

No. 1667.

INFECȚIUNILE AMIGDALIENE DIN PUNCT DE VEDERE SOCIAL

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

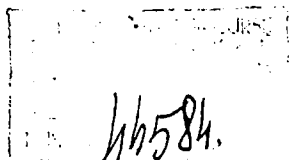
Susținută și prezentată în ziua de _____ 1940

de

DOBRESCU M. NICOLAE

fost intern al Sanatoriu'ii „Moroieni“ Dâmbovița
io.t medic intern al Spitalului mixt Câmpulung, Bucovina

24 MAY 2005



UNIVERSITATEA „REG. FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : D-nul Prof. I. Drăgoiu

Profesori :

Anatomie umană	Prof.	Dr.	<i>Papilian V.</i>
Chimie generală medicală	„	„	<i>Secăreanu S.</i>
Chimie biologică	„	„	<i>Manta I.</i>
Istologie și embriologie	„	„	<i>Drăgoiu I.</i>
Fiziologie și fizică medicală	„	„	<i>Benetato Gr.</i>
Anatomie patologică	„	„	<i>Vasiltu T.</i>
Bacteriologie	„	„	<i>Baront V.</i>
Patologie generală și experimentală	„	„	<i>Botez M. A.</i>
Igienă și medicină preventivă	„	„	<i>Moldovan J.</i>
Clinica medicală I.	„	„	<i>Hașteganu I.</i>
Clinica medicală II. (semiologie)	„	„	<i>Gola I.</i>
Clinica chirurgicală (semiologie)	„	„	<i>Pop A.</i>
Clinica chirurgicală și boalele căilor urinare	„	„	<i>Țeposu E.</i>
Clinica obstetricală și ginecologică	„	„	<i>Grigoriu Cr.</i>
Clinica dermatologică și sifilografică	„	„	<i>Tătaru C.</i>
Clinica infantilă și puericultură	„	„	<i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica neurologică	„	„	<i>Minea I.</i>
Clinica psihiatrică	„	„	<i>Urechta C.</i>
Clinica oftalmologică	„	„	<i>Michail D.</i>
Clinica balneologică și dietetică	„	„	<i>Sturza M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	„	„	<i>Buzotanu Gh.</i>
Clinica stomatologică	„	„	<i>Aleman I.</i>
Medicina legală	„	„	<i>Kernbach M.</i>
Radiologie	„	„	<i>Negru D.</i>
Istoria medicinei	„	„	<i>Bologa V.</i>
Farmacologia	Supleant Prof.	„	<i>Baront V.</i>
Igienă și medicină preventivă	Agr.	„	<i>Zolog M.</i>
Clinica boalelor contagioase	Conf.	„	<i>Gavrila I.</i>

JURIUL DE SUSȚINERE :

<i>Președinte :</i>	D-1	Profesor	Dr.	<i>Gh. Buzotanu</i>
<i>Membrii :</i>	{	„	„	„ <i>Gr. Benetato</i>
		„	„	„ <i>V. Bologa</i>
		„	„	„ <i>M. Sturza</i>
		„	„	„ <i>I. Aleman</i>
<i>Supleant :</i>	D-1	Conf.	Dr.	<i>I. Gavrila</i>

Introducere

Medicina socială capătă din zi în zi o importanță mai mare în preocupările oamenilor de știință și de guvernământ ca și în organizația statelor.

Totul se datorește unei schimbări profunde în ideologia politică a lumii de azi. Dela sistemul democrației egalitare de altă dată, dezvoltată pe plan ideologic, se trece încetul cu încetul la o nouă organizație, bazată pe mai multă dreptate socială în ordinea materială și morală.

Din acest motiv conducătorii statelor nu se mai preocupă de captarea poporului pentru o ideologie politică de generozitate teoretică, ci se interesează de ameliorarea condițiilor de viață ale populației, în totalitatea ei.

România o țară europeană de 20,000.000 locuitori nu trebuie și nu poate să se sustragă dela comandanțele de civilizație ale epocii pe care o trăim.

Străbatem astăzi epoca de consolidare în toate domeniile statului întregit. Pe primul plan al preocupărilor trebuie să stea consolidarea biologică. Acest lucru e posibil numai prin înfăria nucleului vieții colectivităților organizate: familia.

Subiectul acestei lucrări mi-a fost sugerat de Domnul Prof. Dr. Gh. Buzoianu, care cu multă mărinimie m'a primit în Clinica D-Sale dându-mi învățăminte frumoase și îndrumări alese pentru ziua de mâine.

În această modestă lucrare nu trafez ceva original în ea încerc doar să grupez la un loc faptele mai importante ale infecțiilor amigdaliene din punct de vedere social. Cu toate că avem un număr imens de lucrări asupra infecțiilor amigdaliene, totuși problema amigdaliană nu este pe deplin rezolvată. Afară de specialiști, medici școlari și pediatrii, rareori alți medici atribuie o importanță cuvenită acestor organe din punct de vedere social.

Clinicianul rareori este pus în situația de a spune cu certitudine, dacă o infecție determinată este sau nu

de origine tonsilară, (Harry Barnes în lucrarea sa «The Tonsilis»), însă tot așa într'un caz concret nu se poate spune dacă o amigdală e sănătoasă sau bolnavă.

Dacă ne gândim la viitorul acestei națiuni, atunci ne dăm seama ce importanță capitală are complexul amigdalian, mai ales la copii, pe cari trebuie să-i ridicăm sănătoși și tari, dându-i mai târziu în serviciul țării.

Infecțiile amigdaliene dau cei mai mulți copii defectuoși și slabi, inapți de a da un serviciu colectivității și incapabili de luptă.

Libertatea strivește pe cei slabi spune Lacordaire.

În lucrarea de față vreau să scot în relief pericolul ce-l prezintă infecțiile amigdaliene asupra copiilor mai mult și asupra adulților mai puțin.

Pentru a face un serviciu acestei națiuni, trebuie ca să înlăturăm cât se poate această maladie, astfel ca medicul să activeze nu numai în domeniul restrâns al medicinei curative, ci și în acela mai larg al medicinei preventive.

În vederea unei noi orientări a medicinei către preventiv și social, trebuie neapărat ca medicii tineri să fie pregătiți în această direcție de Facultățile noastre de Medicină.

Gândindu-ne aprofundați la această maladie din punct de vedere social, ne vom da seama când, unde, și cum, trebuie să intervenim pentru a înlătura un mare pericol lăsat în umbră.

ISTORIC

În veacul al V-lea A. Gh. Hipocrate pe care îl socotim «Tatăl Medicinii», atribuie mediului o influență covârșitoare asupra omului, el atribuie aceasta influență nu numai mediului cosmic, ci și celui social.

În opera hipocratică, în tratatul «Despre aer, apă și regiuni» se găsesc o seamă de expuneri despre influența mediului asupra omului, cari constituie nucleul unui întreg sistem de concepții sociologice.

Aceste concepții hipocratice, constituie una din creațiile cele mai temerare și fecunde ale tatălui medicinei, Hipocrate arată că toată varietatea fenomenelor fizice și psihice, izvorește în ultima analiză din mediu. Desvoltarea la care a ajuns actualmente medicina, obligă medicul să se ocupe nu numai cu bolnavul, ci și cu omul sănătos. Să fie obiectul medicinei și omul sănătos, ca deja în starea aceasta să se lupte împotriva boilor. Să se ocupe medicina cu omenirea întreagă, cu starea socială, ca din această experiență să ajungă repede la rezultate mai eficace. Aceeași idee a accentuat-o și dl. Prof. Hațieganu, că medicul trebuie să ocupe din ce în ce un rol mai mare în conducerea Statului și a Societății, căci el este eminentul omul social în înțelesul cel mai larg al cuvântului.

Anatomie și istologie.

Amigdalele sunt organe limfoide, pereche așezate la întâlnirea căii aeriene și digestive, la nivelul orofaringelui, și protejate de o formațiune anatomică loja amigdalină, formată din cei doi stâlpi al văului palatin. Dimensiunile în medie sunt 20—25 mm. înălțime, 15 mm. lățime, și 10 mm. grosime. Amigdala este constituită dintr'un corp și 2 extremități sau poli. Pe fața lor internă liberă sunt presărate un număr mare de orificii numite cripte amigdaline, cari sunt tot atâtea porți de intrare pentru microbi. Fața lor externă zace pe loja amigdaliană, formată de aponevroza faringiană

întărită la interior de fibrele amigdaloglosului, iar la exterior de constrictorul superior al faringelui. Amigdala face parte din seria formațiunilor limfoide, care se află în faringe, și care formează o totalitate anatomică numită: marele cerc limfatic faringean a lui Waldeyer. Cercul este compus din următoarele formațiuni limfoide: amigdala lui Luschka situată în nazofaringe (a cărei hipertrofie dă adenoidismul), amigdalele lui Gerlach, situate în apropierea trompei lui Eustache, amigdalele linguale, situate la baza limbii, și de amigdalele palatine. Amigdalele au o capsulă conjunctivă, situată pe fața externă, care este aderentă de organ. Septurile pornite din capsulă delimitează lobi amigdalieni. Lobul amigdalian constă dintr'un diverticul, cripta amigdaliană, tapizat de epiteliu stratificat pavimentos. În tratatul subepitelial găsim o stromă reticulară și foliculi limfoizi; cari sunt constituiți la periferie, de limfocite, iar la centru de limfocite mai mari, nucleu în diviziune, și celule mari fagocitare. Se mai găsesc niște glande acinoase, mucoase, cu canalul excretor deschis în cripte sau pe suprafața amigdaliană. Nutriția amigdalelor se face către arterele tonsilare, de origine palatină ascendentă. Arterele sunt însoțite de vene și se varsă în plexul linguo-facial. Limfaticele aferente lipsesc, iar cele eferente au origina la nivelul foliculelor și se varsă în gangionii cervicali.

Fiziologia.

Nu se cunoaște precis fiziologia lor, ele pot să servească la vaccinarea organismului față de formele banale ale infecțiilor în primii 6—7 ani ai vieții. S'au discutat mult asupra fiziologiei amigdalelor fără a se ajunge la o concepție unitară asupra rolului ce'l au aceste formațiuni limfoide în organism. S'au emis multe teorii, fără ca vre-una să fie bazată pe fapte concludente. Situată la întâlnirea conductelor alimentare și aere, amigdalele sunt expuse infecțiilor, cunoaștem bine frecvența anginelor și a bolilor cu poarta de intrare amigdaliană. Amigdalele au fost considerate ca având un rol defenzor față de infecție. Mink presupune că limfa transudată spală încontinuu criptele amigdalier iar microbii fixați pe amigdale prin fagocitoză se distrug. Recent se presupune că diferiții microbi fixați pe amigdale, mai ales cei din seria cocilor, vaccinează în

mod activ organismul, față de infecțiile banale, mai ales în primii ani ai vieții. — Cei cari admit aceste teorii explică involuția amigdalelor prin faptul că îndeplinindu-și rolul devin inutile. Laringoliștii americani, cari neagă orice funcțiune a lor, considerându-le ca niște organe regresate, și propun ablația preventivă la copii, pentru ai pune la adăpost de multe infecții. Admitem că amigdalele infectate și alterate devin inutile, ba chiar periculoase pentru organism. În ultimul timp s'au făcut diverse experimentări cu extractul amigdalian acest extract ar avea o oarecare influență asupra tensiunii sanghine, a metabolismului general, asupra vasomotricității. Aceste lucruri sunt imprecise și pot să nu corespundă clinicii, a căror fapte nu se suprapun totdeauna celor din laborator.

Patologie clinică.

Amigdalele sunt așezate într'o regiune unde există o bogată floră microbiană, dând naștere unei infecțiuni numite amigalite. Din punct de vedere etiologic anginele constituiesc apanajul copilăriei și a adolescenței.

Simptomatologia e variabilă, după cum avem angine: acute, subacute, cronice, specifice, nespecifice etc.

Simptomele se impart în 4 ordine: generale, locale, funcționale, și fizice. Debutul poate fi brusc sau insidios, cu fenomene foarte ușoare, neînsemnate ori cu fenomene alarmante chiar dramatice. Febră ușor ridicată. Hipertermie, avem și fenomene nervoase cu agitațiuni, delire, sau o simplă indispoziție, uneori starea generală foarte gravă: adinamie, prostație, găsim uneori grețuri și vărsături bilioase, Fenomenele de ordin funcțional sunt: disfagia și uneori disfonia. Simptomele anginelor sunt aproape indentice; cu toate că în clinică deosebim forme multiple. Datorit acestui fapt suntem îndreptățiți să vorbim de un sindrom anginos (Hațieganu). Anginelor trebuie să le dăm o importanță deosebită fiind punctul de plecare a celor mai variate afecțiuni viscerale (reumatismul poliarticular acut, endocardite, glomerulonefrite, septicemii, entero-colite congestii pulmonare, apendicite, etc.) E important de știut că de ceie mai multe ori anghinele sunt boli de acompaniament (difterie, monocitemie, leocemie). După cum e ușor a face diagnosticul anginelor acute, pe atât de greu e a

face diagnosticul celor cronice, trebuind să recurgem la examenul de laborator. Anginele cronice formează capitolul cel mai important din marea problemă amigdaliană. Putem spune că foarte rar vom găsi un adult cu amigdalele absolut normale, datorită faptului că frecvența infecțiilor amigdaliene întâlnite în copilărie este extrem de mare. Cu toate că par vindecate în aparență, totuși rămâne «reminiscențe» în urma lor. La copii amigdalitele se pot prezenta sub o formă hiperplazică moale, iar la adulți sub formă ipoplazică involuntivă, dură. Evolutiv ele derivă din cele acute, ori pot fi cronice dela începutul. Pe suprafața amigdalelor găsim diseminate puncte alburii cazeoase fetide, prezentându-se sub forma de dopuri, care astupă orificiile criptice ale cavităților amigdaliene. Aceste orificii adăpostesc în interiorul lor, adevărate culturi microbiene, care în totalitatea lor constituiesc tot atâtea focare oculte de infecție, focare cari la rândul lor pot determina infecții și afecțiuni a căror cauză de foarte multe ori nu poate fi depistată. Amigdalele prin situația lor anatomică și topografică sunt așezate într-o regiune care excelează prin bogăția florei microbiene, deci ele vor fi determinate să se facă infecțiuni cu atât mai mult, cu cât aceasta regiune se prezintă ca o permanentă sursă de infecție. Dar totuși infecțiunile amigdaliene ar fi rare, explicându-se acest fapt prin prezența unui sistem limfoid foarte puternic — inelul lui Waldeyer. — Se pare că în mod normal ar exista un echilibru între flora microbiană și între forțele de apărare ale organismului, reprezentată de acest țesut limfoid, respective, printr'un complex limfo-epitelial. Din acest țesut limfoid face parte și amigdalele, mai ales amigdala palatină situată la nivelul celei mai importante porții de afecțiune, având un rol considerabil în apărarea organismului față de diverșii agenți patogeni. Din acest compromis biologic dintre germeni și țesuturi, rezultă posibilitatea unei infecțiuni de focar (Hațieganu).

Anatomia Patologică.

Avem două feluri de forme hipertrofice. La copii predomină hiperplazia elementelor limfoide, la adulți mai mult procesele de scleroză.

Un complex mai important îl au amigdalele criptice, se produce o alungire a criptelor, cari se întortochează

epiteliul hiperplaziat, să descoamează abundant. Diverticoli deseori se închid, conținutul lor se amestecă cu multe limfocite, cari se degenerază în celule de puroi. Prin înmulțirea exudatului intercriptic se formează chistele de retenție amigdaliene. Găsim multe vase nesformate în stratul subepitelial, o infiltrație leucocitară, hiperplazia limfoidă, sau o scleroză și degenerescență febroasă. Examenul bacteriologic de cele mai multe ori pune în evidență bacterii, streptoci în special. Din zi în zi se afirmă mai mult importanța patologică a amigdalelor, abstrăgându-se de amigdalitele acute, în special flegmonoase, a căror complicații bine cunoscute, deseori sunt deducibile.

Din cele înșirate mai sus ajungem la concluziunile următoare: amigdola poate fi după împrejurări o barieră solidă în calea microbilor diverși, după cum aceeași amigdală poate fi o poartă de intrare, o cale și mai ales o sursă de infecție.

Sursele aceste de infecție de focar: «focar infecțios» al autorilor americani: Rosenow Passler, Mayo, Fr. Billings și alții, nu sunt altceva decât niște noi izvoare de plecare ale unor stări generale foarte grave, sau înbolnăvirea gravă a unor organe situate la distanță.

Passler în 1909 arată că amigdalele cronice pot da: reumatism, nefrite, endocardite, etc. — Billings dă următoarea definiție: «se numesc infecții de focar niște zone de țesuturi infectate cu agenți patogenii, cari duc la infecție sau la intoxicația organismului, rămânând tot timpul pe ai doilea plan:»

Unele focare primitive, numite «Toter Raum» sau câmpul de desiminare «Steungsherd» sunt de obicei cavități deformate, infectate, sau patologice secundare, conținutul mai mult sau mai puțin virulent. Pentru o clarificare mai bună înșir cele mai frecvente focare de infecție: amigdalitele cronice, criptice și hipertrofice: pioree alviolară, și granulomul apical; sinusitele nazale cronice, bronșietaziile, uretritele cronice, sarpingitele, colite parțiale, apendicite cronice, prostatite cronice, pielite, pielo-nefrite, colecestite cronice, supurațiile urechii. Ostiomielite cronice, banale, etc. Primul și în ordinea frecvenței și a importanței este focarul amigdalian, care cu greu se poate pune în evidență. El se tradează printr'o hiperemie locală, discretă, cu o bogată secreție în leucocite; gaglionii regionali sensibili, ascensiuni mici de temperatură, și leucocitoză după un

masaj tonsilar, anemie, etc. (Hațieganu) Focarele aceste de infecție latente rămân de obicei prfunde circumscrise, nu se obiectivează decât prin semne clinice neînsemnate și nu prezintă nici o corelație între gravitatea lor și a boalei, pe care o determină (Thibault). Rolul acestor focare fiind bine cunoscut în America și Anglia intră în prevederile Societăților de Asigurare.

După o statistică a lui Billings (citată după St. Drăgănescu) din 500 de localizări, în 336 de cazuri e vorba de infecțiuni amigdalene, restul fiind repartizat pe dinți, gingii, etc.

De aici reiese că în marea majoritatea a cazurilor, amigdalele constituiesc un punct de plecare al unor turburări organice la distanță sau a unor septicemii. Din observațiile lui Wassmund M. reiese că mai multe cazuri de septicemii datând de săptămâni, au dispărut imediat ce s'a îndepărtat focarul de infecție.

S'a izolat acelaș agent patogen din sânge și din focarul infecțios.

După autori americani (Rosenow) ar fi vorba de streptococul viridans; iar după autori germani. stafilococul și microbii banali sunt agenții patogeni în infecțiune.

Diagnosticul e de ordin medical și se bazează pe depistarea focarelor de infecție, dintre care amigdalitele cronice figurează cu procentualitatea de 60%. Ca tratament în toate cazurile de sindrom fibril amigdalian, se impune amigdalectomia. Amigdalele cronice inflamate din punct de vedere epidemiologic le-au considerat până acum ca o poartă de intrare. Calea de infecție fiind în cea mai mare parte cea sanghină și în mică parte cea limfatică, ținem să amintim septicemia tonsilară (Hegler, Hamburg 1835). Septicemia tonsilară abia în ultimii 10 ani a fost mai deaproape studiată, dându-se o importanță convenită.

Poate fi secundară unei angine acute, subacute sau cronice, eventual consecutivă, unor abcese periamigdalene. Tulburările consecutive ale amigdalitelor acute și cronice se pot împărți în două mari grupe: turburări locale și generale. În prima linie de surse de infecție țin tulburările locale. O astfel de sursă e constituția de amigdale hipertrofice care sursă reprezintă un obstacol mecanic atât pentru actul deglutiției cât și pentru respirație.

Mai putem avea și turburări de fonație: vocea amigdaliană, cu un timbru caracteristic (surd, stins, întu-

necat). Tulburările acestea se agravează atunci când la hipertrofia amigdalelor palatine se adaugă și o mărire amigdalei faringiene (amigdala lui Luschka) dând așa numitele: vegetații adenoide.

Copii cari suferă de aceasta boală prezintă: iacii aedeoid, fața lungită, gura între-deschisă, nas îngust, respirație nazală greoaie. Tot aici vom încadra și turburările în auz datorite unei obstrucții prin inflamația trompelor Eustache. La copiii de tot mici, aceste turburări auditive pot duce la o surdo-mutitate. Ipertropia amigdalelor faringiene, ca obstacol mecanic cauzează o insuficiență respiratorie, local se mai poate constata un catar cronie la nas și gât. Turburările generale concomitante și cousecutive infecțiunilor amigdaliene sunt datorite pe de o parte unui deranj în hematoză, pe de altă parte în infecțiunile cronice. Acești copii în afară de aspectul stupid și caracteristic lor, prezintă o desvoltare fizică și intelectuală redusă, turburări osoase și simptome de ipo-tiroidism, cu care adesea sunt asociate. Efortul intelectual produce la acești copii cefalee intensă. Capacitatea de muncă este aproape redusă din cauza apoxexiei: progresul școlar întârziat.

De aici rezultă dezastrul produs de infecțiunile amigdaliene din punct de vedere social. Copii deja infectați sunt fără nici un folos pentru societate, nu vor putea da obolul lor statului, nu-și vor putea face datoria față de țară. Dacă nu intervenim la timp, nu numai că vom avea un copil defectuos, dar prin el putem avea un focar de infecție permanent. Este de foarte mare necesitate că într'o colectivitate: internat sau mai ales într'o școală să facem o triere a copiilor sănătoși față de cei bolnavi cu infecțiuni amigdaliene pentru că aceștia prnzintă un pericol permanent de infecție. Cele mai multe boli infecto-contagioase pot fi propagate într'o școală, dacă între școlari vom găsi puțini copii suferinzi de infecțiuni amigdaliene.

Deci medicul școlar, și medicul de azi care trebuie să dea obolul său sfânt pentru viitorul acestei Țări va trebui nu numai să vindece această meladie infecțioasă salvând atâția alții prin ea, dar va trebui să prevină boala și astfel să salveze atâția tineri vlăstari verzi de o plagă neindurătoare.

Infecțiunile amigdaliene din punct de vedere social.

Din punct de vedere social aceasta maladie reprezintă o foarte mare importanță. Dacă nu putem reuși să o înlăturăm complect, cel puțin să o prevenim, și numai așa vom face un serviciu imens față de umanitate. Vom putea da națiunii o generație de tineri sănătoși tari. Vom putea conserva mai departe inteligența și creația vie a unui popor dornic de a-și mări neamul. Vom putea salva familia de atâtea boli provenite din această infecțiune, și din nefericirea de a avea copii defectuoși în căminul lor.

Simptomatologia infecțiilor amigdaliene e cu atât mai gravă cu cât copilul e mai tânăr. A preveni boala e cheia succesului în această maladie. Cercetând copii la timp făcându-i să trăiască în bune condițiuni sociale, alimetându-i bine, pe lângă toate acestea o curățenie desăvârșită, atât la copii cât și în mediul înconjurător, vom reuși în modul acesta să dăm Țării un copil sănătos, un soldat viguros. Cercetând alături de condițiunile dezvoltării normale a copiilor cauzele individuale și sociale ale morbidității și mortalității infantile, iar pe altă parte preconizând remediile lor, medicul trebuie să ducă o luptă și contra infecțiilor amigdaliene. Combaterea infecțiilor amigdaliene la copii care coustituesc așa numitul pericol infecțios, este destul de dificilă, mai ales că trebuie să luăm măsuri indirecte, ca ameliorarea condițiunilor generale de igienă, de locuință, nutriție, îngrijirea copilului condițiile sociale și economice, culturale. Publicul trebuie instruit și slătit asupra pericolului transiteriitutoror bolilor infecțioase, dela adult sau copiii mai mari, la copiii mai mici, cât și asupra modului de ale preveni și combate. Pe de altă parte locuințele suprapopulate favorizează infecțiunile și măresc mortalitatea infantilă, cu deosebire în primele luni, prin faptul că fac imposibilă izolarea indispensabilă. În asemenea locuințe este înlesnită propagarea infecțiilor amigdaliene și oricărei alte îmbolnăviri a căilor respiratoare dela adult la copilul de sãn, dar mai ales copiii între ei. Va trebui întreprată alimentarea pentru a face mai rezistent organismul contra acestor infecțiuni. În genere bolile infecțioase trebuiesc la timp depistate, prevenite și îngrijite de medic. (măsuri preventive prin izolare). Cauzele morbidității și mortalității la vârsta preșcolară sunt datorite tot bolilor infecțioase

(afecțiunilor respiratorii), amigdalitelor și complicațiilor bolilor contagioase, (difteria, scarlatina, pojarul, tusea convulsivă. etc.) Situația socială a copilului se schimbă, odată cu vârsta preșcolară. În vârstă de copil de sân el era mai izolat de lumea dinafară, după împlinirea vârstei de un an, începând să umbre, el ia contact cu semenii săi, își caută tovarăși de joc și prin ei se expune la infecție. În acelaș timp trebuiesc supravegheate colectivitățile infantile și luate măsurile de cuviință pentru împiedicarea propagării bolilor infecțioase prin intermediul lor. La vârsta școlară bolilor infecțioase printre cari au un rol important infecțiunile amigdaliene, li se mai adaogă cauze sociale speciale pentru aceasta vârstă, ca lipsa controlului familiei și în special aglomerarea copiilor în școală. În vârstă școlară bolile infecțioase sunt mai frecvente. Propagarea lor în epoca școlară este înlesnită prin contactul tot mai intim cu alți copii, odată cu vârsta și în special prin școală. Dintre defectele fizice cari se întâlnesc la copiii de vârsta școlară, cele mai frecvente sunt defectele de dinți, de nas, gât, urechi și ochi. Defectele nazo-faringelui (vegetații adenoide, amigdale hipertrofiate, deviația septului, etc.) măresc susceptibilitatea pentru bolile infecțioase difteria, scarlatina, pojar, tusea convulsivă, etc.) și produc debilitate, anemie, nervozitate, întârzierea dezvoltării fizice, și intelectuale. De aici pornește adevăratul izvor pentru subiectul cel tratăm în lucrarea de față. Dacă nu prevenim dela început o infecție amigdaliană, într'o colectivitate școlară avem o răspundere nu numai față de noi înșine, ci și față de națiune.

Din punct de vedere social infecțiunile amegdalienne aduc o mare înrăurire într'o colectivitate școlară. Propagă infecția, dând mai târziu urmări foarte grave atât pentru individ cât și pentru societate. A nu preveni boala înseamnă a da națiunii tot ceace nu-i poate fi de folos : o generație fragedă cu copii defectuoși, anemici, debili, nervoși, foarte reduși din punct de vedere intelectual. Dăm așa multă atenție acestui focar infecțios, deoarece ele este nodul de unde pornește o întregă rețea de boale infecto-contagioase. — Cauzele sociale sunt date, cu deosebire prin frecvența școlii sau sunt analoge vrăstei preșcolare. Dinți cariiași neregulați reduc suprafața de masticăție, favorizează înmulțirea și răspândirea microbilor patogeni. Bolile de urechi sunt consecutive deobicei bolilor nazofaringiene, sau celor infecțioase. Prevenirea și combate-

rea infecțiilor amigdalene, este una din sursele cele mai importante ale ocrotirii școlare. Inchiderea școlilor reduce posibilitatea de contact, totdeauna și propagarea bolilor infecțioase. Ocrotirea acestora este în funcție de medicul școlar și sora de ocrotire. Ei supraveghează toți elevii de școală (examen medical, fișe de sănătate). Altă problemă este igiena localului școlii și a instrucției, inclusiv prevenirea influențelor nocive prin școală. Copii bolnavi trebuie scoși de la școală și în mod corespunzător îngrijiți. În instrucția elevilor sănătoși un rol important îl joacă educația fizică. Întrebuințarea copiilor în industrie, trebuie împiedicată sub vârsta de 12 ani.

Infecțiunile amigdalene de la vârsta de 30 ani în sus se întâlnesc mai rar. Cei cu amigdale mari, limfaticii, suferă mai des de amigdalite. Între cauzele predispozante are un rol determinant vârsta, mai ales vârsta tânără, (copii). Mai avem predispoziții individuale sau chiar ereditare. Întreaga influență morbidă a amigdalelor se poate încadra în 3 capitole mari. Ele sunt: 1. Tulburări infecțioase la distanță; 2. Tulburări reflexe și 3. Tulburări endocrine.

Teoria infecțiilor de focar a fost aplicată și în domeniul patologiei nervoase. După Rosenow o seamă de neuroinfecțiuni ca: encefalite epidemice, scleroza în plăci, coreea, epilepsia, poliomeilita epidemică, unele mielite acute, nefrite și polinefrite ar avea la bază o infecție de focar: (focare gingivo-dentare, amigdalene, etc. Dragonescu). Amigdalele au mai mult un rol de poartă de intrare, după alții însă, amigdalele pe lângă poarta de intrare constituiesc și o infecție de focar, cu un rol important în etiologia și patogenia unor afecțiuni nervoase, coreea acută de exemplu. În 2 cazuri de coree rebelă (Clinica Prof. Marinescu) făcându-se amigdalectomie, în unul s'a remarcat o ameliorare totală după această intervenție, iar în celalalt caz boala a durat 3 săptămâni, lăsând și sechele. În clinica Otto-Rino Laringologică din Cluj de sub conducerea Domnului Prof. Dr. Gh. Buzoianu din 8 cazuri de coree s'au operat 7, obținându-se vindecări totale în toate cazurile. Gibier-Rambaud (Presse Medicale, 1929) ar fi obținut rezultate bune în unele cazuri de psihoze schizo-frenice, tratate în serviciul Prof. Caluđe, cu un vaccin preparat cu streptococ viridans, microbii fiind izolați din focare dentare și amigdalene. Acelaș focar indiferent de localizarea lui, poate da o stare gravă meningeă, o tetraplegie dure-roasă, sau un sindrom meningo-poliradiculo-neuritic.

Relațiile dintre amigdale și alte boli.

Reumatismul poliarticular acut s'a pus de mult în legătură cu amigdalele, mai mult intervin amigdalitele cronice. Menținând teoria extremistă a lui Klinge care crede că reumatismul acut și cronic au o singură cauză: infecția amigdaliană, cei mai mulți autori admit rolul ei în cca 50 la sută a cazurilor. Amigdalectomia poate vindeca puseul respectiv de reumatism, însă nu pune la adăpost de recidive. Cauza recidive or nu se știe precis: poate extensia infecției în loja amigdaliană, poate existența altor focare infecțioase. Azi este unanim admis că în caz de reumatism explorarea amigdalelor este o necesitate absolută. Admițând rolul amigdalitelor în etiologia roumatismului, trebuie să recunoaștem că ele pot să dea și endocardite benigne (reumatismale) sau să efecteze miocardul. Cunoscând efectele dezaastroase ale reumatismului asupra corpului, pe cari nu le mai putem repara, tratamentul preventiv a lor prin ablația tuturor amigdalelor infectate ar fi bine venit și capabil să reducă în mod simțitor frecvența cardiopatiilor tinerilor. Focarul infecțios amigdalian figurează și el în etiologia endocarditei lente. (Maladia lui Osler).

Amigdalectomia nu poate opri evoluția progresivă spre fatalitate. Amigdalitele pot da nefrite, mai ales ematurice, cari evoluează în puseori sincrone, cu fazele de activitate a focarului faringian. După Prof. Hațieganu originea amigdaliană este frecventă în caz de nefrite cronice parțiale. Amigdalectomia dă rezultate bune în afecțiunile renale de origine amigdaliană.

Horak și Polednak constată vindecarea sau ameliorarea 37 %. Școala americană emite teoria formării ulcerului gastro-duodenal printr'o necroză ischemă datorită unei embolii infecțioase dintr'un focar dela distanță. Supurațiunile din criptele amigdalieni pot întreține prin înghițirea puroiului din virulent, sau prin eliminarea microbilor și a toxinelor venite pe cale saghină de către mucoasa gastrică, o gastrită cronică. Focarele infecțioase se discută și în legătură cu colitele, mai ales profunde parietale. Prin eliminarea microbilor și a toxinelor, mucoasa se lezează și se deschide calea infecției endo-cavitare. În tot cazul să nu neglijem amigdalitele, căci ele figurează 60 procente, după Lemegene printre infecțiile de focar. Știind rolul important al infecției hemogene în patagenia apendicitelor, s'a făcut legătura demult între ele și amigdalite. Amigdalitele cronice rare

ori se complică cu afecțiuni nervoase, Coreea Sydenhaim de multe ori recunoaște originea reumatismală, sau toxi-infecțioasă. Horak observă o vindecare după amigdalectomie.

Nevritele periferice sunt dese după infecția de focar. Mai nou se pune deseori indicația amigdalectomiei sau apicectomiei în cazuri de sciatică. Polednak a îndepărtat amigdalele într'un caz de paralizie facială obținând vindecarea după un an. Subfebrilitatea de origine amigdaliană n'are caractere patognomonice. De obicei evoluiază în poseuri, cari reduc evoluția focarului de diseminare.

Diagnosticul.

Diagnosticul originii amigdaliene este de ordin medical. Întâmpină greutăți mari și nu se poate stabili decât prin examinarea minuțioasă a tuturor organelor. Fără să am pretenția a mă extinde la diagnosticul diferențial amintesc numai că în cazurile obscure trebuie să suspectăm infecțiile de focar cari sunt ascunse și trebuiesc căutate.

Diagnosticul stării subfebrile amigdaliene este ușor dacă găsim semne tipice de amigdalită cronică. Amigdalitele hipertrofice de importanță mai redusă din punctul nostru de vedere, se diagnostică ușor. Amigdalitele cripte ascunse deseori în dosul stâlpilor aderenți în urma imflamațiilor repetate sunt mai periculoase. Este bine să examinăm amigdalele ridicând stâlpul anterior, sau să ne folosim de oglinda laringiană. Anginele repetate în antecedente sunt caracteristice pentru amigdalitele cronice. Examenul istologic al caseumului poate fi interesant. În caz de amigdalită predomină celulele de puroi.

Examenul bacterologic s'a practicat mai ales de către americani. În cripte găsim în mod normal saprofitii cavității bucale. În cazuri patologice se pot găsi streptococi, pneumococi, bacili difterici bacilul Koch.

După școala americană prezența streptococilor impune amigdalectomia, Charachou, Rebatu găsec în 27% a amigdalectomiilor streptococi. — Cunoscând numărul mare a tonsilectomiilor în serviciile de specialitate, cifra de sus pare destul de impresionantă în ce privește «pericolul amigdaliana».

Sedimentarea globulelor roșii este accelerată une-

ori peste 60 mm. în prima oră în tubul Westergreen. Reacția Viggo-Schmidt, Dacă se excită amigdalele normale prin masaj 2 m., formula sanghină arată o limfocitoză și o leucopenie, Dacă amigdalele sunt infectate și imflamate, se observă o reacție inversă: leucocitoză și limfopenie.

Tratamentul.

Avem tratamentul cauzal și rațional. Cel cauzal constă în îndepărtarea focarului de infecție. Deosebim o tonsilectomie preventivă, una precoce și alta tardivă. La o amigdalectomie tardivă afecțiunile evoluează deja pe cont propriu și independent de focarul primitiv. — Efectul curativ fiind nul sau foarte modest. Cercetând unele statistici am găsit că tonsilectomia în reumatismul poliarticular subacut a dat 41% vindecări, în cel cronic 15%, endo- și miocardita (7 cazuri) o singură vindecare, în nefrite 9—16% ameliorări. Statisticile americane dau 69% vindecări radicale în nefrite.

Tratamentul rațional este amigdalectomia. Vindecarea chiar dacă nu survine în toate cazurile, totuși de foarte multe ori obținem ameliorări însemnate.



OBSERVAȚIUNI CLINICE.

Din lipsă de spațiu dăm mai jos numai câteva din numeroasele cazuri clinice.

Obs. I. Bolnavul P. J. de 51 ani, preot, jud. Mu-reș, a fost internat în Serviciul Clinicii Neurologice în două rânduri, pentru dureri accentuate în regiunea sacrată, și membrul inferior stâng.

Antecedente heredo-colaterale: fără impor-tanță.

Antecedente personale. De la vârsta de 20 de ani a avut amigdalite repetate, La 25 ani a suferit de blenoragie. În timpul războiului a suferit de reumatism poliarticular.

Boala actuală datează din 1939. A debutat lent prin dureri ușoare în regiunea sacrată, cari se produ-ceau numai la mișcări. Urmează diverse tratamente, dar nu se simte bine și vine la Clinica Neurologică în 2 VIII. 1939.

Examenul obiectiv: plica fesieră mai ștearsă. Reflexele normale R. W. în sânge și lichidul cefalo-rachi-dian negativ. Se trimite la Clinica O. R. L. unde i-se recomandă amigdalectomie, având în vedere sciatica (Prof. Buzoianu). Se practică amigdalectomie în ziua de 10. VIII. 1939. (Dr. Gârbea). După 2 zile de la operație bolnavul se simte bine, durerile au devenit suportabile, ca apoi după 2 zile să devină surde. Starea generală este bună și părăsește Clinica la 1. XII. 1939. În rezu-mat este vorba de un bolnav cu sciatică care după amigdalectomie se vindecă.

OBS. II. Bolnavul A.F. de 20 ani, a fost internat în Clinica Medicală cu diagnosticul de artrită reumatică a genunchiului drept.

Antecedente heredo-colaterale și personale: nimica important.

Boala actuală: datează de aproximativ un an și a debutat în mod insidios prin jenă la nivelul genur-chiului drept, care mai târziu s'a transformat în dureri în care timp și articulațiunea se tumefiază, iar mișcările

sunt abolite din cauza durerilor. Urmează tratament diferit, fără însă a obține un rezultat pozitiv. Se internază în Clinica Medicală, de unde este trimis în serviciul Clinicei O.R.L. în 12. VI. 1938, când i se constată o amigdalită criptică cronică. I se face indicație operatorie care se practică în ziua de 15. VI. 1940 (Dr. Bodea). După 7 zile dela operație, edemul și tumefacția dela nivelul genunchiului drept începe a diminua, iar după 14 zile bolnavul începe să umble. După 3 săptămâni bolnavul este complet vindecat.

În rezumat este vorba de un bolnav cu artrită reumatică a genunchiului drept care după amigdalectomie se vindecă complet.

Obs. III. S. I. de 9 ani, Turda a fost trimis de către Clinica Infantilă cu fenomene de coree cronică.

Antecedente heredo-colaterale : fără importanță.

Antecedente personale : scarlatină la 3 ani, rugeoală la 7 ani, iar de un an suferă de reumatism poliarticular acut.

Boala actuală datează de 2 ani, decând prezintă mișcări dezordonate de 10 zile aceste fenomene se agravează, e febril și acuză dureri precardiace.

Examen obiectiv. Pulmonar prezintă pleurită stângă. Cord : Sufusistolic. În rest nimic deosebit. R.W. negativă.

La examenul O.R.L. se constată o amigdalită cronică criptică bilaterală, vegetațiuni adenoide. După o desinfecție prealabilă de 1—2 zile, i se face amigdalectomie și adenotomie (23. I. 1937. Dr. Bogdan Pavel) După operație starea bolnavului se ameliorează treptat și după 10 zile părăsește Clinica, complet vindecat. La acest bolnav nici un tratament medicamentos n'a avut efect.

Obs. IV N. F. de 9 ani, e trimis de Clinica infantilă, cu diagnosticul : coree Sydenham generalizată. *În antecedentele heredo-colaterale :* mama moartă de febră puerperală.

Antecedente personale : La 7 ani ani varicelă și scarlatină cu 6 luni înainte.

Boala actuală datează de 10 zile, a început cu mișcări dezordonate ale membrilor, de amplitudine variabilă, care se accentuează din ce în ce.

Examen fizic : tegumente, sistem osos, articulații normale. Prezintă mișcări neregulate ale capului, feții, membrilor, mersul este nesigur. R. W. este negativă.

La examenul C. R. L. se constată o amigdalită cronică criptică bilaterală hipertrofică și vegetații adenoide. I se face amigdalectomie și adenotomie (Dr. Cârbea) sub anestezie generală cu eter. După operație mișcările coreice se reduc mult și după 10 zile bolnavul părăsește serviciul complet vindecat. *In rezumat este vorba de un bolnav cu coree Sydenham care după amigdalectomie se vindecă complet după 10 zile de la intervenție.*

Obs. V. Bolnavul N. S. de 32 ani. Dela vârsta de 29 ani auzul a scăzut în mod progresiv. A avut un avort după care surditatea se agravează

Antecedente heredo-colaterale fără importanță.

Antecedente personale. La vârsta de 9 ani scarlatină. La examenul O. R. L. se constată o amigdalită hipertrofică cronică. I se face amigdalectomie. — După 3 zile de la operație auzul este mult mai ameliorat. Părăsește serviciul ameliorată. *In rezumat este vorba de o femeie de 32 ani cu hipoacuzie, care după amigdalectomie își recâștigă auzul în mod treptat.*

Obs. VI. Bolnavul P. V. de 6 ani Cluj. Este trimis de Clinica Infantilă cu antecedentele următoare:

Heredo-colaterale și personale. Nimic important.

Boala actuală. De 2 săptămâni prezintă mișcări desordonate atât la membrele superioare cât și la cele inferioare.

Examenul fizic. Articulațiile dureroase la presiune însă netumefiate. *Aparatul cardio-vascular:* suflu presistolic, care se propagă spre axilă. *Sistemul nervos:* prezintă mișcări neregulate, ilogice, cu amplitudine destul de mare. Mersul este dificil. *Aparatul digestiv și respirator:* normal. R. W. negativă. La examenul O. R. L. amigdalită hipertrofică, vegetații adenoide. După dezinfecție prealabilă se practică amigdalectomia și adenotomia (Dr. Gârbea). După câteva zile mișcările coreice dispar în repaus și sunt minime în mers. E trimis la Clinica Psihiatrică pentru a urma tratamentul corespunzător. *In rezumat, e vorba de un copil de 6 ani cu coree, care după amigdalectomie se ameliorează.*

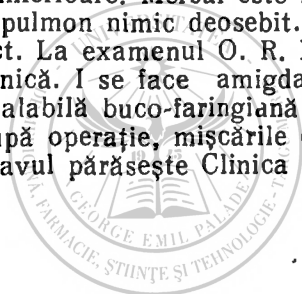
Obs. VII. Bolnavul H. I. de 10 ani este trimis în Clinica Infantilă cu diagnosticul de incontinență urinară spre a fi examinat.

In antecedentele personale: rușeolă: pertusis, nefrită. pneumonie.

Este bolnav de 4 săptămâni de când a început să urineze în mod contiuuu. La examenul fizic general nu se constată nimic deosebit.

La examenul O. R. L.: amigdalită cronică criptică, I se face amigdalectomie (Dr. Gârbea), după ce în prealabil a fost supus unei desinfecții naso-faringiene. După amigdalectomie, incontinența este mult îmbunătățită. Părăsește serviciul vindecat. *In rezumat, este vorba de un copil de 6 ani cu incontinență urinară, care după amigdalectomie se vindecă.*

Obs. VIII. Bolnavul P. E. de 8 ani Cluj. Este trimis de Clinica Infantilă cu diagnosticul de coree. *Antecedente heredo-colaterale:* fără importanță. *Boala actuală:* datează de 3 săptămâni și este caracterizată prin mișcări dezordonate atât la membrele superioare cât și la cele inferioare. Mersul este nesigur. *Examenul fizic:* cord și pulmon nimic deosebit. Articulații, sistemul osos intact. La examenul O. R. L. se constată o amigdalită cronică. I se face amigdalectomie după o desinfecție prealabilă buco-faringiană (Dr. Gârbea). La câteva zile după operație, mișcările coreice dispar complet, iar bolnavul părăsește Clinica vindecat.



CONCLUZIUNI.

1) *Inflamațiunile amigdaliene constituiesc manifestări de gravitate variabilă pentru organism, în special la copil.*

2) *Etiologia și patogenia inflamațiilor amigdaliene este foarte diferită.*

3) *Inflamațiunile amigdaliene cronice, alături de condițiunile sociale: sărăcie, surmenaj, alimentație, aglomerație, favorizează izbucnirea și răspândirea bolilor infecțioase (Scarlatina, difteria pojar etc).*

4) *Prin situații lor anatomică și prin conformația și structura lor istologică se explică frecvența inflamațiilor amigdaliene, cari pot avea urmări imediate sau tardive.*

a) *imediate: otite medii supurate, flegmoane periamigdaliene, diverse complicațiuni organice la distanță.*

b) *tardive: reumatism poliarticular, endocardite benigne, miocardite, nefrite, turburări digestive, unele forme de coree.*

5) *Hipoacuziile datorite otitelor, consecutive inflamațiilor amigdaliene pot fi cauze de infirmitate și deci de inferioritate socială, deasemenea turburările reumatice, cardiace și renale datorite inflamațiilor amigdaliene de focar constituiesc pentru existența bolnavilor inferiorizări în lupta socială.*

6) *Profilaxia acestor eventuale consecințe sociale și a acestor afecțiuni, în legătură cu infecțiile amigdaliene cronice sau acute se face printr'un juridicios tratament preventiv ori curativ al inflamațiilor faringelui.*

Văzută și bună de imprimat

Decanul Facultății,
Prof. Dr. I. Drăgoiu

Președintele tezii,
Prof. Gh. Buzoianu

BIBLIOGRAFIA.

Prof. Dr. Gh. Buzoianu : *Activitatea Clinicei O. R. L. din Cluj dela 1. Oct. 1934 — 1 Ianuarie 1936* Broșură Cluj.

Hațieganu-Goia : *Tratat elementar de Semiologie și patologie medicală. Nn. I—II, Cluj, 1934-36.*

Brunetti Frederico : *Cure radiante e chirurgice delle Tonsille palatine. Extrato dil Valsalva 1936.*

Cseke Petru : *Amigdalite'e cronice și stările subfebrile; Teză 1936.*

Citron : *Die Tonsillen als Eingangspforte fur Infektionen. D. Med. Wochen-Schrift 1926 No. 11.*

Dropier : *Etiologie du rhumatisme. Paris Medical 1924.*

Gârbea : *Tehnica amigdalectomiei totale în Clinica O. R. L. din Cluj, Teză 1936.*

Gault : *Quelques considerations sur le rol des amydales palatines. Annales des maladies de l'oreille L. F. 1930. No. 9.*

Goerke : *Zur Patho-Physiologie des Tonsillen 1924. No. 5. Deutsche Med. Wochenschrift.*

Hesse : *Recherches experimentales concernant la localisation des microbes consecutive aux infection secondaires tonsillogenes. Annales d'O. L. 1931.*

Horak et Polednak : *L'amygdalectomie au cours des maladies internes. Annales d'O. L. 1934. No. 9.*

Hutler : *Tonsillen und Innere Erkrankungen. Deutsche Med. Wochenschrift 1928. Nr. 8.*

Harry Barnes : *The Tonsilis, Saint Louis U S.A, 1914.*

Laurens : *Precis d'oto-rhino-laringologie. Paris 1940.*

Frățianu Eusebiu : *Amigdalele și patologia generală. Teză 1937.*

Kähler : *La probleme amygdaliene. Les Annales d'O. L. 1934.*

M. I. Alonso : *Amigdalitis cronica. Revue de Laryngologie etc. 1932—1933.*

Reuter : *Constatacion faits sur 500 tonsillectomies.*
Annales O. L. R. 1922. No. 1.

Raportul Congresului medical din Budapesta : *Infecțiile de focar. 1935. «A fokális infekciók patológiái vonatkozásai», etc.*

State Drăgănescu : *Infecțiunea focală și sistemul nervos. Raport asupra Congresului din Chișinău 1936.*

Suchanek : *Zur Tonsillenfrage: Monatschrift für O.R.L. 1926. No. 10.*

Tudoran Maria : *Stările reumatismale și amigdalitele cronice. Teză 1936.*

