

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.“ DIN CLUJ.
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Nr.....

ADENECTOMIA MAXIMĂ IN CLINICA O. R. L. DIN CLUJ

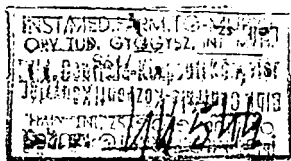


DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE1940.

DE

BASIL MATEI TÂRNĂVEANU



24 MAY 2005

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.“ DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Profesor Dr. I. DRĂGOIU

PROFESORI:

Anatomie umană	— — — — —	Prof. Dr.	Papilian V.
Chimie generală medicală	— — — — —	” ”	Secăreanu Șt.
Chimie biologică	— — — — —	” ”	Manta I.
Istologia și embriologia	— — — — —	” ”	Drăgoiu I.
Fiziologie și fizică medicală	— — — — —	” ”	Benetato Gr.
Anatomie patologică	— — — — —	” ”	Vasiliiu T.
Bacteriologie	— — — — —	” ”	Baroni V.
Patologie generală și experimentală	— — — — —	” ”	Botez M. A.
Igienă și medicină preventivă	— — — — —	” ”	Moldovan I.
Clinica medicală I.	— — — — —	” ”	Hațiganu I.
Clinica medicală II. (semiologie)	— — — — —	” ”	Goia I.
Clinica chirurgicală (semiologie)	— — — — —	” ”	Pop A.
Clinica chirurgicală și boalele căilor urinare	— — — — —	” ”	Țeposu E.
Clinica obstetricală și ginecologică	— — — — —	” ”	Grigoriu C.
Clinica dermatologică și sifilografică	— — — — —	” ”	Tătaru C.
Clinica infantilă și puericultură	— — — — —	” ”	Popoviciu Gh
Clinica neurologică	— — — — —	” ”	Minea I.
Clinica psihiatrică	— — — — —	” ”	Urechia C.
Clinica oftalmologică	— — — — —	” ”	Michail D.
Clinica balneologică și dietetică	— — — — —	” ”	Sturza M.
Clinica oto-rino-laringologică	— — — — —	” ”	Buzoianu Gh
Clinica stomatologică	— — — — —	” ”	Aleman I.
Medicina legală	— — — — —	” ”	Kernbach M.
Radiologie	— — — — —	” ”	Negru D.
Istoria medicinei	— — — — —	” ”	Bologa V.
Farmacologia	— — — — —	Supl. ”	Baroni V.
Igienă și medicină preventivă (conferință)	— — — — —	Agr. ”	Zolog M.
Clinica boalelor contagioase	— — — — —	Conf. ”	Gavrilă I.

JURIUL DE PROMOTIE:

Președinte:	DI. Prof. Dr.	Buzoianu Gh.
MEMBRII:	{	” ” ” Popoviciu Gh.
		” ” ” Sturza M.
		” ” ” Aleman I.
		” ” ” Bologa V.
Supleant:	” Conf.	” Gavrilă I.

INTRODUCERE

Problema vegetațiilor adenoide este una dintre cele mai importante din patologia faringelui. Fiind situate într-o cavitate septică, în comunicație directă pe deoparte cu mediul exterior prin fosele nasale, pe de altă parte cu aparatul ocular, aparatul auditiv, aparatul respirator și cel digestiv, ele constituie un focar de infecție continuă pentru organism.

Având în vedere bogata și nefasta simptomatologie a vegetațiilor adenoide, care se extinde în toate ramurile științei medicale și în jurul căreia se învâрте întreaga patologie infantilă și luând în considerare eficacitatea tratamentului aplicat la timp și care constă în îndepărtarea vegetațiilor din interiorul rino-faringelui, este dela sine de înțeles că străduința generației actuale de medici pentru ridicarea nivelului sanitar al populației țării noastre trebuie să se îndrepte în mare măsură și în această direcție.

Clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj de sub conducerea domnului Profesor Dr. G. Buzoianu își asumă cu o motivată mândrie onoarea de a fi o școală medicală de specialitate care luptă cu asiduitate și împotriva adenoidismului din țara noastră, atât pe teren practic cât și teoretic. Adenoidismul formează una dintre preocupările principale ale acestei clinici, fiind studiat din toate punctele de vedere și urmărindu-se combaterea lui pe toate terenurile.



DEFINIȚII ȘI PRINCIPII OPERATORII.

I. *Definiții.* În literatură întâlnim termenii de adenotomie și adenectomie. Adenotomia este acea intervenție chirurgicală care constă în îndepărtarea parțială a vegetațiilor adenoide din rino-faringe.

Adenectomia este procedeul operator, prin care se practică ablația totală a vegetațiilor adenoide.

Noi utilizăm termenul de adenectomie maximă, termen pe care nu l-am întâlnit până acuma în literatură și care a fost introdus pentru prima oară de profesorul Buzoianu în clinica O. R. L. din Cluj. Prin adenectomie maximă în analogie cu etmoidectomia maximă și antrocelulotomia maximă, înțelegem ablația aproape totală dar nu totală a țesutului adenoidian, aceasta din urmă fiind imposibilă. Noi căutăm să facem o adenectomie maximă, adică să îndepărtăm cât mai mult țesut adenoidian din interiorul cavumului, dar respectăm în acelaș timp integritatea amigdalelor lui Gerlach din jurul trompelor lui Eustache, ablația lor putând duce la stenoizarea acestor conducte, deci la complicațiuni post-operatorii auriculare. Ori, intervenția este efectuată tocmai pentru prevenirea complicațiunilor pe care le poate produce prezența vegetațiilor adenoide din rino-faringe.

II. *Principii operatorii.* Se introduce chiureta prin cavitatea bucală în interiorul cavumului, înapoia vălului palatului și a coanelor nasale, astfel ca porțiunea sa anterioară — liberă — să vină în contact cu extremitatea superioară a septului nasal. Se descrie cu ajutorul chiuretei pe bolta faringiană o mișcare dinainte înapoi, în arc de cerc, dela marginea posterioară a vomerului până la peretele posterior al acestei cavități. Se extrag eventualele resturi de vegetații cari atârnă de mucoasă cu ajutorul unei pense.

INDICAȚIUNILE INTERVENȚIEI OPERATORII.

Ablația vegetațiilor adenoide are numeroase indicații, datorită polimorfismului complicațiilor dependente de existența lor. Simpla constatare a adenoiditei cronice, constituie o hotărâtă indicație operatorie.

Indicațiuni în raport cu vârsta.

Adenoidita cronică trebuie operată totdeauna când există, fără a ține seama de așa zisele limite de vârstă, fixate de unii autori. În clinica O. R. L. din Cluj, după cum se va vedea din statisticele alăturate, s'a practicat adenectomia maximă cu succes în cele mai variate etape ale existenței.

I. Indicațiuni la copiii de sân. Adenectomia maximă se va practica totdeauna când se constată turburări de ordin mecanic, reflex sau infecțios și când starea buco-regională sau generală nu prezintă contra-indicațiuni speciale.

1. *Turburări mecanice.* Se va interveni în turburările respiratorii cari jenează somnul mai ales când această jenă produce turburări în alăptarea copilului.

2. *Turburări infecțioase.* Ori de câte ori se constată adenoidite cu repetiție, precum și inflamațiuni de vecinătate. Se va opera de asemenea în toate otitele latente permanentizate, cari nu cedează la un tratament fizio-medicamentos.

II. Indicațiuni în perioada copilăriei. La copii indicațiunile operatorii sunt mult mai numeroase.

1. *Turburări mecanice.* Se va practica intervenția operatorie, ori de câte ori se constată turburări respiratorii cu toate determinările consecutive ale acestora, adică în sindromul insuficienței respiratorii nasale și retro-nasale (Canuyt). De asemenea în turburările auriculare mecanice.

2. *Turburări infecțioase.*

a) *Inflamațiunile acute și cronice locale:* în adenoiditele acute cu repetiție, adenoidita cronică, adenoiditele difterice. La un purtător de bacili difterici, cel mai bun mijloc de a-l debarasa de aceștia, este adeno amigdalectomia.

b) *Inflamațiunile regionale:* faringite acute cu repetiție, rinite, laringite, otite catarale acute, otite medii supurate acute și cronice, otite latente, otoree tubară, mastoidite, adenite submaxilare sau cervicale.

c) *Infecțiuni generale:* inflamațiunile căilor aeriene inferioare ca: bronșite acute cu repetiție, bronho-pneumonii. Apoi în turburările dispeptice și infecțiunile gastro-intestinale, puseele de temperatură ale căror cauze nu se pot preciza. În inflamațiunile encefalice (în unele arahnoidite). *Rendu* citează un caz care prezenta de mai multe luni crize de somn de natură encefalogenă și la care ablația vegetațiunilor adenoide, practicăată pentru turburări auriculare, a făcut să dispară instantaneu, și definitiv accidente narcoleptice.

3. *Turburări reflexe:* tusea cvintoasă, laringita striduloasă, spasmele glotice nocturne. Vegetațiile adenoide pot constitui un spin iritativ dând astmul. Sunt astme infantile cari dispar imediat și complet după adenotomie. Vegetațiile adenoide sunt incriminate și în patogeneza enurezei nocturne.

III. Indicații în perioada adultului. În general, în perioada adultului există aceleași indicații operatorii. La adult determinările cele mai de seamă din partea hiperplaziei adenoide, sunt acelea de la nivelul aparatului auditiv. Vegetațiile adenoide în această perioadă fiind mai mici de volum și cronic infectate, nu produc atât turburări mecanice, cât complicații inflamatorii, rolul principal avându-l „gradul de infecție.” Astfel avem: complicații auriculare serioase, supurații rino-faringiene și toată seria complicațiilor infecțioase aero-digestive, renale, precum și stări sau puseuri febrile, ale căror cauze foarte adesea sunt ignorate.

CONTRAINDICĂȚIILE INTERVENȚIEI OPERATORII

I. Contra-indicații locale. În nici un caz și niciodată nu se va practica ablația vegetațiilor adenoide tuberculoase.

II. Contra-indicații regionale. Inflamațiile acute ale rino-faringelui și organelor anexe. Ablatia hipertrofiei țesutului adenoidian naso-faringian trebuie întârziată până „la rece“.

III. Contra-indicații generale. Diateze hemoragice, adică toate turburările hematologice; hemofilie, hemogenie, afecțiuni hepatice, anemie. Se va întârzi până la corectarea tabloului sanghin la normal. Infecțiunile generale acute febrile.

EXAMENUL BOLNAVULUI ÎNAINTE DE OPERAȚIE

Pentru a pune bolnavul în condiții optime de operabilitate, și pentru a evita complicațiile post-operatorii, operatorul trebuie să facă o anchetă completă.

1. Interogatoriul.

a) *Antecedente hereditare și colaterale.* Existența în familie a unor persoane predispuse la hemoragii ne va pune în gardă față de diatezele hemoragice: hemofilia și hemogenia.

b) *Antecedente personale.* Ne vom interesa dacă bolnavul sângerează ușor după o tăietură, extracție dentară, dacă a sângerat în cursul unei operațiuni anterioare sau a prezentat hemoragii spontane. La femei ne interesează de asemenea să știm dacă menstruația nu a prezentat o abundență anormală.

Afară de aceste turburări sanghine sau eventuale discrazii de origine viscerală, vom căuta să vedem dacă se găsește vre'o maladie febrilă cu caracter acut pentru a nu opera »la cald«.

2. *Examenul general.* Examenul medical trebuie să privească mai ales procesele patologice sanghine și inflamatorii.

I. Examenul sangvin. Are scopul de a căuta afecțiunile hemoragipare, majoritatea hemoragiilor survenind în cazuri cu turburări de coagulabilitate sangvină: hemofilie, hemogenie sau discrazii de origine viscerală. Pentru depistarea lor, ne servim de: timpul de sângerare, timpul de coagulare, coagulul sangvin plăcuțele sangvine, semnul lui Weil, semnul lui Roskam și semnul lui Koch.

II. Examenul infecțios. Bolnavul înainte de operație trebuie supus unui examen clinic general, pentru a diagnostica unele boli, cari ar putea să compromită rezultatele post-operatorii, cum este mai ales cazul tuberculozei. În rezumat, vom căuta să prevenim două mari pericole, cari amenință bolnavul după operație; hemoragia și infecția.

Bolnavul trebuie să fie ospitalizat încă înainte de operație cu câteva zile, în care timp se va face examenul medical general și examenul hematologic. În cazul când bolnavul este febril, se va temporiza intervenția operatorie până la rece. Deasemenea se vor corecta turburările sangvine.

PREGĂTIREA PRE-OPERATORIE

Pregătirea pre-operatorie constă în prevenirea — pe cât posibilă — a complicațiilor cari pot surveni după adenotomie: infecția și hemoragia.

I. Prevenirea infecției. Se caută ca operația să fie efectuată într'un mediu quasi-antiseptizat, la care ajungem printr'o riguroasă desinfecție rino-faringiană, constând din instilațiuni nasale cu un antiseptic într'o concentrație potrivită vârstei bolnavului, și din gargarisme cu o soluție de apă oxigenată 3% executate mai ales după alimentație. Această desinfecție trebuie urmată de pacient aproximativ o săptămână înaintea intervenției.

II. Prevenirea hemoragiei. Acest tratament preventiv se bazează pe următorii factori; 1. Bolnavul trebuie operat totdeauna la rece și niciodată în timpul perioadelor inflamatorii acute rino-faringiene; 2. Să se evite executarea intervenției în timpul menstruației sau în primele zile premergătoare și următoare; 3. Tehnica operatorie să fie precisă și bine reglementată, pentru a nu produce un traumatism prea mare; 4. În cazurile în cari am găsit turburări de coagulabilitate sangvină, să nu se opereze până când această turburare nu este corectată.

Din cauza importanței mari pe care o prezintă, această problemă a fost amănunțit studiată. În prezent avem nenumărate metode, mai mult sau mai puțin eficace, pentru corectarea turburărilor de coagulare.

Ca regulă generală, indiferent de hemostaticul întrebuințat,

trebuie să controlăm întotdeauna rezultatul obținut și numai după ce acesta e satisfăcător să procedăm la operație.

MĂSURI COMPLIMENTARE OPERATORII

În afară de tehnica propriu zisă a actului chirurgical în sine, trebuie să luăm o serie de măsuri complimentare cari privesc: asepsia și antisepsia, instrumentarul, bolnavul, lumina și anestezia.

După ce le vom expune principial pe toate, vom trata *tehnica adenectomiei maxime* așa cum este practică în clinica O. R. L. din Cluj, de sub conducerea dlui. *Profesor Dr. G. Buzoianu*.

Asepsia: Operația trebuie executată, pe cât posibil, în condiții optime de asepsie. Atât materialul operator, cât și instrumentarul necesar vor fi sterilizate cât mai perfect. Operatorul se va spăla pe mâini și va îmbrăca mănuși și halat steril.

Instrumentarul: Ne folosim în clinica noastră de următoarele instrumente: două chiurete tip *Beckmann* de mărimi diferite; o apăsătoare de limbă; o pensă Luc: un portvat rino-faringian și un deschizător de gură.

Bolnavul: Bolnavul este operat numai după ce a fost pregătit din toate punctele de vedere pentru intervenție. De asemenea el trebuie să fie a jeune. Poziția pe care am adoptat-o pentru operație, ca fiind cea mai bună, este cea șezândă. Modalitatea diferă după cum executăm intervenția la copii sau la adulți.

Când avem de a face cu un *copil*, acesta este înfășurat într'un cearșaf astfel, ca mâinile să-i fie imobilizate. Apoi este așezat pe genunchiul unui ajutor care îi strânge picioarele între genunchi. Cu ajutorul unei mâini ajutorul fixează corpul copilului într'o poziție favorabilă, iar cu cealaltă mână — așezată pe fruntea bolnavului — îi împinge capul înapoi și în sus așezându-l pe piept, sau — dacă copilul este mai mare — pe umăr.

Adulții se așează pe scaun cât mai înapoi, astfel ca să se rezeme de acesta, iar picioarele și le așează în jurul picioarelor scaunului. Ajutorul situat înapoia scaunului cu o mână fixează capul bolnavului de pieptul său, iar cu cealaltă prinde mâinile acestuia duse lângă scaun.

Lumina. Pentru o cât mai bună vizibilitate a cavității faringiene, ne folosim de o lampă Clark, care pare a fi cea mai indicată.

Anestezia: Adenectomia — executată bine și de un operator abil — este una dintre cele mai rapide intervenții chirurgicale ale specialității oto-rino laringologice. Din această cauză, în majoritatea cazurilor, s'a executat ablația vegetațiilor adenoide

fără de a recurge la anestezie, durerea cauzată de actul operator în sine fiind ușor de suportat și de scurtă durată. Mai ales la copii, unde trebuie să folosim un anesteziec general, nu e bine să recurgem la el decât atunci când neliniștea bolnavului ne împiedecă complet bunul mers al operațiunii.

La copii am recurs, atunci când am fost siliți, la o anestezie generală. Ne-am folosit mai ales de eter. La adulți am utilizat anestezie locală prin badijonarea rino-faringelui cu o soluție de cocaină 5—10%.

TEHNICA OPERATORIE PROPRIU ZISĂ

Operația constă din mai mulți timpi operatori, pe cari îi descriem în toate amănunțele,

Primul timp operator. Bolnavul deschide gura cât mai larg posibil, sau dacă avem de a face cu un copil pe care l-am anesteziat în prealabil ne folosim de un deschizător care se găsește între instrumentele necesare. Apoi, cu ajutorul unei apă-sătoare de limbă ținută în mâna stângă, se apasă în jos limba. În cazurile în care copilul — neadormit — nu vrea să-și deschidă gura, se introduce spatula în profunzime, până când ajunge la peretele posterior al faringelui, atingând baza limbii. În aceste cazuri, copilul are un reflex faringian care îl silește să-și deschidă gura. Procedeu vechiu, cu strângerea narinelor nu folosește la nimic, printre dinți rămânând atâta loc încât copilul — într'adevăr cu greutate — să poată respira și mai departe. La astfel de copii este bine să folosim deschizătorul pentru a nu ne împiedeca în actul operator.

Al doilea timp operator. Se ia cu mâna dreaptă o chiuretă potrivită cu mărimea cavumului. Este totuși bine ca aceasta să fie cât mai mare, pentru a putea îndepărta vegetațiile adenoide în totalitate. Ținând chiureta ca un condei — astfel ca degetul arătător să se odihnească pe mâner — o introducem prin cavitatea bucală în interiorul faringelui imediat inapoia vâului palatin și a limbii. Câte o dată întâmpinăm greutate în introducerea chiuretei, din cauza contracției vâului palatului care se trage înapoi și în sus și închide complet naso-faringele. În aceste cazuri, rotim lateral chiureta cu 90°, fixăm extremitatea anterioară, liberă, de peretele posterior faringean și o ridicăm dealungul acestuia în sus, încetul, până ce pătrundem în cavum, apoi cu o mișcare corespunzătoare situației o așezăm într'o poziție favorabilă.

Timpul al treilea operator. Vâul palatului se găsește situat pe un plan posterior septului nasal. În acelaș timp, vegetațiile adenoide se întind de multe ori până la nivelul vâului. Din această cauză, după ce am introdus chiureta în cavum, tre-

bue să o tragem înapoi, pentru ca atunci când o ridicăm în sus să prindem în deschizătura sa întreg pachetul de vegetații. Contrar riscăm să pătrundem direct în masa de vegetații și să lăsăm în cavum cea mai mare parte a lor. După ce am tras înaintea vălul, ne urcăm cu chiureta dealungul septului nasal, având grijă să fim pe linia mediană, până când ajungem la extremitatea superioară a acestuia.

Al patrulea timp operator. După ce am ajuns cu chiureta la nivelul extremității superioare a marginii posterioare a septului nasal, cu o mișcare destul de puternică dar nu brutală, descriem un arc de cerc pe bolta cavumului până la nivelul peretelui posterior al acestei cavități. Prin această mișcare, vegetațiile prinse în interiorul deschizăturii chiuretei sunt tăiate și cad în jos pe fața superioară a spatulei linguale. Pentru a împiedeca eventuala înghițire a vegetațiilor sau căderea lor în căile aeriene superioare, este bine să fixăm spatula de peretele posterior faringian astfel ca între ele să nu rămână spațiu liber.

Această mișcare dinainte înapoi, în arc de cerc, o putem repeta de 2—3 ori până când chiureta nu mai întâlnește în cale nici o rezistență. Este important ca ea să se facă numai pe linia mediană și nici o dată laterel, din cauza trespelor lui Eustache, a căror lezare ar putea da complicațiuni post-operatorii auriculare. Este de remarcat faptul de a ne opri cu chiureta la nivelul peretelui posterior al cavumului, observându-se deseori — mai ales la începători — cum aceștia chiuretează mai mult peretele posterior faringean decât bolta, producând prin aceasta leziuni inutile ale mucoasei.

Al cincilea timp operator. Se fixează cu ajutorul chiuretei vegetațiile adenoide de spatulă, apoi se scot ambele instrumente prin aceeași mișcare de extracție. Se apasă din nou cu spatula limba și se tamponează peretele posterior faringean.

Al șaselea timp operator. De multe ori se întâmplă să mai rămână în interiorul rino-faringelui resturi adenoidiene cari atârnă de mucoasă. Acestea — ori cât de mici ar fi — pot produce ulterior turburări neplăcute. Din această cauză este bine ca după tamponament să controlăm regiunea și — în caz de existență — să extragem resturile cu ajutorul unei pense Luc. Această extracție nu trebuie să se facă niciodată prin smulgere ci prin torsionare, altfel riscând să deslipim și să rupem mucoasa faringeană pe o mare întindere.

Aceștia sunt timpii operatori din care este constituită adenectomia maximă, fiecare dintre ei avându-și importanța sa în rezultatul final. Trebuie să accentuăm încă odată: se va opera fără brutalitate, se va chiureta totdeauna pe linia mediană și nu se va leza mucoasa peretelui posterior faringean. Extracția resturilor de țesut adenoidian este obligatorie în toate cazurile în care există.

COMPLICAȚIUNI PRE-, INTRA ȘI POST-OPERATORII.

I. Complicațiuni pre-operatorii. În literatură sunt citate cazuri imediate și inevitabile post-anestezice, atât cu anestezia locală, cât și cu cea generală. Aceste complicațiuni sunt excepționale, dar trebuiesc considerate ca accidente posibile în orice caz.

II. Complicațiuni intra-operatorii. Această categorie de complicațiuni o putem împărți în două grupe: greșeli de tehnică și accidente.

Greșeli de tehnică.

1. Neintroducerea chiuretei suficient de sus, din care cauză se produce o contracție și nu pot fi chiuretate decât o parte din vegetații.

2. Tracționarea resturilor de țesut adenoidian după chiuretarea rino-faringelui, resturi cari atârnă în buco-faringe printr'un pedicul de mucoasă. Tracțiunea lor poate deslipi și rupe mucoasa faringeană pe o porțiune destul de întinsă. Aceste resturi de vegetații trebuiesc tăiate cu o foarfecă curbă sau torsionate cu ajutorul unei pense.

3. Adesea deschizătorul de gură introdus brutal poate să producă abraziuni dentare și plăgi bucale. Manipularea greșită cu chiureta poate să dea aceleași leziuni.

Accidente în timpul operației.

1. Proeminența tuberculului atlasului se întâlnește rar (1 la 490 după Keen) și mai rar, chiureta se poate rupe în ea.

2. În timpul actului operator se poate rupe chiureta și să fie înghițită sau aspirată în căile respiratorii.

3. O circumstanță care poate să se prezinte este prezența unui polip naso-faringean care n'a fost diagnosticat clinic. (2/10.000 Keen).

4. Căderea în căile aeriene superioare a resturilor adenoidiene, precum și scurgerea de sânge sunt complicațiuni grave, însă din fericire, nu obvin decât foarte rar.

5. Accidentele hemoragice imediate sunt excepționale, fără gravitate, dacă nu intră o cantitate mai mare de sânge în căile aeriene. Accidente posibile s'au descris în legătură cu menstruația, sigure în hemofilie, hemogenie, discrazii sangvine de origine viscerală.

III. Complicațiuni postoperatorii. Complicațiile cari survin după operație sunt mult mai numeroase. Avem:

A) Complicații locale.

1. Complicații locale hemoragice.

1. *Complicații hemoragice cu cauze pur locale.* În acestea nu intră decât factorul traumatic local al unei adenectomii

incomplete în care au rămas resturi de țesut adenoidian. Ele sunt ușoare.

2. **Complicații hemoragice cu cauze asociate.** Pe lângă cauzele locoregionale, acelea cari contribuiesc într'adevăr la hemoragie sunt turburările sangvine. Acestea sunt hemoragiile grave cari în mod obișnuit apar în primele 12 ore dela operație, unele ducând la moarte.

II. Complicații locale inflamatorii.

1. **Reacțiunea inflamatorie.** Plaga post-operatorie se infectează și determină o ușoară ascensiune febrilă.

2. **Scarlatina plăgii.** Unii autori vorbesc despre plaga scarlatinioasă.

B. Complicații regionale.

I. **Complicații hemoragice.** In afară de traumatismul local, contribuiesc la hemoragie și plăgile din vecinătate: pavilionul tubar, baza limbei, peretele posterior al faringelui, marginea posterioară a septului. Fără comparație cu primele acestea sunt mai abundente și mai tenace, deși nu comportă nici o gravitate.

II. **Complicații post-traumatice.** Dintre cele mai importante alterațiuni anatomice post operatorii sunt: 1. *sinechiile velo-palatine* care se întâlnesc la heredo-specifici, ducând uneori la adevărată 2. *stenoză faringiană*.

III. **Complicații inflamatorii.** Acestea sunt numeroase: amigdalite acute, flegmoane periamigdalieni, faringite acute, rinite acute, salpingite acute, otită medie catarală și supurată acută, adenite acute, adenoflegmoane acute, apoi laringite, traheite, bronșite, bronco-pneumonii, abcesul pulmonar, gangrena pulmonară. Se citează erizipelul cu diverse localizări, torticolis de natură infecțioasă.

IV. **Complicații nervoase.** Unii descriu cazuri de spasm glotic după adenectomie.

C. Complicații generale.

1. **Maladiile infecto-contagioase.** Acestea pot fi în perioada de incubație înainte de operație sau contaminarea s'a produs în clinică ori prin instrumente.

2. **Maladiile cronice.** Sifilisul și mai ales tuberculoza, care poate fi reactivată prin operație dând o granulie, peritonite tuberculoase, otite tbc. unilaterale sau bilaterale, adenopatii, faringite ulceroase.

3. **Septicemiile post adenectomice.** Acestea apar mai ales la copii într'o stare generală slabă. *Terenul* joacă un rol primordial. Agentul patogen este virulent. Cel mai obișnuit este *streptococul hemolitic*. Putem avea: *septicemii venoase, septicemii limfatice, septicopiohemii*.

TRATAMENTUL POST-OPERATOR.

Tratamentul post-operator îl putem împărți în două categorii: *imediat* și *tardiv*.

I. Tratamentul post-operator imediat. Urmărește ferirea pe cât posibilă a bolnavului de eventualele complicațiuni, cari se pot produce până la vindecarea totală a plăgii datorită traumatismului operator, vindecare ce necesită un timp de aproximativ 10 zile. Acest tratament este *loco-regional*, *general* și *dietetic*.

1. Tratamentul loco-regional, constă într'o riguroasă desinfecție rino-faringeană prin uleuri antiseptizate și buco-faringeană prin gargarisme.

2. Tratamentul general, urmărește ridicarea stării generale a organismului. Pacientul trebuie ferit de intemperii, din care cauză va sta pe cât posibil în repaos și la temperatură favorabilă. Este bine să-i administrăm antiseptice per os, intramuscular sau intravenos. Tratamentul opoterapic mai ales la hipofizari și suprarenali dau unele dintre rezultatele cele mai remarcabile.

În toate cazurile în care am constatat turburări în coagulabilitatea sanguină, trebuie să continuăm cu tratamentul corectării lor și după intervenție, până când suntem în siguranță absolută că bolnavul este în afara pericolului hemoragiei.

La purtătorii de bacili difterici, după operațiune vom administra ser antidifteric. Terenele tarate ca tuberculozii și sifiliticii se vor trata în consecință, deoarece sunt predispuși pentru adenoidite cronice. Deasemenea limfatismul.

A. Balneoterapia. În cadrul tratamentului postoperator la adenoidieni, crenoterapia joacă un rol de prim ordin, datorită *terenului* în primul rând: balneoterapia termală, salină, arsenicală sau sulfuroasă,

B. Climatoterapia. a) *Talasoterapia* dă rezultate bune la adenotomizați. b) *Climatul de altitudine* mai ales la limfaticii moderați.

3. Tratamentul dietetic se impune imperios pentru evitarea hemoragiei. Repaus la pat, liniște și evitarea vizitelor. În primele 2—3 zile după intervenție bolnavul va urma un regim lactat-hidric rece, apoi până la completa vindecare, unul vegetarian.

II, Tratamentul post-operator tardiv. Este îndreptat împotriva diferitelor complicațiuni generale produse de vegetațiile adenoide înainte ablației lor.

La bolnavii debilitați sau cari prezintă scrofuloză ori slabe leziuni tuberculoase, trebuie instituit un tratament special: aeroterapie, supra-alimentație, repaos prelungit și tonifiante ca

sirop ferum-iodatum, vitamină C, glicerofostat de calciu, untură de pește (vitamina D).

În multe cazuri, cu toate că permeabilitatea nasală a fost complet restabilită, copiii continuă din obișnuință să țină gura deschisă. Ei trebuiesc educați în sensul de a o ține mereu închisă.

În rinolalia închisă, pacientul trebuie educat prin lecțiuni repetate (aproximativ 30) până la completa restabilire. Deasemenea și în turburările de vorbire.

În vederea corectării turburărilor respiratorii, cât și a disfoniei se va urma o educație respiratorie și ortofonică, printr'un antrenament rațional și progresiv.

REZULTATE POST-OPERATORII

Cunoscând variata patologie a hiperplaziei adenoidiene cu determinările sale în întreg organismul, ne dăm imediat seama de valoarea profilactică și curativă a ablației vegetațiilor adenoidice.

Rezultatele operației asupra turburărilor mecanice. La copiii de săn ablația vegetațiilor adenoidice, când numai ele singure constituiesc obstacolul respirator, este o intervenție cu rezultate excelente.

Se înțelege de la sine că turburările organice constituite la o vârstă mai înaintată, ca deformațiunile scheletice craniene și toracice, sunt ireversibile prin adenotomie, ceea ce înseamnă că nu ar putea pune suferința pulmonară într'o bună stare de funcționabilitate, chiar la adult, după perioada de creștere.

Trebue să avem în vedere că sindromul insuficienței respiratorii nasale poate fi provocat de o afecțiune intra-nasală: hipertrofie de cornete, deviație de sept, creste, pînjeni, polipi nasali, fibro mucoși, naso-faringieni. O amigdalită cronică hipertrofică, o glosoptoză etc., poate determina deasemenea o insuficiență respiratorie. Este clar că, în aceste împrejurări, nu numai adenectomia va da rezultatele dorite, ci completa restabilire a situației anatomice normale a căilor respiratorii nasale și faringiene într'o bună stare de permeabilitate.

Urmărind rezultatele cele mai bune, în multe din împrejurările amintite mai sus, am practicat în aceeași ședință operatorie, pe lângă adenotomie, rezecția cornetelor, cozi de cornete etc. și deseori chiar polipi mucoși naso-faringieni.

Rezultatele operației asupra stărilor inflamatorii.

Turburările loco-regionale. Prin ablația vegetațiilor adenoide se suprimă un focar din organism, consecutiv căreia turburările locale sau regionale se ameliorează sau dispar cu sau fără un tratament apropiat post-operator al turburării respective. Astfel otitele medii supurate, corizele repetate, sinuzite etmoidale, maxilare și frontale catarale; conjunctivita flictenulară și altele.

Turburările generale. Turburările gastro-intestinale (dipepsii, gastrite, enterite, entero-colite) în multe cazuri dispar după operație, copiii încep să se alimenteze suficient și se dezvoltă mult mai rapid.

Adese ori turburările reumatismale sunt fericit influențate de ablația vegetațiilor adenoide.

Afecțiunile renale acute și cronice pot fi datorite vegetațiilor adenoide. După *Volhard*, 75% din nefritele cu etiologie cunoscută au poarta de intrare la nivelul formațiunilor limfoide faringiene.

În tratamentul coreei, profesorul *Buzoianu* și *Gârbea* relatează 13 cazuri de coree dintre cari 12 vindecate complet și unul ameliorat prin adeno-amigdalectomie.

Rezultatele operației asupra disfoniilor. Turburările fonatorii nu dispar imediat după operație. Unele dintre ele mai persistă un anumit timp pe când altele nu se remediază decât după educație ortofonică.

Rezultatele operației asupra turburărilor reflexe. Faringele este o zonă tusigenă și vegetațiile adenoide pot determina accese de tuse chinuitoare, foarte rebele la tratament.

În astmele infantile sau astmele adenoidiene deasemenea se obțin, după cum am mai spus, rezultate bune. În incontinența urinară noctură (*Buzoianu*, 1928) precum și în cefaleea de origine rinogenă (*Buzoianu*, 1929 și 1937).

Rezultatele operației asupra stărilor psihice. Rezultatele adenectomiei sunt importante asupra stării psihice. Acești copii sunt aporetici din cauza surdității și a cefaleei, care este datorită vegetațiilor adenoide. Ei sunt apatici, neatenți ca și cum nu i-ar interesa nimic, fiindcă ei nu aud decât anumite cuvinte și prin urmare pierd firul ideilor.

CONSIDERAȚIUNI STATISTICE ȘI CLINICE.

Adenoidismul este frecvent întâlnit, este însă foarte dificil de a obține o idee precisă asupra acestei frecvențe, din cauza lipsei datelor necesare. Statisticile pe cari le avem sunt de cele mai multe ori incomplete.

Din anchetele sanitare școlare făcute în regiuni diferite

ale țării noastre reiese că 15—25% a copiilor școlari sunt purtători de vegetații adenoide.

În clinica oto-rino-laringologică din Cluj, de sub conducerea Dlui Profesor Dr. Gh. Buzoianu, majoritatea copiilor și mulți dintre adulții cari vin pentru consultație prezintă hipertrofia amigdalei epifaringiene. Deasemenea majoritatea intervențiilor operatorii sunt îndreptate împotriva vegetațiilor adenoidă și hipertrofiei amigdalelor palatine.

În anul 1935 s'au practicat în total 1262 operațiuni de specialitate dintre cari au fost 852 adenectomii, deci un procent de 67,52%; în anul 1936 au fost 1601 operații dintre cari 1170 adenectomii: deci un procent de 73,09%; în anul 1937 din 2453 intervenții, 1399 au fost adenectomii (57,03%); în anul 1938 au fost 2236 intervenții și 809 adenectomii (36,14%); iar în prima jumătate a anului 1939 am avut 1027 intervenții și 356 adenectomii (34,68%).

Redăm statistica adenectomiilor executate în clinica oto-rino-laringologică din Cluj între 1 Ianuarie 1935 și 1 Iulie 1939:

1. Ianuarie 1935 — 1. Iulie 1939		4586 cazuri.
Sex :	Masculin	2317 cazuri 50,52%
	Femenin	2269 „ 49,48%
Total :		4586 100%
Vârsta :	până la 5 ani	660 „ 13,26%
	între 5—10 „	1088 „ 22,82%
	„ 10—15 „	1476 „ 34,27%
	„ 15—20 „	847 „ 18,32%
	„ 20—24 „	360 „ 7,91%
	peste 25 «	154 « 3,32%
Total :		4586 « 100%
Luni :	Ianuarie	264 « 5,76%
	Februarie	305 « 6,65%
	Martie	465 « 10,13%
	Aprilie	342 « 7,45%
	Mai	411 « 8,96%
	Iunie	468 „ 10,53%
	Iulie	435 « 9,68%
	August	427 « 9,51%
	Septembrie	453 « 9,93%
	Octombrie	406 « 8,62%
	Noembrie	386 « 7,94%
	Decembrie	223 « 4,94%
Total :		4586 « 100%

Deci într'un interval de 4 ani și jumătate, dintr'un total de 8579 intervenții de specialitate s'au practicat 4586 adenectomii maxime, adică un procent de 53,46% ceva mai mult de jumătate din totalul operațiilor.

În mare măsură, aceste intervenții au fost executate pentru a înlătura turburările cărora le-au dat naștere și multe dintre ele au fost însoțite de alte operațiuni de specialitate, ca: amigdalectomii, rezecții de cornete, ablații de cozi de cornete, rezecții sub-pericondro-mucoase ale septului nasal și altele.

În ceea ce privește vârsta, după cum se poate constata din statisticele de mai sus, a fost cât se poate de variată. Mulți autori susțin că este bine ca operația să se execute cu preferință în perioada dintre 5—7 ani. Școala oto-rino-laringologică din Cluj nu este de această părere, pentru ea etatea nefiind o contraindicație operatorie. Rezultatele obținute confirmă întru totul părerea clinice Clujene.

Deasemenea, este o tendință vădită a multor medici, de a nu opera decât în anotimpurile călduroase, adică vara. Școala Clujană este de părere că vegetațiile adenoide se pot opera în oricare perioadă a anului, indiferent de anotimp. Rezultatele obținute sunt în totdeauna la fel de bune, bine înțeles dacă intervenția este practică așa cum trebuie.

În ceea ce privește complicațiunile, în clinica oto-rino-laringologică din Cluj n'a survenit nici o complicație. În toate cazurile mersul post-operator a fost absolut normal. De asemenea nu s'au constatat nici recidive. Vindecarea a fost obținută în toate cazurile, deci într'un procent de 100%.

CONCLUZIUNI

1. *Sindromul adenoidian este constituit din totalitatea turburărilor adesea complexe și numeroase produse de vegetațiile adenoide în organism.*

2. *Aceste turburări pot fi de ordin mecanic, infecțios și reflex.*

3. *În patologia infantilă sindromul adenoidian are o importanță considerabilă.*

4. *O legătură patologică importantă a sindromului adenoidian la copii este cea pe care o are cu aparatul auricular. Dacă urechea supurează frecvent la copii și dacă copiii dau un procent mare de auriculari supurativi ori nesupurativi, aceasta se datorește în primul rând prezenței vegetațiilor adenoide mai frecvente la această vârstă.*

5. *Tratamentul chirurgical este singurul tratament radical.*

6. *Adenectomia maximă este intervenția chirurgicală care consistă în îndepărtarea vegetațiilor adenoide din rino-faringe.*

7. *Adenectomia maximă are un rol curativ și profilactic.*

8. *Complicațiile post-operatorii sunt absente dacă operația a fost executată ținându-se seama de toate regulile preoperatorii.*

9. *În clinica oto-rino-laringologică din Cluj s'au efectuat între 1. I. 1935 și 1. VII- 1939, un număr de 4586 adenectomii maxime. Rezultatele imediate și tardive ale acestor operațiuni au fost în mod constant bune.*

Văzută și bună de imprimat :

Decanul Facultății :
ss. Prof. Dr. I. Drăgoiu

Președintele tezei:
ss. Prof. Dr. Gh. Buzoianu



BIBLIOGRAFIE

- ALLEN T. H.: Végétations adénoïdes comme cause d'affections auriculaires. *Revue de Laryngol.* 1900 p. 199.
- BERNARD L.: Les voies respiratoires supérieures et la tuberculose pulmonaire. *Arch. internat. d'ORL.* Aout. 1924.
- BLOCH: La toux d'origine rhino-pharyngée. *La Médecine.* Janvier 1923 p. 318.
- BONNET—FLURIN: À propos de l'étiologie rhino-pharyngée des infections respiratoires inférieures. *Bull. méd.* 26. II. 1937 p. 238.
- BRINDEL A.: À propos de 618 cas de végétations adénoïdes opérées. *Revue de Laryng.* Nr. 16. 1897.
- BRINDEL A.: Indications de l'adénotomie chez les nourrissons. *J. de Med.* 1925.
- BUZOIANU GH.: Elemente de otologie. un vol. 500 pag. Cluj Cartea Românească 1938.
- BUZOIANU Gh.: Elemente de rinologie. un vol. 460 pag. Cluj Cartea Românească 1938.
- BUZOIANU Gh. și COTUL G.: Vocea și igiena vocală. un vol. 532 pag. Cluj Editura Cioflec 1936.
- BUZOIANU Gh.: Insuficiența nasală respiratorie și sindromele pulmonare consecutive. *Revista Științelor ORL.* Nr. 2. 1938.
- BUZOIANU Gh. și GÂRBEA St.: Amigdalectomia și adenotomia în tratamentul coreei acute. *Revista St. ORL.* Nr. 2. 1938.
- BUZOIANU Gh.: Observations cliniques sur la cephalee rhinogene. *Archives internationales de neurologie* Mai-Juin 1937.
- BUZOIANU Gh.: Incontinența nocturnă de urină vindecată prin adenotomie. *Spitalul* Februarie 1929.
- CANUYT G.: L'insuffisance respiratoire nasale et rétro-nasale. *La vie médicale* 15. VII. 1927.
- CANUYT: *Les maladies du pharynx.* Paris 1936.
- COMME FERRAN: Recherches à propos des récidives post-opératoires des végétations adénoïdes. *Annales d'oto-laryngologie* 1933 pag. 991.
- COLLET: Végétations adénoïdes et tuberculose. *Annales d'O.-L.* 1935 pag. 1239.
- COLLET F. I.: Végétations adénoïdes tuberculeuses et adénopathie pharyngée prévertébrale. *Revue d'O.L.* 1936. pag. 565.
- CUBO INO: Über der Nachblutungen nach adenotomie. *Arch. Ohr. usw.* Berlin 1931 pag. 201—207.

- FOUCHARD: L'infection du rhino-pharynx chez l'enfant. Paris 1935.
- HICQUET: Le torticolis post adénéctomie. Ann. des Mal. de l'oreille 1923 p. 1028.
- JACQUES: Prophylaxie de la surdit e chez les écoliers. Revue de Laryng. 24. XII. 1910.
- KEEN I. A.: Some observations on the Tonsil and adenoid operation in children. The Journal of Laryngology-otology. Edinburgh 1932 pag. 449—458.
- LAEMMER—TARNEAUD: Les nephropathies de cause rhinopharing e. Presse medicale 23. I. 1934.
- LEALE: Vegetations ad noides et nevrite optique rétro-bulbaire. Annals 1906. pag. 185.
- FOPOVICI GH.: Elemente de pediatrie  i puericultur . Vol. I. II. III. Cluj 1938.
- PREST (de): Hyperrhinolalie après ad noid ctomie et traitement. Annales d'oto-laryngologie 1933 page 1109.
- RAMADIER J.: Comment doit se poser l'indication de l'ad noid ctomie chez l'enfant, Journal Méd. Franc. Mai 1926. p. 185.
- RENDU R.: Un cas de narcolapsie infantile guérie par l'ad n ctomie. Annales d'O. L. 1935 page 818.
- RENDU: Asthme bronchique et vegetations adenoides. Les annales d'O. R. L. Nr. 11. 1932.
- TOTH (A. von): Die Wirkung der Tonsillektomie und Adenotomie auf die phyktanose Bindehautentzundung. Zeitschr. f. Lar. Leipzig 20. Fasc. 4, pag. 293—301, Febr. 1931.