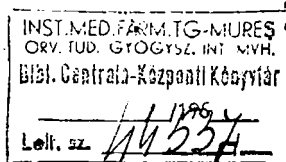


# AMIGDALECTOMIA LA CALD SAU LA RECE?



DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE ..... 1940

DE  
KLEINEMERIC



# UNIVERSITATEA » REGELE FERDINAND I. « DIN CLUJ FACULTATEA DE MEDICINA

Decan: Prof. Dr. DRĂGOIU I.

## Profesori :

Clinica stomatologică . . . . .	Prof. Dr. ALEMAN I.
Microbiologia . . . . .	” ” BARONI V.
Farmacologia și farmacognozia (supl.) . . . . .	” ” BARONI V.
Fiziologia umană . . . . .	” ” BENETATO GR.
Istoria medicinei . . . . .	” ” 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 C.
Clinica medicală . . . . .	” ” HAȚIEGANU I.
Medicina legală . . . . .	” ” KERNBACH M.
Chimia biologică . . . . .	” ” MANTA I.
Clinica oftalmologică . . . . .	” ” MICHAIL D.
Clinica neurologică . . . . .	” ” MINEA I.
Igiena și igiena socială . . . . .	” ” MOLDOVAN I.
Radiologia medicală . . . . .	” ” NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	” ” PĂPILIAN V.
Clinica chirurgicală } . . . . .	” ” POP A.
Medicina operatorie } . . . . .	” ” POPOVICIU GH.
Clinica infantilă . . . . .	” ” SECĂREANU ȘT.
Chimia medicală . . . . .	” ” STURZA M.
Balneologia . . . . .	” ” TĂTARU C.
Clinica dermato-venerică . . . . .	” ” ȚEPOSU E.
Clinica urologică . . . . .	” ” URECHIA C.
Clinica psihiatrică . . . . .	” ” VASILIU T.
Anatomia patologică . . . . .	Agr. ZOLOG M.
Igiena generală . . . . .	Conf. BĂRBULESCU N.
Fizica medicală . . . . .	



## JURIUL DE SUSTINERE :

PREȘEDINTE: D-l. Prof. Dr. GH. BUZOIANU

MEMBRII :	}	”	”	”	I. HAȚIEGANU
		”	”	”	I. GOIA
		”	”	”	V. BOLOGA
		”	”	”	GH. POPOVICIU
SUPLEANT		”	Conf.	”	I. GAVRILĂ

## INTRODUCERE

*A trata o problemă viu discutată în cercurile autorizate ale specialității oto-rino-laringologice, cum este și problema amigdalectomiei la cald sau la rece, nu este un lucru tocmai ușor. Ea cere ca de altfel orice lucrare științifică, respectarea argumentelor celor două părți cu păreri divergente.*

*Nu avem pretenția ca prin modesta lucrare de față am fi adus ceva nou și nespun încă în literatura de specialitate. Nici chiar o mare parte din materialul prelucrat în lucrarea de față nu constituie o parte cum s'ar zice „originală” prin contribuția personală a autorului.*

*Ceeace e nou, și ceea ce a urmărit lucrarea de față, este opunerea celor două metode, față, în față, analizarea lor, și privirea întregii probleme sub acest aspect, și în ansamblul ei,*

*Este o problemă în care de altfel sigur fiecare autor, și medic, își are concepția și atitudinea lui. Înșă concepțiile și atitudinile în urma experiențelor clinice, exprimate prin statistici, în urma progreselor tehnicii chirurgicale și a mijloacelor terapeutice, se pot schimba. Această schimbare a atitudinilor spre partea care se dovedește a fi mai științifică, mai sigură, și mai binefăcătoare, nu numai că e în folosul celor suferinzi, dar aduce în acelaș timp și mari satisfacții medicului.*

*Lucrarea de față s'a scris prin bunăvoința D-lui Prof. Gh. Buzoianu, care mi-a făcut deosebita cinste acordându-mi acest subiect de teză. Fapt pentru care țin să-i mulțumesc și în acest loc.*

*Deasemenea țin să mulțumesc d-lor Dr. St. Gârbea, Dr. E. Bodea asistenți ai Clinicei, și d-lui Dr. Eugen Csillag, pentru îndrumările și sfaturile prețioase pe cari mi le-au dat.*

*Colegului Bazil Târnavăeanu preparator al Clinicii O. R. L. îi exprim mulțumirile mele pentru sfaturile date, și pentru sentimentele de colegialitate exprimate. Lucrarea de față e divizată în următoarele capitole :*

- 1. Istoricul amigdalectomiei.*
- 2. Noțiuni de anatomie și fiziopatologie amigdaliană,*
- 3. Indicațiile amigdalectomiei la cald, și tehnica ei.*
- 4. Indicațiile amigdalectomiei la rece și tehnica ei. Procedeeul Clinicii O. R. L. din Cluj.*
- 5. Discuțiuni asupra celor două metode.*
- 6. Statistică Clinică.*
- 7. Concluzii.*



## ISTORICUL AMIGDALECTOMIEI

Amigdalectomia a preocupat lumea chirurgicală din cele mai vechi timpuri. Hippocrates amintește în mai multe locuri de deschiderea abceselor periamigdaliene cu cuțitul.

În caz de hipertrofie cu inflamații și recidive se ridicau cu o pensă și bisturiu părțile hipertrofiate (se făcea deci o amigdalotomie). Operația s'a dovedit insuficientă, căci în urma ei s'au observat noi inflamații, abcese, complicații la distanță: nefrite, artrite, septicemii, etc.

În caz de inflamații amigdaliene Hippocrates în anul 370 a. Chr. recomandă ventuze pe gât și inhalații cu substanțe aromatice. Celsus practica ablația totală a amigdalelor, enucleându-le cu degetul sau tăind cu bisturiul.

Un alt autor Oetius nu suprime decât masa liberă a amigdalelor, de teama hemoragiei.

Paul de Egina pe la 750 reduce indicațiile amigdalectomiei totale la minimum.

Abulkasim executa amigdalectomia, apucând amigdalele cu un cârlig, și tăia cu un cuțit cu tăișul concav.

În evul mediu era o tendință de a reduce cât mai mult amigdalectomia. Astfel medicii arabi recomandau cauterizarea.

În anul 1550 Guillemeau vine cu o idee ingenioasă spunând că dacă amigdala e alungită sau sclerozată, se poate prescurta tăind-o cu un laț, sau ansă, procedeu care a intrat în uz și a persistat tot timpul sec. al XVIII-lea.

În America deja cu ocazia primelor amigdalectomii s'au ivit discuțiuni asupra fiziopatologiei amigdaliene. Și s'a ajuns la concluzia de a nu face amigdalectomie atunci când amigdalele sunt sănătoase.

Pentru amigdalele bolnave s'a recomandat un tratament conservativ. În caz de recidivă fără supurație se practica amigdalectomia. La Congresul francez de O. R. L.,

din 1930 s'a arătat că în inflamațiile amigdaliene și periamigdaliene se pot produce complicațiuni din cele mai grave. Și atunci mai mulți autori ca: Huffer, Gutner, Tapas, au pus chestiunea dacă se poate ridica amigdala în aceste cazuri? Adică dacă se poate practica o amigdalectomie la cald.

Canuyt amintește rezultatele favorabile ale lui Chas-saignac încă din 1859. El este promontorul acestei operații la cald.

Winkler în 1911, Theisen în 1919, Heller și Hollinger în 1921 au practicat-o și ei,

Barnes în 1923 în „The Tonsils“ s'a ocupat de amigdalectomia la cald, și citează multe cazuri de ablația amigdalelor în plin flegmon amigdalian. N'a observat în nici un caz complicații postoperatorii, drenajul larg a scurtat durata flegmonului.

Worms și Le Mée cred oportună amigdalectomia to tală în prezența accidentelor infecțioase amenințătoare.

Basavilbaso în 1929 relatează trei cazuri de amigdalectomie în plină supurație, amigdalectomia cu ansa la rece a diminuat accidentele.

În 1931 Canuyt într-o serie de comunicări făcute la Societatea de O. R. L. franceză după-ce a studiat sediul anatomic exact al colecțiunilor periamigdaliene, a practicat-e și el, la început în plin flegmon periamigdalian, mai târziu revine și recomandă să fie făcută în doi timpi, amigdalectomia la cald întârziată. El citează 130 cazuri fără să aibă accidente.

Leroux în 1932 admite și el amigdalectomia la cald.

Leicher, Otto Mayer (Vien) n'au observat la cald accidente, nici hemoragii mai mari ca în intervențiunea clasică la rece.

Alți mulți autori dintre cari cităm, pe Sani Yaver, Halpfen, Zambrini și Podesta, au operat un număr mare de bolnavi cu flegmoane periamigdaliene la cald. Ei afirmă că vindecarea s'a produs în toate cazurile mulțumitor și mai rapid ca după o amigdalectomie la rece.

În medicina populară românească încă se găsesc date interesante asupra chirurgiei și tratamentului „gâlcilor“ (amigdalelor). Astfel avem datele dintr'un raport scris de un chirurg german dela 1756 și publicat de dl. Prof. Bologna în „Anuarul Archivei de folklor“.

Leon în „Istoria naturală medicală a poporului ro-

mân" spune cum durerile de gâci se traiau cu excremente albe de câine și explică efectul.

Tehnica amigdalectomiei la rece încă își are istoricul ei propriu. Ansa la rece a fost recomandată de Guillemeau pe la jumătatea secolului al XVI-lea, și a fost perfecționată de Ficano din Paleromo pe la 1895, și apoi de Vacher pe la 1900.

Progresele mari la care a ajuns amigdalectomia în timpurile noastre se datoresc rezultatelor excelente pe cari le-a dat.

## NOȚIUNI DE ANATOMIE ȘI FIZIOPATOLOGIE AMIGDALIANĂ

Amigdalectomia în special și patologia amigdalelor în general fiind legată și de anatomia și fiziologia amigdalelor, socotim necesară o scurtă privire asupra acestor noțiuni.

Loja amigdaliană este locul ocupat de amigdalele palatine, situată la limita dintre cavitatea bucală și faringe, de fiecare latură a părții celei mai anterioare a faringelui. Are formă triunghiulară, cu vârful îndreptat în sus spre luetă, cu baza îndreptată spre limbă. Loja e mai profundă în partea ei superioară și din ce în ce mai largă în partea ei inferioară.

Loja amigdaliană e delimitată astfel: înainte, de pilierul anterior în constituția căruia intră mușchiul glosostafilin. Înapoi, de pilierul posterior în constituția căruia intră mușchiul faringo-stafilin. În jos o delimitează limba, de care e separată uneori prin plica triunghiulară a lui Hiss, o prelungire postero-inferioară a mucoasei stâlpului anterior.

Peretele extern al lojei e reprezentat de tunica fibroasă faringiană și de fasciculele constrictorului superior. Acest perete separă loja amigdaliană de porțiunea prestiliană a spațiului maxilo-faringian, porțiune adesea invadată de flegmoanele periamigdaliene, și înapoi a căreia se află porțiunea retro-stiliană unde trec vasele mari ale gâtului. Amigdala ocupă această lojă.

Fața externă a amigdalei e înconjurată de un țesut conjunctiv dens, format din elemente fibro-elastice și musculare, și cari formează capsula amigdaliană. Capsula e

aderență de țesutul amigdalian și e separată de peretele faringian, printr'un țesut lax și clivabil, datorită căreia se poate face amigdalectomia totală extracapsulară. Tot în acest spațiu se practică anesteziile locale.

Fața internă a amigdalei e acoperită de mucoasa faringiană ciuruită de orificiile criptelor amigdaliene. Între marginea anterioară și stâlpul anterior, precum și între marginea posterioară și stâlpul posterior, avem spațiul pre-amigdalian și spațiul retroamigdalian. Aceste două spații se continuă în sus cu foseta supraamigdaliană, cuprinsă între polul superior al amigdalei și între comisura stâlpilor.

Din punct de vedere structural, amigdala e formată dintr'o serie de lobi, delimitați prin septurile capsulei în centrul fiecărui lob fiind un diverticul format dintr'un strat superficial epitelial, și un strat profund format din țesut reticulat și din foliculi limfatici.

Amigdala e un organ limfoid care la vârsta adultă prezintă un grad variabil de involuție. E formată din foliculi cu centrul germinativ. După cercetările unor autori, foliculul ar fi un centru de distrucție.

### Considerațiuni fiziologice.

Amigdalelor li s'au atribuit funcțiuni multiple și variate. Cele mai principale ar fi:

1. Funcția de apărare a organismului contra invaziunii bacteriene, amigdalele făcând parte din marele cerc limfatic a lui Waldayer la intrarea căilor aeriene și digestive.

2. Teoria secreției interne, nu e bazată pe nici o experiență sau observație clinică.

3. Teoria limfocito-poetică. După cercetările lui Stöke, Retterer, Wod, și alții amigdalele prin centri germinativi ai foliculilor ar avea rol în formarea limfocitelor.

Alți autori (Werner Schulz) cred mai mult că în centrii germinativi e un loc de distrucție, și nu loc de limfocito-poieză.

4. Teoria eliminării care atribuie amigdalelor rolul de organ de eliminare al bacteriilor, nu prea e admisă de majoritatea autorilor.

5. Teoria imunității susține că o parte a bacteriilor pătrunse din faringe în organism, sunt reținute în criptele amigdaliene, și toxinele lor rezorbite provoacă formarea



anticorpilor, ar fi o autovaccinare contra diferitelor tipuri de bacterii.

Această teorie ne-ar explica importanța sau mai bine zis rolul fiziologic al amigdalelor în primii ani ai copilăriei.

Au mai fost enunțate și alte ipoteze referitoare la rolul fiziologic al amigdalelor. Cert este că nici până azi nu s'a descoperit o funcțiune specifică și bine determinată a amigdalelor, iar turburări funcționale prin ablația amigdalelor, sau mai bine zis din cauza ablației nu s'au semnalat.

### **Noțiuni de patologie generală.**

Amigdalele sunt predispușe infecțiilor frecvente, grație structurii lor anatomice și grație sediului lor. Drenajul criptelor în mod normal se face în timpul deglutiției în urma presiunii lojei. Când însă în traectul lor sinuos se acumulează materii abundente, o parte din ele se depun și apar la suprafața organului ca niște dopuri albe gălbui, numite dopuri de cazeum. Aceste dopuri de cazeum constituie un mediu favorabil pentru dezvoltarea microorganismelor. Amigdalele chiar sănătoase conțin microbi pe suprafața lor și în cripte: streptococi, stafilococi, și pneumococi, și uneori chiar bacili difterici cu virulență variabilă.

## **INDICAȚIILE AMIGDALECTOMIEI LA CALD ȘI TEHNICA EI**

Indicațiile amigdalectomiei la cald au fost puse de acei autori cari au practicat-o. Otto Mayer dela secția O. R. L. a Spitalului orașului Wiena, după 25 de ani, în care timp s'au executat 10.000 de amigdalectomii, pune următoarele indicații:

In flegmoanele peri-amigdaliene în următoarele cazuri:

a) Dacă temperatura după incizia efectuată nu scade, în decurs de două zile, se intervine.

b) Dacă localizarea abcesului exclude o incizie satisfăcătoare și o drenare a flegmonului.

c) In edem laringian, sau flegmoane ale regiunilor învecinate lojei amigdaliene.

d) In caz de hemoragii cari urmează inciziei flegmonului,

e) In parotidită, când presupune că procesul va difuza în spațiul perifarngian.

f) In limfadenoidite tonsilogene.

g) In septicemii, (temperatură septică).

Dr. Adelbert Heindl în „Monatschrift für Ohrenheil“ publică un articol tratând problema amigdalectomiei la cald, bazându-se pe 78 cazuri operate, mai ales în cazuri de abcese periamigdaliene, și în cazuri de amigdalite acute complicate.

Link, Mathe și Lewinger sunt radicali și rețurg la amigdalectomie în toate cazurile de abces periamigdalian. Alți autori ca: Zange, Zöllner, și Tonndorf sunt mai rezervați în punerea indicațiilor.

Dr. Hofer din Clinica lui Hayek raportează în 1927 despre trei cazuri de amigdalectomie în abcese amigdaliene, terminate în mod favorabil. Sub influența acestei comunicări, cât și a bunelor rezultate obținute în caz de septicemie amigdaliană mai ales din anul 1933, în Clinica din Wiena, câmpul de indicații operatorii a fost mult lărgit, vechiul conservatism fiind înlocuit de radicalism.

După autorii citați, pericolele unei incizii a abceselor amigdaliene sunt cu mult mai mari decât acelea ale unei amigdalectomii. Operațiunea executată de o mână exersată nu este grea și timpul de vindecare este însoțit de foarte puține fenomene reacționale.

Deci acești autori indică amigdalectomia la cald în cazul abceselor periamigdaliene și în cazul abceselor perifarngiene. La constatarea primului frison în cazurile de amigdalită acută ei rețurg preventiv la descoperirea pachetului vascular cervical pentru ca în caz de nevoie să se poată rezeca vena jugulară în porțiunea corespunzătoare. Imediat după aceea ei procedează la amigdalectomie.

### **Technica amigdalectomiei la cald.**

După Canuyt operațiunea cuprinde două intervenții succesive:

1. Deschiderea largă a lojei amigdaliene.
2. Amigdalectomia totală.

*Anestezia*: locală, prin infiltrațiunea stâlpului anterior cu soluțiunea de Novocaină e mai greu de realizat. In practică cei care execută operațiunea, recomandă pulverizări ori badijonări cu cocaină ori soluțiune Bonain. Se face o puncție ex-

ploratoare în stâlpul anterior în profunzime de 1 cm. — 1 $\frac{1}{2}$  cm. pentru a fi siguri de prezența colecțiunii.

1. Deschiderea lojei amigdaliene se face cu bisturiul printr'o incizie lungă, verticală a mucoasei la nivelul suprafeței corespunzătoare a marginii libere a stâlpului anterior. Incizia pleacă dela polul superior al amigdalei și se termină în jos la nivelul ultimului molar mare inferior. Incizia să nu fie mai adâncă de 2—3 mm. Apoi cu o sondă canelată sau o pensă se perforează cu băgare de seamă planul infiltrat ce ne separă de loja amigdaliană. Această tehnică ne permite după Canuyt o deschidere largă a lojei amigdaliene.

2. Amigdalectomia totală cuprinde trei timpi :

a) Degajarea polului superior și căutarea planului de clivaj inter capsulo parietal, în timp ce cu o pensă glanda este trasă în afară. Să se evite lezarea venelor mari cari tapetează adeseori pereții lojei.

b) Decolarea glandei utilizând planul de clivaj până la polul inferior, unde îndată ce am atins cavitatea cu puroiul, o minimă mișcare în jos, detașează de multe ori glanda. Bolnavul va scuipa puroiul (nu va înghite!)

c) Secțiunea cu ansa. Amigdala care mai ține numai de polul inferior este secționată cu ansa.

Intervenția aceasta la cald a fost practică la început de Canuyt, imediat după deschiderea flegmonului periamigdalian, dacă glanda era liberată în mare parte de aderențe dacă anestezia era suficientă, și dacă fenomenele generale și infecțioase nu erau prea pronunțate.

Pentru că aceste condițiuni pot fi adesea mai greu reunite la un loc, și spre a diminua pericolul intervenției, Canuyt a revenit asupra metodei sale, recomandând o amigdalectomie la cald întârziată „Tonsilectomie a tiède“.

După această metodă scoaterea amigdalei se face la câteva zile după deschiderea flegmonului, care a fost în acest interval drenat cu meșe imbibate cu vaccin, bacteriofag, schimbate în fiecare zi, când temperatura devine normală, iar edemul și infiltrația dispăre.

După Canuyt metoda lui a dat rezultate din cele mai bune. Bolnavii s'au vindecat repede, fără complicații, fără dureri în deglutiție, hemoragie minimă.

Terracol practică tot o amigdalectomie întârziată, la 8 zile în medie, după deschiderea abcesului cu pensa Lubet-Barbon. Și el semnaleză rezultate bune.

Scoala vieneză operează la cald, injectând subcutanat 1 cgr. morfină, 1 mgr. atropină, se badijonează regiunea amigdaliană cu cocaină plus adrenalină. La infiltrația cu Novocaină se recurge numai atunci când abcesul este localizat în profunzimea amigdalei și atunci numai în țesut sănătos. La bolnavi mai sensibili operația se execută sub rausch.

Intervenția în sine nu este deosebită de ceea ce se execută în amigdalitele cronice. Ei spun că hemoragia în timpul operației este extrem de mică, iar cea postoperatorie nu s'a întâlnit. Din cauza abcesului decolarea este cu mult ușurată.

## INDICAȚIILE AMIGDALECTOMIEI LA RECE ȘI TEHNICA EI.

### Procedul Clinicei Oto-Rino-Laringologice din Cluj.

#### Indicațiile amigdalectomiei totale la rece.

Sunt extrem de multiple, se extind pe zi ce trece, datorită rezultatelor foarte bune pe cari le dă amigdalectomia. Le clasăm în indicații locale și indicații generale.

##### A) Indicații locale :

1. Amigdalite acute, catarale simple, și amigdalite acute pultacee repetate. Sub influența variațiilor atmosferice, virulența microbilor din cripte crește, astfel observăm mai multe cazuri la copii, iarna și primavara. Aceste inflamații repetate duc la turburări fizice și intelectuale, dacă nu intervenim.

2. Periamigdalite flegmonoase, deschise numai, fără ablația totală, duc la recidive, deaceia amigdalectomia totală e singurul tratament profilactic al periamigdalitelor flegmonoase. Intervenția se va face (după Prof. Buzoianu) la cel puțin 2—3 săptămâni după stingerea inflamației flegmonoase. Alți autori au preconizat în aceste cazuri amigdalectomia la cald. Indicația amigdalectomiei în caz de periamigdalite flegmonoase a constituit și constituie și până azi centrul viu al discuțiilor dintre partizanii amigdalectomiei la cald și la rece.

3. Amigdalite cronice, după amigdalite acute repetate. Duc la hipertrofia și scleroza amigdalelor cu acumu-

lare de materii cazeoase septice, în cripte, însoțite de adenită cervicală cronică amigdaliană.

Tusa amigdaliană datorită iritării zonelor tusigene supraglotice, datorită hipertrofiei amigdalelor și infecțiilor cronice.

În caz de fetiditatea respirației, în caz de otalgie cu dureri fugace cari pot fi datorite amigdalitei cronice, indicăm ablația.

La purtători de germeni diferiți.

În micoze amigdaliene.

4. Supurațiile intra-amigdaliene, puțin frecvente.

5. Amigdalita hipertrofică simplă, hiperplazică dă jenă mecanică respiratorie la copii, și evoluție gravă febrilor eruptive.

Indicații regionale mai frecvente: angine cronice, carururi tubare, laringite cronice, etc.

B) Indicații *generale*: Bolile generale sau locale care în multe cazuri sunt rezultatul inflamației locale amigdaliene, ar fi:

1. Reumatismul articular, sub toate formele lui. Amigdalectomia totală (perfect totală) dă rezultate imediate în aceste manifestațiuni acute ale reumatismului. Cele mai bune rezultate au fost obținute după operație, în caz de poliartrită reumatică acută și cronică secundară.

2. Afecțiuni cardio-vasculare. Endocardite acute și cronice, când sunt complicații ale infecțiilor amigdaliene. Amigdalectomia dă rezultate mai modeste ca la cele reumatice.

3. Afecțiuni renale. În nefritele hematurice, chiar în plin puseu hematuric, operația dă rezultate bune, hematuria dispărând. Cele mai bune rezultate au fost observate în nefrita embolică acută.

4. Turburări gastro-intestinale. Operația readuce pofta de mâncare, dezvoltarea fizică și intelectuală. Intervenția influențează în bine, crizele apendiculare. Unii autori au obținut ameliorări în ulcere pilorice și gastrite cronice nefebrele.

5. Turburări nervoase, coree, sunt ameliorate prin tonsilectomie.

6. Gușa parenchimatosa, exoftalmică, se reduce după operație. Se indică operația înaintea intervenției pe tiroidă. Basedovienii suportă greu operația, care e fără rezultat.

7. Auto-intoxicația de origină amigdaliană, dureri

dorso-lombare, astenie, somnolență, cefalee, subfebrilitățile, se vindecă după operație.

8. Turburări în starea generală : oprire în dezvoltare, debilitatea generală, deformații toracice, indică operația.

9. În leziuni otice, cronice supurate, amigdalectomia ameliorează starea rino-faringelui.

10. Conjunctivitele recidivante și flictenulare se influențează spre bine prin operație, datorită unei dezintoxiciări a organismului.

### *Contraindicații operatorii.*

Amigdalectomia totală oferă mai multe avantajii decât inconveniențe, și se recomandă în marea majoritate a cazurilor și la copii. Amigdalele au până la o vârstă oarecare rol fiziologic mai important decât rolul patologic. sunt deci utile. Nu vom opera amigdalele sub 5 ani, decât în cazurile când ele produc obstrucție mecanică și angine recidivante. Chiar în aceste cazuri e preferabilă amigdalectomia parțială. Practicăm operația parțială până la 10 ani, sau dacă copilul e debil până la 10—12 ani (Prof. Buzoianu), se indică operația parțială și în faringite uscate, unde ablația completă poate accentua procesul patologic.

### *Contraindicații de ordin local — sunt :*

1. Afecțiuni acute ale amigdelor.

2. Afecțiuni acute de vecinătate, inflamațiile mucoasei nazale, sinurilor, adenoidite, inflamațiile mucoasei casei timpanului

În stomatite, gingivite, osteoperiostite ale maxilarului cu tendință la septicemie.

3. Malformațiuni anatomice, ca anomaliile vasculare, evidențiabile prin inspecția faringelui.

### *Contraindicații generale :*

Bolile sângelui și ale vaselor.

Arterioscleroza avansată. Hipertensiune esențială.

Hemofilia clasică, fugace, sau tra. sitorie.

Intervenția e precedată întotdeauna de un examen al sângelui, examinăm timpul de coagulare și de sângerare.

Alte contraindicații : anemiile, stările timico-limfatice, menstruația și graviditatea, nefrite cronice, tuberculoză, diabet.

## **Technica amigdalectomiei totale extracapsulare la Clinica O. R. L. Cluj**

Pentru ablația amigdalelor bolnave, Clinica O. R. L. Cluj întrebuițează tehnica amigdalectomiei totale extracapsulare, cu ajutorul ansei la rece.

Superioritatea acestei tehnici constă în calitățile ei.  
Anume :

1. Această tehnică permite ablația completă a amigdalelor.

2. Ea este aplicabilă în toate varietățile anatomice de amigdale.

3. Tehnica este de o simplitate operatorie extremă.

4. Nu este de loc periculoasă.

Cu această tehnică în Clinica O. R. L. Cluj, s'au executat în decurs de 5 ani 8446 amigdalectomii totale bilaterale.

1. Amigdalectomia atât la adult, cât și la copil trebuie să fie totală și completă. Amigdalele sănătoase nu se scot, iar cele bolnave se scot în întregime. Nici până azi nu avem posibilitatea de a demarca într'o amigdală partea bolnavă de eventuala parte sănătoasă, ceea ce ne dovedește insuficiența numai a unei amigdalotomii. Pe de altă parte ablația totală a amigdalelor se poate practica fără teama vreunei presupuse turburări funcționale, căci nici până azi nu se poate atribui o funcțiune specială amigdalelor, funcțiune care să fie indispensabilă, și care să dispară prin ablație. Ablația completă a amigdalelor chiar la copii mici între 4—10 ani datorită tehnicii acesteia este foarte mult facilitată.

2. Tehnica amigdalectomiei practică în Clinica din Cluj este aplicabilă tuturor varietăților anatomice de amigdale : amigdale pediculate, sesile, intravelice etc. Mai ales aceste forme intravelice, care sunt foarte dăunătoare organismului prin determinările la distanță (reumatism, nefrită, endocardită) pe cari le provoacă, și cari nu se pretează bine la alte metode de amigdalectomie, în schimb prin tehnica noastră ablația lor poate fi executată în mod perfect.

3. Tehnica amigdalectomiei aplicată în Clinica O. R. L. din Cluj este de o simplitate operatorie redusă până la ultima expresie. Metoda permite o ablație totală a amigdalelor și menajează în acelaș timp la maximum posibil regiunea antomică faringo-amigdaliană. Vindecarea post-

operatorie este mai rapidă, iar pericolul hemoragiilor în cursul intervenției și după intervenție nu este iminent. Toată intervenția durează maximum 6--10 minute.

4. Technica noastră este deci fără pericole. Pericolul de care se tem cei mai mulți operatori este hemoragia. Prin tehnica utilizată de Clinica O. R. L. din Cluj în decursul celor 5 ani din 8446 cazuri numai în 10—15 cazuri a fost nevoie de sutura pilierilor, fără alte urmări grave pentru bolnavi. Aceasta constituie calitatea superioară a tehnicii noastre.

Dintre procedeele întrebuițate în trecut, sau chiar și azi în alte Clinici, amintim următoarele :

1. Excizia cu bisturiul sau cu foarfeca, utilizată mai de mult, dă hemoragii post-operatorii.

2. Ablajia cu amigdalotomul lui Fahrenstock modificat de Matheux, procedeu utilizat la copii, azi fiind scos din uz.

3. Imbucătățirea amigdalei, procedeu aplicat la copii până la 6 ani, și la adulți cu amigdale friabile. Imbucătățirea se face cu pensa lui Ruoult, după o anestezie prin badijonare cu cocaină 10% sau anestezie locală.

4. Diatermo-coagularea, e un procedeu simplu și întrebuițat cu succes.

5. Procedul lui Slüder, se întrebuițează mai mult la copii pentru amigdale pediculate. Instrumentul întrebuițat are formă de ghilotină.

6. Procedul Portmann, e o combinație între metoda cu bisturiul — foarfeca și cea a ansei. Se aplică în amigdalele cu aderențe.

7. Metoda ansei: a) cu ansa galvanică, adaptată la o sursă electrică, Prin ansă se trece curentul în mod intermitent pe măsură ce se strânge ansa, amigdalectomia făcându-se în 8—10 secunde fără nici o hemoragie.

b) Cu ansa la rece. E procedeu utilizat de Clinica O. R. L. din Cluj în amigdalectomia totală.

*Pregătiri preoperatorii:* înainte de operație examinăm starea generală și locală a bolnavului. Psihoterapia preoperatorie are efect foarte bun și influențează reușita operației.

Determinăm timpul de sângerare și coagulare. Determinarea timpului de sângerare se face după procedul lui Düke, înțepăm lobul urechii și culegem pe sugativă picăturile ce cad la interval de  $\frac{1}{2}$  minut. În mod normal



sângerarea durează 3 minute. Coagulabilitatea se determină prin procedeul Hayem. Coagularea se întâmplă în mod normal în 10 minute. Când întârzie peste 15 minute, renunțăm momentan la operație până la corectarea tabloului sanguin la normal. Când bolnavul prezintă dantura stricată, e bine să o repare. Prescriem desinfectate nasale ca oleu gomenolat, 2—3%, și gargarisme cu apă oxigenată de două ori pe zi, timp de 1—2 zile, când i se dă și o cură cu  $Cl_2Ca$  sau alte preparate pentru facilitarea coagulabilității sângelui. E bine să facem spălături auriculare a conductului auditiv extern, căci de multe ori după operație dopurile de cerumen cari n'au fost îndepărtate pot să dea dureri auriculare, cari pretează la confuzie cu alte afecțiuni inflamatorii ale urechii. Fumătorii e bine să abandoneze tutunul 3 zile înaintea operației. Operația se face de preferință dimineța.

#### *Timpii operației.*

Anestezia, Bolnavul stă în poziție șezândă. Asepsia regiunii e imposibilă, operația făcându-se într-o cavitate naturală. Esențialul e să operăm la rece. Majoritatea autorilor întrebuintează anestezia locoregională numai dela vârstă de 13—15 ani în sus. Dl. Prof. Buzoianu recomandă anestezia prin infiltrație chiar dela vârsta de 6—7 ani, ea fiind foarte bine suportată. La copii între 4—6 ani nu se face anestezia, făcându-se amigdalectomia cu pensa lui Ruault fără durere. Dacă copii sunt neliniștiți facem anestezia generală redusă la minimum.

Anestezia prin infiltrație față de cea cu Kellen sau ether, are avantajul că e mai puțin periculoasă de mai lungă durată, și menține reflexele expulsive cari apără intrarea arborelui tracheo-bronșic. Anestezia o facem cu o siringă de 5 cm<sup>3</sup> cu ac lung înșurubat bine, conținând soluție nevocaină 0,75% colorată albastru la care se adaugă clorhidrat de adrenalină (15 picături la 10 cm<sup>3</sup> novocaină).

În caz când reflexele faringiene sunt exagerate, badijonăm sau pulverizăm cu cocaină 5% faringele.

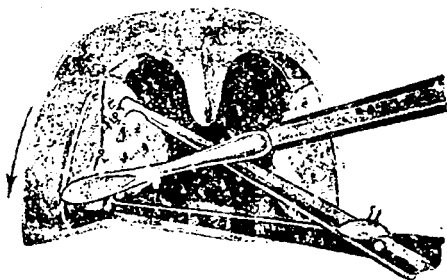
Infiltrarea regiunii după dl. Prof. Buzoianu se face în felul următor: infiltrăm întâi partea superioară a stâlpilor posteriori, apoi a celor anteriori. Apoi infiltrăm partea inferioară a stâlpului anterior la unirea tremii mijlocii cu treimea inferioară a amigdalei, și la 1 cm. în profunzime spre hil. Producem astfel anestezia plexului peritonsilar din ramura amigaliană a glosio-faringianului. În anestezia re-

gională blocăm nervii palatin posterior și glosio-faringianul, cari inervează regiunea amigdaliană și periamigdaliană. Cantitatea maximă de anestezic pentru infiltrarea fiecărei amigdale este de 5—10 cmc. din soluția 075% novocaină, atât pentru adulți, cât și pentru copii.

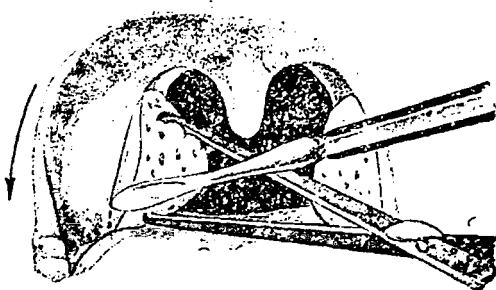
*Accidentele anesteziei locale* cari pot să survină, sunt următoarele: Injectarea din greșeală a unei alte soluți (cocaină) în locul anestezicului obișnuit. Ruperea acului. Infecția adusă dinafară la locul injecției. Accidente epileptiforme din cauza intrării anestezicului în circulația generală. Paralizii, faciale trecătoare. Dintre toate accidentele mortale cari se produe în O. R. L. 90% survin în cursul amigdalectomiei (Klatz). Deaceea cocaina să nu trecă doza de 1 gr. soluția 5% la badijonare, și novocaina 1 gr. pentru injecție.

*Timpul I.* Prinderea amigdalei și tracțiunea ei spre linia mediană. După infiltrarea amigdalei, cu o spatulă ținută în mână stânga se apasă limba, iar cu mâna cealaltă introducem pensa deschisă în gură, astfel ca între ramurile ei să prindem corpul amigdalian pe care o tracționăm ca să iasă din loja sa.

*Timpul II.* Incizia pilierului anterior cu decolatorului (nu cu bisturiul!) aplicat în partea superioară a pilierului anterior la 3—4—5 mm. de marginea, lui internă liberă, și coborînd în jos paralel cu marginea, executăm o incizie a stălpului fără să atingem corpul amigdalian. Incizia secționează plica semilunară, triunghiulară, sau alte aderențe.

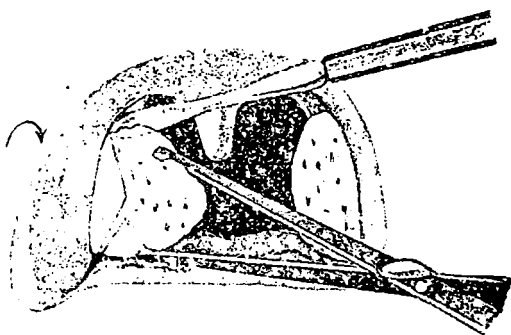


Amigdalectomia totală extracapsulară. Incizia mucoasei pilierului anterior cu decolatorul, lângă marginea sa liberă. (După : Revista Științelor O. R. L. Cluj. Apr. 1939).

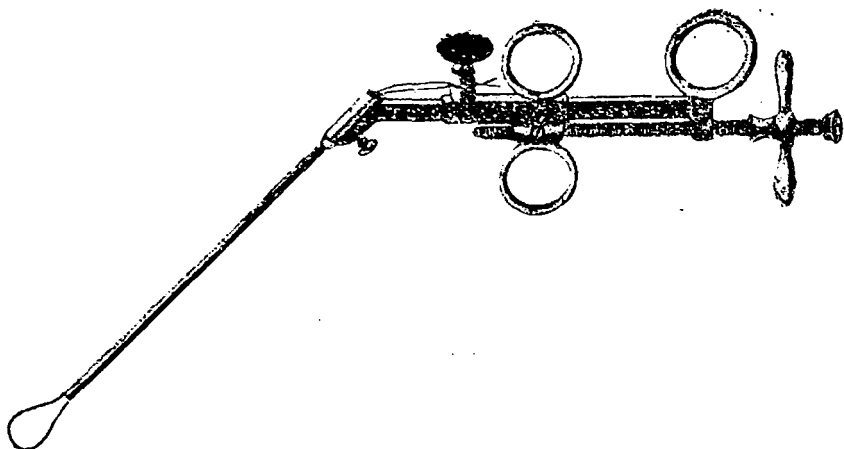


Amigdalectomia totală extra-capsulară. Decolatorul începe decolarea amigdalei.  
(După Revista Științelor O. R. L. Cluj  
Apr. 1939).

*Timpul III.* Degajarea\* polului superior se face prelungind incizia în sus și înapoi, în formă de arc ce înconjoară polul superior sectionând plica semilunară și eventualele aderențe, apoi coborînd incizia între amigdală și stâlpul posterior înapoi, dar nu pînă în jos, ci numai în treimea superioară. Astfel polul superior fiind degajat, putem ușor angaja ansa. Nu este nevoie să decolăm suprafața capsulei amigdaline în întregime, căci amigdala proeminentă se poate infunda în cavitatea buco-faringiană. Căutând să decolăm prea mult, provocăm hemoragie.

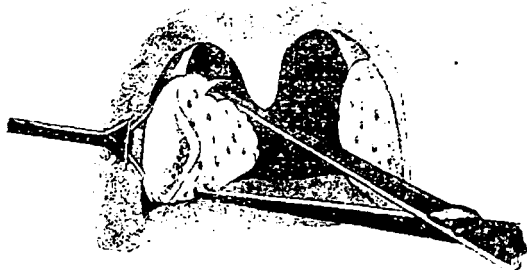


Amigdalectomia totală extra-capsulară. Decolarea polului superior al amigdalei.  
(După Revista Științelor O. R. L. Cluj  
Apr. 1939).



Ansa pentru amigdalectomie.  
(După Revista Științelor O. R. Cluj. Apr. 1939).

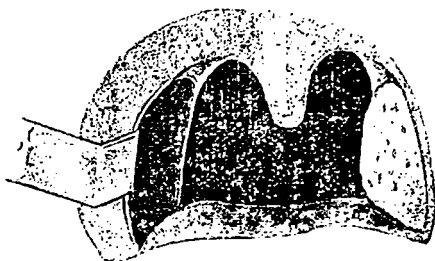
*Timpul IV.* Introducerea ansei și secționarea hilului. Firul ansei Vacher se trece peste mânerul pensei mușcătoare, apoi peste corpul pensei, până la polul amigdalei, ce se angajează în ansă. Ansa are rolul nu numai de a secționa, ci și de a continua decolarea începută. Prin tracțiunea amigdalei și strângerea ansei, prin strângerea șurubului dela mânerul ansei, vom secționa hilul și vom scoate amigdala cu ansa și pensa împreună.



Amigdalectomia totală extra-capsulară. Ansa metalică introdusă pentru amigdalectomie.  
(După Revista Științelor O. R. L. Cluj.  
Aprilie 1939).

*Timpul V.* Verificarea lojei amigdalienne. Ea trebuie să ne apară întreagă, profundă, peretele acoperit de apo-

nevroză, e neted cu vine vizibile dealungul stâlpului posterior. In caz de mici hemoragii tamponăm. Nu presionăm niciodată cu pensa Kocher, căci e inutil și periculos. Când rămân resturi din amigdală, prindem din nou cu pensa mușcătoare, introducem din nou ansa, dar fără decolare prealabilă care poate fi în acest caz foarte periculoasă (hemoragie).



Amigdalectomie totală extracapsulară.  
Verificarea lojei după amigdalectomie.  
(Rev. O. R. L. Cluj.)

*Dificultățile care pot fi întâlnite în timpul  
operației.*

Friabilitatea amigdalelor (inflamații cronice).  
Aderențele polului superior (în colecții repetate).  
Hemoragii în timpul operației.  
Ruperea ansei.

Secționarea luetei ca accident la începători, n'au urmări serioase.

*Ingrijiri postoperatorii.* Repaus la pat, controlarea eventualelor hemoragii. Controlarea pulsului. Bolnavul n'are voie să vorbească sau să se agite.

In amigdalectomia totală durerea este vie, bolnavul are senzația unei angine cu dureri la deglutiție mai multe zile. Pentru calmarea durerii unii autori injectează intravenos atophanil, I-a injecție la 4 ore după operație, apoi zilnic câte o injecție 4—5 zile. Pentru prevenirea infecției instilații nasale cu oleu gomenolat, și gargarisme cu apă oxigenată. Alimentația cu alimente ușor de înghițit începe a 3-a zi. Plaga evoluiază astfel: Edemul stâlpilor și a luetei e constant, O falsă membrană tapetând loja amigdaliană, constituie primul stadiu de reparație cicatricială,

apoi membrană hilară cade cea din urmă cam în a 7-a zi. Cicatrizarea integrală se termină cam la 15 zile. Bolnavul poate părăsi Clinica a 3-a zi, iar camera după 10—12 zile

*Complicații post-operatorii* pot fi:

a) Locale; Cea mai frecventă e hemoragia, datorită vascularizației bogate a lojei amigdalienne, pe lângă vasele normale, cari pot fi lezate, putem întâlni anomalii vasculare ca dezvoltarea faringienei ascendente, apropierea carotidei interne, sau persistența curburii embrionare a arterei care îmbrățișează amigdala.

În timp hemoragiile survenite în cursul unei amigdelatomii pot fi de trei feluri:

1. Hemoragia în timpul operației, poate fi ușoară sau gravă după vasul interesat.

2. Hemoragie postoperatorie precoce, este cea mai frecventă și gravă, dintre toate hemoragiile postoperatorii. Survine la 1—6 ceasuri după intervenție.

3. Hemoragia postoperatorie tardivă la căderea es-carei dela 4—8 zile. E o hemoragie capilară benignă.

Combaterea hemoragiei va fi locală și generală.

Alte complicații locale sunt: cicatricea vicioasă, care poate da turburări în emisiune, și obstrucția trompei lui Eustache,

b) *De vecinătate* ;

Abcese latero-faringiene cu reacție ganglionară cervicală datorite mai mult anesteziei locale, mai ales când acul se trece prin corpul amigdalian infectat.

Faringita uscată datorită traumatismului operator, întins,

Otita supurată e o complicație frecventă. Complicații mai rare sunt: abcesul pulmonar, mai des în cazuri operate sub anestezie generală, și tromboflebita sinului cavernos.

c) *Generale* ;

Hipertermia de 1—2° și care se menține 2—3 zile, obișnuită datorită toxemiei.

Septicemia când bolnavul prezintă la 2—3 zile după operație 39° care persistă o săptămână, cu temperatură oscilantă, cu turburări cardiace și articulare.

*Rezultatele tardive* prin tehnica amigdalectomiei la Clinica din Cluj sunt din cele mai bune. Nu s'au întâlnit

în nici un caz faringite atrofile post-amigdalectomice. Amigdalectomia totală e urmată de dispariția turburărilor pe care le produce inflamația cronică amigdaliană (stări nefritice și reumatismale), Turburările cari s'au atribuit ablației amigdalelor nu depind propriu zis de absența amigdalelor și sunt datorite unei tehnici defectuoase care produce cicatrici vicioase, imobilizând o parte din vâl. Cicatricile pot produce iritarea fibrelor sensitive, din teritoriul respectiv, dând parestezii și nevralgii faringiene.

Iată deci importanța unei tehnici desăvârșite.

## DISCUȚIUNI ASUPRA CELOR DOUA METODE

Dela Chassignac încoace (1859), cercurile medicale de specialitate au fost preocupate de problema amigdalectomiei, la cald sau la rece?

S'au publicat multe rapoarte și lucrări mai ales în ultimul deceniu, și partizanii amigdalectomiei la cald, adică acei cari au practicat-o și s'au convins de utilitatea ei în anumite cazuri, au căutat să argumenteze împotriva concepției clasice a marelui majorității a autorilor, cari practicau și practică și azi amigdalectomia la rece.

Astfel Basavilbasso în 1929 a făcut rapoartele cele mai complete, executând amigdalectomia la cald în plină inflamație periamigdaliană.

După cum am arătat într'un capitol precedent al prezentei lucrări, și o mare parte din autorii școalei vieneze mai ales după 1933 au început să devină radicali în punerea indicației amigdalectomiei la cald. S'a publicat de cătră vienzi în 1937, 78 de cazuri de amigdalectomii executate în clinică la cald. Din aceste 78 cazuri operate, în 58 starea patologică era localizată pe amigdale sau în jurul lor, iar în 20 cazuri a fost vorba de o septicemie amigdaliană generalizată. Aceste 58 cazuri din primul grup, după cum afirmă autorii, s'au vindecat absolut toate. Mersul post operator a fost următorul: în cazul abceselor periamigdaliene temperatura a cedat în marea majoritate a cazurilor în ziua următoare operației. În flegmoanele periamigdaliene în 9 cazuri febra s'a menținut timp mai îndelungat. În hemoragiile cauzate de incizii, scurgerea de sânge s'a oprit imediat după intervenția operatorie. Dintre bolnavii din grupa a 2 a, cu septicemia amigdaliană, rezultatele date sunt cu totul deosebite. La aceștia cu toate că

odată cu amigdalectomia s'a procedat și la ligaturarea jugularăi, numai 8 s'au vindecat, în timp ce 12 au decedat.

Mai avem publicate rezultatele profesorului Otto Mayer din Viena, care indică și practică în anumite cazuri amigdalectomia la cald.

Un adept al amigdalectomiei la cald mai e printre alții și Prof. Canuyt (Strassbourg), care practica această metodă. Dar văzând că metoda nu e lipsită de riscuri, a căutat s'o modifice, recomandând amigdalectomia la cald întârziată (amigdalectomie a tiede), operație indicată mai ales în cazurile de abcese închistate în aderențele capsulo-faringiene ce nu pot fi drenate prin simplă incizie.

Partizanii amigdalectomiei la cald susțin că ambele metode la cald, și la cald întârziată, sunt în avantajul metodei la rece, prin faptul că intervenția este mult simplificată, și mai puțin dureroasă neavând de a face cu aderențe capsulo-parietale, cari se formează fatalmente. Pe de altă parte bolnavii se lasă mai ușor convinși de necesitatea unei intervențiuni radicale în decursul tratamentului, decât mai târziu, când ei se cred complect vindecați. Deasemenea în ceea ce privește complicațiile post-operatorii, statisticile nu-ne arată nici un avantaj al metodei la rece față de celelalte, spun partizanii amigdalectomiei la cald. Noi nu suntem de aceeași părere, după cum vom arăta mai jos.

Știm că metodele de tratament a flegmoanelor periamigdaliene sunt doar paleative, dau o vindecare temporară a bolnavului, căci dacă nu se îndepărtează amigdala bolnavă, va face abcese deiarândul. Din cauza aderențelor cari se formează în locul fiecărui abces, amigdalectomia devine cu timpul tot mai dificilă, deaceia a bine să facem profilaxia recidivelor, prin îndepărtarea focarului amigdalian, adică prin amigdalectomie. Clasic operația se execută la intervale de cel puțin 3--4 săptămâni după stingerea inflamației. Partizanii amigdalectomiei la cald propun să se scoată amigdala în acelaș timp cu incizia flegmonului periamigdalian, adică să se facă o amigdalectomie la cald (Basavilbasso, Leroux, Canuyt, și alții). Ei propun enuclearea amigdalei în plină supurație ca mijloc de tratament.

Oportunitatea acestei intervențiuni este mult discutată. Partizanii amigdalectomiei la cald susțin că amigdala și aderențele capsulo-parietale formează obstacol pentru drenajul colecțiunei, în cazul flegmoanelor periamigdaliene, Ori ridicând amigdala, deschidem larg loja amigdaliană și suprimăm astfel cauza principală a infecției, Ei spun că



teama de posibilitatea unei difuzări a infecției ori de hemoragie postoperatorie sunt prea excesive. După Worms și La Mée, în cazuri de accidente infecțioase amenințătoare, septicemii, endocardite, nefrite, etc. extirparea amigdalei în plină inflamație ne oferă mai puține riscuri decât persistența focarului amigdalian. Tot ei afirmă că în hemoragiile survenite în urma deschiderii unui abces, hemostaza nu poate fi realizată fără îndepărtarea amigdalei,

Din șirul argumentelor partizanilor amigdalectomiei la cald, mai desprindem următoarele: prin amigdalectomia la cald, afirmă ei, rezolvim cazul dat, prin înlăturarea focarului de unde procesul poate mereu recidiva, și în acelaș timp se scurtează și timpul de vindecare. Technica operatorie la cald ar fi ușurată prin aceea că supurația detașează amigdala pe când la rece la un bolnav cu un trecut amigdalian aderențele formate suprimă mai mult sau mai puțin spațiul decolabil.

Partizanii amigdalectomiei la cald susțin că, teama de infecție de vecinătate sau generală nu trebuie să fie mare. Ei spun că în operația la rece rămâne deschisă în cavitatea bucală mai mult sau mai puțin septică o suprafață sângerândă traumatizată, pe care se formează false membrane însoțite de tumefacția edematoasă a lutei, reacții de adenoidită sub angulo-maxilară, disfație, etc. Escarele cad abia în ziua 5-a, 6-a, sau dacă decolarea se face incomplet se pot produce hemoragii importante. În amigdalectomia la cald apărarea peretelui muscular al faringelui se face pe măsura desvoltării colecțiunii. Colecția își organizează o barieră de apărare, astfel că ablația glandei departe de a-i dăuna îi vine în ajutor. De aceea după Leroux urmările post-operatorii sunt mai puțin penibile, durerea intensă a abcesului cedează mult mai repede, în cazul amigdalectomiei la cald.

Opunând acestor argumente obiectiv înșirate, părerea contrară a majorității autorilor putem afirma următoarele:

Este clasic de a propune bolnavului intervenția numai după ce faza acută a inflamației și a supurației a trecut. Această conduită e dictată de considerațiuni pline de înțelepciune medicală. Intervenția la cald trebuie considerată ca o practică prin excelență periculoasă și discutabilă. Este contrară celor mai elementare legi ale chirurgiei, și în caz de accident, intervențiunea la cald e susceptibilă de revindicațiuni justificate din partea bolnavului.

Clasic amigdalectomia la cald se admite numai în cazurile de flegmoane cervicale cu punct de plecare din

loja amigdalană și cari pătrund în spațiul retrostilian, expunând vasele mari la pericolul ulcerării. Amigdalectomia la cald susținută de autorii mai sus citați, e combătută de cei mai mulți, cari cred că nu e lipsită de riscuri, ci chiar din contră poate produce hemoragii și infecții locale ori generale, tocmai pentru că prin operația la cald rupem bariera de apărare pe care organismul însăși o opune infecțiunii.

Chiar cu toată perfecțiunea ajunsă de Canuyt și alții, metoda operației la cald e riscantă, pentru că :

1. Anestezia locală fiind insuficientă, de cele mai multe ori, în plin țesut inflamator, trebuie făcută anestezia generală, care poate expune la complicații pulmonare grave.

2. Prin decolarea amigdalei pot fi lezate venele cari tapetează vertical peretii lojei amigdalice, deschizând o poartă sigură pentru streptococi, astfel că operația îi poate difuza în organism.

După cum arată dl. Prof. Buzoianu, într'o lucrare asupra tratamentului flegmoanelor periamigdaliene, metoda clasică de profilaxie a flegmoanelor periamigdaliene, este amigdalectomia tardivă la rece. Nu trebuie să ne grăbim în îndepărtarea amigdalelor odată ce colecțiunea a fost deschisă.

Experiența bogată a clinicei O. R. L. din Cluj, unde în ultimii cinci ani de când conducerea clinicei a fost preluată de dl. Prof. Buzoianu, s'au executat 8446 operații pe amigdale, nu arată necesitatea intervenției la cald, ci dimpotrivă toate operațiile s'au executat la rece, prin tehnica perfectă proprie Clinicei din Cluj, și rezultatele au fost din cele mai mulțumitoare. Aceste rezultate se pot explica prin aceea că :

1. Clinica din Cluj pentru incizia flegmoanelor are locul de elecție foseta supramigdaliană dar dacă nu găsește acolo colecția, face o altă incizie, adică se așteaptă la cazul dat.

2. În Clinica O. R. L. din Cluj nu se așteaptă ca abcesul să evolueze, ci se fac incizii în stare prematură, ajungând astfel la căi preformate, care ușurează drenarea viitoarei colecții, în formare.

3. La orice bolnav febril pe lângă tratamentul operator se face o chimio-terapie anti-infecțioasă, ajungându-se la scăderea virulenței infecției.

Acestor fapte se datorește că în Clinica O. R. L. din Cluj în ultimii 6 ani n'am avut nici un caz unde să nu putem soluționa, așteptând, conservativ.

Rezultatele contrare ale altor clinici, și a partizanilor amigdalectomiei la cald, noi le explicăm prin aceea că: ei în cazuri similare, sau nu utilizează cele ce ne oferă chimio-terapia anti-infectioasă, sau legându-se de incizii în locuri fixe (proprii clinicei lor) febra uneori nu scade, iar chirurgia fiind intervenționist, intervine.

Clinica noastră din Cluj își menține concepția intervenției la rece și numai la rece, absolut în toate indicațiile date, împlinit periamigdalită și septicemia amigdaliană negangrenoasă, mai ales după introducerea terapiei sulfamidate.

### STATISTICĂ CLINICĂ

Vom reda mai jos statistica clinică a amigdalectomiilor totale extracapsulare, executate în clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj în ultimii cinci ani.

Anul	Nr. amigd. după sex		Total	No. operaț. sau a amig. extirpate
	Bărbați	Femei		
1935	256	256	512	1024
1936	267	307	574	1148
1937	535	623	1158	2316
1938	422	537	959	1918
1939	522	498	1020	2040
Total	2002	2221	4223	8446

Din aceste date Statistice reese, numărul relativ mare al amigdalectomiilor totale executate în ultimii ani în Clinica O. R. L. din Cluj. Cele 8446 intervenții au fost executate toate la rece, prin tehnica clinicei, descrisă mai sus.

Aceste date statistice fac dovada eclatantă a importanței amigdalectomiei, și a unei tehnici desăvârșite.

Iar diagnosticul după afecțiunile cari au indicat amigdalectomia, repartizat pe ani de vârstă și sex o redăm după Statistica publicată în Revista Științelor Oto-Rino-Laringologice (Aprilie 1939).

Nr. curent	DIAGNOSTIC	Anul 1935						Anul 1936						Anul 1937						Anul 1938										
		Vârsta :						Total după sex	Vârsta :						Total după sex	Vârsta :						Total după sex								
		1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60		1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60		1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60		1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60		
		B. F.		B. F.		B. F.			B. F.		B. F.		B. F.			B. F.		B. F.		B. F.			B. F.		B. F.		B. F.			
1	Amigd. cr. cript. bilat.	-	10	18	8	1	17	20	-	21	41	23	3	35	43	1	51	107	40	11	2	91	121	3	46	118	36	10	80	133
2	" " cu veg.	2	6	4	1	1	9	5	10	42	9	1	33	28	27	96	2	2	59	87	27	91	28	1	68	79				
3	" " reumat.	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1	1	1	2	4	3	5	11	10	8	-	12	25	-	2	17	10	3	18	15
4	" " nefrite	-	1	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	1	4	1	4	8	7	-	-	13	7	-	-	-	-	-	-	-
5	" " laring. far.	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	1	-	1	1	-	-	-	2	-	-	2	3	5	1	8	4
6	" " otite veg.	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2	-	2	4	-	1	-	-	6	1	1	-	-	-	-	1	-
7	" " periamigd fibr. flegm.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1	-	-	-	-	-	-	-
8	" " cozi de corn	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	1	1	4	10	1	-	-	8	8	5	6	9	2	1	6	17
9	" " hipetr. bilat.	8	45	39	8	1	58	45	4	50	61	16	3	3	174	-	6	6	-	-	-	6	6	-	-	1	1	1	3	-
10	" " vegetații ad.	148	160	26	6	-	168	181	113	146	15	-	-	60	174	9	77	100	12	4	2	106	98	7	35	61	13	1	56	61
11	" " reumatism cr.	-	1	2	-	1	2	2	-	2	2	-	-	12	53	176	255	46	-	-	-	220	257	151	208	33	3	1	172	224
12	" " otite	1	2	-	-	-	1	2	1	2	-	-	-	3	1	-	-	-	-	1	-	2	-	-	1	-	-	-	1	-
13	" " cozi de corn	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14	" " coree veg. ad.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	" " scleroase	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	-	-	3	1	1	5	5	-	1	-	3	1	-	4	3	2	1	1	4
<b>Total</b>		<b>159</b>	<b>234</b>	<b>90</b>	<b>23</b>	<b>4</b>	<b>256</b>	<b>256</b>	<b>129</b>	<b>270</b>	<b>136</b>	<b>43</b>	<b>6</b>	<b>267</b>	<b>307</b>	<b>229</b>	<b>511</b>	<b>316</b>	<b>73</b>	<b>25</b>	<b>4</b>	<b>535</b>	<b>623</b>	<b>191</b>	<b>393</b>	<b>272</b>	<b>80</b>	<b>19</b>	<b>422</b>	<b>537</b>
		<b>512</b>						<b>574</b>						<b>1158</b>						<b>958</b>										

(După Revista Științelor Oto-Rino-Laringologice 1 Aprilie 1939)

## CONCLUZII.

1. Amigdalectomia la cald trebuie considerată ca o practică periculoasă.
2. Amigdalectomia la cald nu este lipsită de riscuri, ea poate produce hemoragii și infecții locale ori generale.
3. Amigdalectomia la rece este conduita bună. Ea ne oferă mai puține riscuri, nu expune la hemoragii și la infecții locale ori generale.
4. Amigdalectomia executându-se din cele mai vechi timpuri, procedeele operatorii sunt multiple. Dintre aceste procedee metoda disecției pilierilor și ablația extracapsulară cu ansă la rece este cea mai indicată.
5. Amigdalectomia la rece, executată în Clinica Oto-Rino-Laringologică din CLUJ în 8.446 intervenții, la 4223 bolnavi, în decurs de 5 ani, prin tehnica Cliniceii din Cluj, a dat rezultatele cele mai mulțumitoare.
6. Procedeele Cliniceii executat în bune condițiuni este simplu, rapid, și fără complicații operatorii grave.

Cluj, la 18 Ianuarie 1940.

Văzută și bună de imprimat :

Decanul Facultății :

Președintele tezei:

**ss. Prof. Dr. I. Drăgoiu**

**ss. Prof. Dr. G. Buzoianu**



## B I B L I O G R A F I A

- G. BUZOIANU : Problema tratamentului operator în flegmoanele periamigdaliene. Clujul Medical Nr. 7, 1934.
- G. BUZOIANU : „La Technique de l'amygdalectomie totale extracapsulaire a la clinique Oto Rino Laringologique de Cluj. (Revista Științelor Oto-Rino-Laringologice Cluj, 1 Aprilie 1939.)
- G. BUZOIANU : Septicémie Amygdalienne Guérie par transfusions répétées et sulfamide 1162 F. (Revista Științelor Oto-Rino-Laringologice Cluj, Nr. 4, 1 Oct. 1939)
- G. CANUYT : Maladie de pharinx. Tratat 1936. Masson Paris un volum.
- G. CANUYT : Les phlegmons periamigdales. Etude expérimentale. Annales O. R. L. 1931. No. 6.
- G. CANUYT : Les phlegmons de la loge amygdalienne. Annales No. 6, 1931.
- G. CANUYT : Les phlegmons de loge amygdalienne et l'amygdalectomie a chaud. Annales. No. 8, 1932.
- G. CANUYT ; Traitement chirurgicale des phlegmons de la loge amygdalienne. L'amygdalectomie à tiède. La presse medicale 13 Mai 1933.
- ȘT. GĂRBEA : Technica amygdalectomiei în rece în clinica O. R. L. din Cluj. Clujul Medical Nr. 2, 1937.
- AD. HEINDL : Considerațiuni referitoare la abcesul periamigdalian. Monatschrift ohrenheil Nr. 5, 1937, pag. 412.
- HAMONDA ABD EL GHAMY : L'amygdalectomie totale. Teză Montpellier, 1932.
- SALAMON ERNEST : Contribuțiuni clinice asupra flegmoanelor periamigdalienne. Teză Cluj, 1935.
- TESTUT L. : Anatomie descriptivă.
- TODORAN MARIA : Amigdalitele cronice și stările reumatismale. Teză 1936, Cluj.
- TULBURE AUREL : Considerațiuni asupra tratamentului flegmoanelor periamigdalienne și amygdalectomiei la cald. Teză, București, 1935.
- Dr. WEINSTEIN IULIU și BARANY A. : Tratatamentul abceselor periamigdalienne aplicat în clinica noastră. Clujul Medical Nr. 7, 1934.