent faringian.

4. Recidivele și cazurile care n'au fost influențate prin amigdalectomie și adenotomie s'ar datori probabil, unor infecții și din alte regiuni ale organismului.

5. Clinica ORL. din Cluj recomandă în toate cazurile de coree amigdalectomia totală extracapsulară, bilaterală, această intervenție ne având nici o contraindicație de vârstă.

6. Clinica ORL. din Cluj recomandă deasemeni ca tehnică operatorie: amigdalectomia cu ansa rece, asociată adenectomiei (se suprimă astfel și eventualul focar epifaringian).

7. Ingrijirile pre- și postoperatorii sunt aceleași ca în orice amigdalectomie asociată cu adenectomia.

8. După intervenție vindecarea se obține în 7—10 zile.

Văzută și bună de imprimat.

Decanul Facultății:  
Prof. Dr. I. DRĂGOIU

Președintele Tezei:  
Prof. Dr. Gh. BUZOIANU

## BIBLIOGRAFIE.

1. *Billings Fr.*: „Dental Cosmos“ 1922 p. 797. La septicité buco-dentaire par Farg'n-Fayolle et Thibault pg. 39 1930.

2. Prof. Dr. *Gh. Buzotanu* și Dr. *Șt. Gârbea*: Amigdalectomia și adenotomia în tratamentul Coreei acute. Rev. Științelor Oto-Rino-Laringologice“.

3. D. *Danielopolu, Dumitriu et Tanașoca*: Le probleme des reumatismes et des affections de l'appareil circulatoire. Principe d'organisations medico-sociale: „Buletin de l'academie de Medicine de Roumanie Nr. 2, 1938.

4. Dr. *Șt. Gârbea*: Amigdalectomia totală în Clinica O. R. L. din Cluj. „Clujul Med'cal“ 1937, Nr. 2.

5. Prof. *Iuliu Hațieganu*: Endocardita simplă benignă verucoasă. Tratat elementar de Semiologie și Patologie Medicală de Hațieganu-Goia. Vol. I. pg. 480.

6. *Letelier*: Revue laringologique d'otologie et de rhinologie. Nr. 2. 31 Janvier 1930.

7. *Portmann Georges*: Revue de Laringologie, Otologie, Rhinologie. Juliet-Aout 1938 Nr. 7. Revue de la presse Tchecoslovaque. Analyse faites par le prof. Wiskovsky (Bratislava). Resultat de l'amigdalectomie dans les affections nerveuses (Lustig) Casopis lekarü Ceskych, 1937.

8. Prof. Dr. *G. Popoviciu*—Dr. *O. Mihailescu*: Contribuțiuni la alcalozoterapia coreei asociale cu adrenalina sau efetonina. Revista de Pediatrie și Puericultură pag. 132 Cluj, anul 1 Nr. 1—4 Ian., Aprilie 1937.

9. Prof. Dr. *G. Popoviciu*: Elemente de Pediatrie și Puericultură. Vol. II.

10. Prof. *Urechia*: Choree aigue avec examen anatomique. Encefal. Journ. de Neurologie et de Psychiatrie Nr. 5 XII. 1936.

11. Prof. *Urechia*: Coreea ( notițe luate la curs) 1938.

12. Prof. *Urechia*: Encefalita letargică. Tratat de Patologie Neuro-Mintală pag. 564.