

UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I., CLUJ  
Facultatea de Medicină.

---

No. 1133

# AMIGDALELE ȘI PATOLOGIA GENERALĂ

TEZĂ  
PENTRU  
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 24 Iunie 1937

EUSEBIU FRĂTIANU

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

# AMIGDALELE ȘI PATOLOGIA GENERALĂ

TEZĂ  
PENTRU  
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 24 Iunie 1937

EUSEBIU FRĂTIANU



23 MAY 2005

CLUJ

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

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

**Decan: Domnul Prof. Dr. D. MICHAÏL.**

**Profesori:**

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

**JURIUL DE PROMOȚIE**

Președinte: Prof. Dr. *Gh. Buzoianu*

Membrii:	}	Domnul Prof. Dr. <i>M. Botez</i>
		” ” ” <i>E. Țeposu</i>
		” ” ” <i>Gh. Popovici</i>
		” ” ” <i>Gr. Benetato</i>

Supleant: Doc. Dr. *I. Gavrilă*

## INTRODUCERE.

Problema amigdaliană, cu toată bogăția și cu tot numărul imens de lucrări, ce s'a ocupat de ea, continuă să fie și azi la ordinea zilei, ca o problemă ce așteaptă încă multe rezolviri. Dat fiind faptul că importanța ei în patologia generală e imensă — a o trata în mod precis, concis și mai ales conștiincios din toate punctele de vedere — cere pe lângă multe alte lucruri și un spațiu material în raport cu importanța ei, ceea ce în cadrul unei teze întâmpină multe greutăți și, de multe ori fiind irealizabil, este lesne de înțeles că n'am putut da acestei teze întinderea pe care o merita. Dar, cu tot cadrul ei restrâns, în raport cu importanța acestui subiect, am căutat în limita posibilității unei cercetări de ansamblu, să omit cât mai puțin și să strâng într'un mănunchiu cât mai concis, manifestările patologice atât de variate și atât de caleidoscopice ale acestor organe și aceasta, din simplul motiv că ele depășesc cu mult cadrul strict al specialității căreia aparțin. În consecință în cele ce urmează, am fost călăuzit de intenția de a accentua și de a sublinia cât mai mult importanța pe care atât studentul în medicină cât și medicul practician ar trebui să o dea acestui capitol atât de complex asupra căruia, din păcate, de foarte multe ori, privirile se îndreaptă destul de superficial. În adevăr, rareori alții în afară de specialiștii, pediatrii și medicii școlari, atribue importanța cuvenită din punctul de vedere al patologiei în general și al semiologiei în special, acestor organe. Nu este însă mai puțin adevărat, că în foarte multe cazuri, deși bine intenționați și conștiincioși, deci cu pregătirea și conștiința profesională la înălțime, să ne găsim la un moment dat în trista situație de a nu putea preciza un diagnostic sigur din foarte multe motive. Mai întâi, că sun-

tem încă departe de a putea cunoaște în întregime, semnificația tuturor proceselor bio-patologice și a întregului cadru morbid ce le-ar putea ele prezenta într'o împrejurare dată, pe de altă parte, greutateii, dar mai ales insuficienții metodelor de investigație de care dispunem în prezent.

Harry Barnes, în lucrarea sa, „The Tonsilis“ spune: „Intr'un caz concret clinicianul rareori este pus în situația de a spune cu certitudine, dacă o infecție determinată, e sau nu de origine tonsilară“, dar totuși, într'un caz concret, nu se poate spune dacă o amigdală e sănătoasă ori bolnavă. Oricare ar fi situația: superficialitatea, neglijența sau imposibilitatea investigației, rămâne ca fapt bine stabilit: importanța capitală ce o are complexul amigdalian, de fapt și de drept, în cadrul patologiei generale. Stând astfel lucrurile, în lucrarea de față pe lângă că am fost condus de ideea de a scoate în relief importanța lor în domeniul patologiei în general — subiectul tezei mele — am ținut în plus să amintesc în mod deosebit și de superficialitatea atât de des întâlnită: lucrurile acestea odată precizate, sper că am reușit în parte să contribui prin această cercetare restrânsă, dar de ansamblu, lipsită de altfel de orice pretenții, la una din problemele mari, adesea ignorate, din marele domeniu al medicinei practice.

## ANATOMIE - ISTOLOGIE.

Amigdalele palatine sunt două mase limfoide situate în orofaringe și protejate de o formațiune anatomică: loja amigdaliană, formată din cei doi stâlpi ai vălului palatin. Amigdala se prezintă la exterior ca o migdală mare, de formă ovoidă. Dimensiunile ei sunt 20-25 mm. înălțime, 15 mm. lățime și 10 mm. grosime. (Testut). Amigdala este constituită dintr'un corp și două extremități sau poli. Suprafața ei prezintă un număr mare de orificii, care sunt tot atâtea porți de intrare pentru microbi, numite cripte amigdalienne. Amigdala face parte din seria formațiunilor limfoide, care se află în faringe și care formează o totalitate anatomică numită: *marele cerc limfatic faringian al lui Waldeyer*. Formațiunile limfoide care compun acest cerc sunt: amigdala lui Luschka, situată în nasofaringe (ipertrofia ei dă adenoidismul), amigdalele lui Gerlach, situate în apropierea trompei lui Eustache, amigdalele linguale situate la baza limbei și în fine de amigdalele palatine, amintite mai sus. Asupra importanței acestui cerc limfatic, voiu înșișa în cele următoare.

Din punct de vedere istologic, amigdala palatină este un organ limfoid, care se prezintă sub forma de foliuli limfatici, compuși din elemente celulare limfocitare dispuse în jurul unei strome. La exterior este acoperită de un epiteliu stratificat pavimentos. La interior, găsim o stromă conjunctivă, vase limfatice și elemente limfocitare.

*Fiziologia* amigdalelor este încă obscură. Ea formează obiectul multor discuții, neexistând o concepție unitară asupra rolului ce-l au aceste formațiuni limfoide în organism. S'au emis o mulțime de teorii și ipoteze, după caz și autor și numai puține din ele sunt bazate

pe fapte concludente sau pe o experimentare științifică. Cele ce urmează, nu constituie decât un mic rezumat asupra celor mai importante funcțiuni ale acestor organe, rămânând ca la capitolul patologiei generale, să le expunem în mod mai detaliat. În prima linie trebuie să amintesc *funcția de apărare*, care s'ar baza pe puterea bactericidă a unor substanțe cu caracter lipoidic. S'a presupus un *rol endocrin*, fără a se putea dovedi. Această secreție s'ar face pe seama limfocitelor, cari trecând prin diapedeză în vasele sanguine, pun în libertate substanțele secreției interne. Unii admit formarea limfocitelor în centrul germinativ amigdalien ceea ce alții combat, admițând contrariul: distrucția lor la același nivel. În ultimii ani s'au făcut diverse experimentări cu extractul amigdalien; acest extract ar avea o oarecare influență asupra tensiunii sanguine, a metabolismului general, mai ales asupra metabolismului hidrocarbonaților, asupra vaso-motricității, asupra creșterii și dezvoltării șoarecilor albi etc. Cu toate că rolul precis al amigdalelor nu se cunoaște, trebuie să le considerăm ca organe cu scop anumit, utile pentru organism. Mai nou se presupune că amigdalele fixând diferiți microbi, în criptele amigdaliene, iar toxinele lor resorbite ar forma în felul acesta anticorpi. Prin aceasta, ele vaccinează în mod activ organismul, în special în primii ani ai vieții, față de infecție. În concluzie, după Policard, amigdalele și formațiunile limfoide analoage ar fi *organe imunizatoare prin excelență*.

## PATOLOGIE CLINICĂ.

Amigdala prin situația sa în faringe, se află așezată în punctul unde cele două căi — digestivă și respiratorie — se încrucișează una cu alta. Dată fiind această așezare topografică într'o regiune, unde există o bogată floră microbiană, în mod fatal amigdala este predispusă, în anumite împrejurări, să facă o serie de infecțiuni numite amigdalite. Din punct de vedere etiologic, anginele constituiesc apanajul copilăriei și al adolescenței. Dela vârsta de 30 de ani în sus se întâlnesc mai rar. În-

divizii limfatici, cu amigdale mari, constituiesc clasa celor numiți: abonați la amigdalită. Avem deci cauze predispozante ca: vârsta, mai ales vârsta tânără, (copiii). Această frecvență în vârsta tânără se explică prin evoluția țesutului limfoid dela acest nivel. Sunt apoi predispoziții individuale sau chiar ereditare. Avem o autoinfecție, determinată de cauze locale: operațiuni, substanțe iritante etc. sau de cauze generale: frigul sub toate formele, temperatura joasă și umedă și curenții de aer. Etero-infecția poate fi de vecinătate: rinite, stomatite etc. Contagiunea are un rol important: *anginele mediu lui spitalicesc apoi anginele din marele grup al bolilor infecțioase*. Avem și *angine catameneale*, în legătură cu menstruația, apoi *anginele* în legătură cu turburările gastro-intestinale. Tuberculoza și sifilisul au și ele contribuția lor specifică. Amintim apoi de anginele în diversele leucemii, angine monocitare etc.

Simptomatologia e foarte variată, după cum avem angine: acute, subacute, cronice, specifice, nespecifice etc. Avem simptome de ordin general, local, funcțional și fizic. Debutul poate fi brusc sau insidios, cu fenomene generale alarmante, chiar dramatice sau din contră foarte ușoare, neînsemnate. Febra poate fi ușoară, ridicată sau hipertermie. Fenomene nervoase, agitațiuni, delire sau o simplă indispoziție. Starea generală uneori poate fi extrem de gravă: adinamie, prostrație. Putem găsi grețuri și vărsături biliouse. Constipația și fenomene de subicter nu sunt rarități. Cele de ordin funcțional sunt: disfagia și uneori disfonia. Mișcările capului și ale gâtului de multe ori pot fi dureroase, dificile și limitate, eventual un adevărat torticolis din cauza ganglionilor submaxilari inflamați. Deși în clinică deosebim forme multiple, simptomele anginelor sunt aproape identice, deosebindu-se mai mult prin semnele anatomice locale. Acest fapt ne îndreptățește să vorbim de un sindrom anginos (Hațieganu). Anginele au o importanță deosebită, fiind punctul de plecare a celor mai variate afecțiuni viscerale (reumatismul poliarticular acut, glomerulo-nefrite, endocardite, septiciemii, entero-colite, congestii pulmonare, apendicite etc.)



Aceste complicațiuni se pot produce ori în cursul perioadei acute sau sunt datorite focarelor infecțioase, rămase foarte des după angina infecțioasă. O clasificare etiologică a anginelor nu este posibilă. Se admite o clasificare anatomo-clinică, după aspectul exterior. Anginele cele mai obișnuite sunt: *angina catarală*, simplă, eritematoasă, care survine ca un epifenomen în cortegiul simptomatic a mai multor boli: gripă de exemplu. *Angina pultacee*, criptică, cu noduli albi eventual membrane, o găsim la începutul scarlatinei. *Angina flegmonoasă*, duce la un abces periamigdalian, stare septică, trismus și o stare generală rea. *Angina ulceroasă* o găsim în febra tifoidă (săptămâna a doua) și în scarlatină. *Angina pseudo-membranoasă* este o angină cu o etiologie foarte variată. *Angina difterică* e importantă din cauza paraliziiilor diverse pe care le cauzează. Aceleași forme le putem găsi și în infecțiile din seria variată a cocilor, apoi în sifilis și scarlatină. Din grupul *anginelor ulceromembranoase* face parte *angina lui Plaut-Vincent* care este tipul cel mai expresiv. Anginele pot surveni apoi și în leucemii, având un caracter difteroid sau ulceros.

Deosebim câteva forme speciale de angine: *angina în febra ganglionară* sau *angina monocitară*. Aceasta a fost descrisă prima dată de Filatow și Pfeiffer. Ea survine sporadic sau în epidemii și interesează vârsta tânără. Poate fi catarală, ulceroasă sau difteroidă. Ea nu e o afecțiune de sine stătătoare ci un epifenomen al bolii fundamentale. Aproape toți ganglionii sunt măriți; starea generală însă e bună. Diagnosticul se face pe baze hematologice: tabloul leucocitar este reprezentat prin predominanța monocitelor. *Angina în agranulocitoză*. (Schultz 1922) este o angină necrotică, septică, cu scăderea sau dispariția completă a glanulocitelor din sânge. Ea face parte din sindromul pan-mieloftiziei și evoluează spre fatalitate.

Diagnosticul anginelor se face după aspectul lor. E important și trebuie să se știe că de cele mai multe ori anginele sunt boli de acompaniament (leucemie, monocitemie, difterie etc.). Diagnosticul anginelor acute e u-

șor; pe când a celor cronice e foarte greu și în multe cazuri trebuie să recurgem la examenul de laborator.

Capitolul cel mai important din marea problemă amigdaliană îl formează: *anginele cronice*. Fără să exagerăm, putem spune că foarte rar vom găsi un adult cu amigdale absolut normale. Aceasta datorită faptului că frecvența infecțiilor amigdaliene întâlnite în copilărie este extrem de mare. Deși sunt vindecate în aparență, cele mai multe dintre ele lasă mici „reminiscente“ în cripte, în foliculi, sub formă de mici abcese septice sau aseptice, cu răsunet patologic ulterior. Amigdalitele cronice se pot prezenta sub o formă hiperplazică moale (copii) sau sub formă ipoplazică involutivă, dură (adulți). Evolutiv, ele pot fi cronice dela început, cu puseuri intermitente sau derivă din cele acute. Pe suprafața lor, găsim pe alocurea puncte alburii, cazeoase și foarte fetide cari se prezintă sub formă de dopuri ce astupă orificiile criptice (ale cavităților amigdaliene, în cele mai multe cazuri 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. Asupra acestor focare oculte de infecție, de o importanță capitală în patologia generală, cunoscute sub denumirea de : „*Focal-Infection*“, (Rosenow) voi reveni mai pe larg în cele ce urmează, el constituind adevăratul subiect al lucrării de față.

## PATOLOGIE GENERALĂ

Asupra rolului ce-l joacă amigdalele în patologia generală, s'a scris mult și literatura de specialitate în această materie este abundentă. Ceea ce este mai puțin clar, este mecanismul prin care aceste organe influențează posibilitățile de îmbolnăvire și de reacționare ale organismului și aceasta mai ales în măsura în care rolul pe care amigdalele îl au, este în legătură cu fiziologia lor.

S'a considerat amigdala palatină ca o glandă cu secreție internă, fără a putea însă rezista criticei experimentale sau observațiilor clinice demonstrative.

Alți autori au considerat și mai consideră încă și azi ca principala funcțiune amigdaliană, apărarea organismului împotriva infecțiilor bacteriene. S'a adus însă obiecțiunea, că există o mare disproporție între numărul imens de bacterii ce trec prin tractul aerodigestiv și acela ce vine în contact cu amigdala pentru a o putea considera cu adevărat protectoare. S'a formulat și teoria eliminării bacteriilor în cursul proceselor septice. Ținând cont și de teoria auto-vaccinării polivalente a lui Policard, ne putem da seama de rolul ce-l joacă aceste formațiuni limfoide în patologia generală. Fără a intra deocamdată în amănunte, țin să precizez că în lucrarea de față, prezint opiniunile celor mai autorizați clinicieni și cercetători de laborator, endocrinologi, pediatri, interniști, oto-rinolaringologi, fiziologi etc. cari, prin observațiunile lor clinice expun legăturile dintre stările morbide cele mai variate și amigdalele palatine. — Datorită împrejurării, că amigdalele prin situația lor anatomică și topografică sunt așezate într-o regiune care excelează prin bogăția florei microbiene, în mod evident, ele vor fi determinate să facă infecțiuni cu atât mai mult, cu cât această regiune se prezintă ca o permanentă sursă de infecție. Cu toate acestea infecțiunile sunt relativ rare. Aceasta se explică prin prezența unui sistem limfoid foarte puternic — inelul lui Waldeyer — deși funcțiunea fiziologică a acestui țesut, după cum am amintit mai sus, nu este pe deplin elucidată. 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. Acest țesut din care face parte și amigdala palatină, situat la nivelul celei mai importante porți de infecțiune, are incontestabil un rol considerabil în apărarea organismului față de diverși agenți patogeni. Din acest compromis biologic dintre germeni și țesuturi, rezultă posibilitatea unei infecțiuni de focar. Hațieganu) Rezumând cele de mai sus, ajungem la concluzia, că amigdala poate fi, după împrejurări, o barieră solidă în calea microbilor diverși, după cum aceeaș amigdală, în alte împrejurări, poate fi o

poartă de intrare, o cale și mai ales, o sursă de infecție. Aceste surse de infecție sau infecție de focar: „*Focal-Infecțion*“ al autorilor americani ca: Passler, Rosenow, Mayo, Fr. Billings și alții, asupra cărora ei insistă atât de mult, nu sunt altceva decât niște noi puncte de plecare ale unor stări generale foarte grave, sau îmbolnăvirea gravă a unor organe situate la distanță. După Billings, sediul acestor focare în ordinea frecvenței este în: amigdale, dinți, gingii, sinus, uter, salpinge, prostată, veziculă biliară, apendice, urechea medie etc. Focarul amigdalian, primul în ordinea frecvenței deci și a importanței, ne interesează în cazul de față. Acesta numai cu greu se poate pune în evidență; el se trădează printr'o iperemie locală foarte discretă, secreție bogată în leucocite, sensibilitatea ganglionilor regionali, ascensiuni mici de temperatură și leucocitoză după un masaj tonsilar, anemie etc. (Hațieganu). Aceste focare de infecții latente rămân de obicei profunde, 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). În America și în Anglia rolul acestor focare fiind cunoscut, intră în prevederile societăților de asigurare. După o statistică a lui Fr. Billings (citată după St. Drăgănescu) din 500 de localizări, în 336 de cazuri, e vorba de amigdale, restul fiind repartizat pe dinți, gingii etc. deci în marea majoritate, amigdalele constituie un punct de plecare al unor turburări organice la distanță sau a unor septicemii.

M. Wassmund, a observat mai multe cazuri de septicemii datând de săptămâni, care au dispărut imediat ce s'a îndepărtat focarul de infecție; din sânge și din focarul infecțios, care a cauzat septicemia, s'a izolat acelaș agent patogen. În privința acestor germeni, chestiunea e încă în studiu. După autorii americani, Rosenow în special, ar fi vorba mai ales de streptococul viridans, aerob și anaerob; după autorii germani, stafilococul și microbii banali sunt agenții patogeni în chestiune. Recapitulând cele expuse, importanța patologică a amigdalelor se afirmă din zi în zi mai mult și interesul lu-

mii medicale a fost îndreptat în special către problema amigdaliană în legătură cu mult discutata teorie a infecțiilor de focar. Vom înțelege așadar sub noțiunea de „Focal-Inection“ (Billings): zone de țesuturi infectate cu agenți patogeni cari duc la infecția sau intoxicația organismului rămânând tot timpul pe planul al doilea.

Focarele primitive, numite „toter Raum“, sau câmpuri de diseminare: „Streungsherd“ sunt cavități preformate infectate, latente și pentru a putea fi depistate, trebuiesc căutate. Microbii cantonați la acest nivel (Rosenow a descris circa 100 de varietăți de streptococi) pătrund din când în când în sânge, dând mici puseuri septicemice, se localizează pe anumite organe predilecte, datorită unui organotropism, negat de unii. Față de aceste bacteriemii sau toxemii, lansate din focarul primitiv, organismul reacționează printr'o serie întregă de manifestațiuni (modificări umorale, manifestări cutanate, urticarie, etc), care nu sunt altceva decât reacții de ipersensibilitate. Tot în cadrul acestor manifestațiuni variate vom găsi și febră. Vorbind de febră, vom exclude binențeles febra anginelor acute, ea fiind un epifenomen obișnuit în cortegiul simptomatic al afecțiunii ca atare; în schimb, vom lua numai în considerare febra formelor cronice, cari evoluează sub aspectul unor stări febrile sau subfebrile și astfel am ajuns să vorbim de sindromul amigdalian febril.

Febra având cauze extrem de multiple, pentru a-i putea depista și preciza originea, trebuie să avem în vedere toate posibilitățile, trebuie să examinăm minuțios bolnavul și folosindu-ne uneori (ceea ce este mai rar) de datele ce ni le furnizează laboratorul, printr'un procedeu de excludere, vom ajunge la un diagnostic etiologic, dacă nu de certitudine cel puțin verosimil. Acest sindrom febril amigdalian, de obicei, nu produce leziuni organice evidente, capabile să ne atragă atenția asupra suferinței unui organ sau sistem; el evoluează în cadrul unei simptomatologii bizare care în foarte multe cazuri ne induce în eroare. Așa de exemplu vom găsi ușoare fenomene dispeptice: inapetență, greață, etc., fenomene variabile nervoase ca cefalee, depresiune fi-

zică și psihică, pe de altă parte o anemie ușoară oligocromemică, emaciere, simptome care de multe ori ne face să diagnosticăm o tuberculoză incipientă. Starea aceasta poate să dureze chiar ani de zile. Evoluează de obicei în puseuri cu exacerbare vesperală și leziunile ce le lasă în urmă sunt de ordin visceral, nervos și mental. Diagnosticul e de ordin medical și se bazează pe depistarea focarelor de infecție, printre cari amigdalitele cronice figurează cu o procentualitate de 60%. Ca tratament, în toate cazurile de sindrom febril amigdalian pur, se impune: amigdalectomia.

Epidemiologic vorbind, amigdalele cronice inflamate le-am considerat până acum ca o poartă de intrare și ca o sursă de infecție. Ca să fiu complet, înainte de a trece la diversele complicațiuni cauzate de ele la distanță, trebuie să amintesc și de calea de infecție.

Calea de infecție fiind în cea mai mare parte cea sanguină (și în parte cea limfatică), ținem să amintim și septicemia tonsilară. (Hegler, Hamburg. 1934). Septicemia tonsilară având unele caractere proprii, abia în ultimii 10 ani, a fost mai de aproape studiată, dându-se importanța cuvenită. E secundară unei angine acute, subacute sau cronice, eventual consecutivă unor abcese periamigdalieni. Se caracterizează printr'un debut solemn, febră mare, puls accelerat, frison și o stare generală alterată; aceste simptome survin de multe ori după o vindecare clinică aparentă a afecțiunilor de mai sus. Drept complicații avem: un proces de endo- și tromboflebită a venei faciale, a venei jugulare, care proces, poate să se extindă — contra curentului sanguin — spre sinusul cavernos dând simptome grave meningeale. Alte complicații: abcese pulmonare, renale, mediastinale etc. Fără un diagnostic precis și o intervenție chirurgicală precoce, ele evoluează spre fatalitate.

Cunoscând complexul amigdalian sub diversele sale forme, dar mai ales sub aspectul celor trei forme amintite de: poarta de intrare, sursă de infecție și cale de infecție, să vedem acum care sunt localizările viscerale și complicațiunile ce derivă din ele.

În mod schematic, turburările consecutive amigda-

litelor acute și cronice, se pot împărți în două grupe mari: turburări locale și turburări generale.

Turburările locale țin în prima linie de surse de infecție. Amigdalele hipertrofice constituiesc o astfel de sursă care reprezintă un obstacol mecanic atât pentru actul deglutiției, cât și pentru respirație. În același timp ele provoacă o iritație a nervilor dela acest nivel și dau o serie de turburări reflexe și funcționale. Tot aici aparțin și turburările de fonație: voce amigdaliană cu un timbru caracteristic (surd, stins, întunecat, nasonat). Aceasta se mai caracterizează prin emisiunea defectuoasă a guturalelor (g, k, r, și l). Aceste turburări devin și mai grave atunci când la hipertrofia amigdalelor palatine se adaugă și o mărire a amigdalei faringiene, (amigdala lui Luschka) dând așa numitele: vegetații adenoidice. Aspectul acestor blonavi (copii) este destul de caracteristic: facies adenoid: față lungită, linii șterse, gura întredeschisă, nas îngust, respirație nasală greoaie, sforăitoare. Vocea este slabă, literile m și n sunt pronunțate ca b și d, iar unele consonante sunt suprimate.

Disfoniile interesează aproape toate calitățile vocale. Se constată o rinolalie închisă, caracterizată printr-o delimitare accentuată. Este mai mult o stomatolalie, întrucât rezonanța nasală este absentă, fiind o turburare inversă rinolaliei deschise sau a nasalizării. Vocea și igiena vocală, Prof. Buzoianu — și Cotul). Tot aici vom încadra și turburările în auz, datorite unei obstrucții prin inflamația mucoasei trompei lui Eustache sau ele pot fi de altă natură. La copii de tot mici, aceste turburări auditive pot duce la surdo-mutitate. De multe ori surditatea unui copil trădează adenoidismul. Hipertrofia amigdalelor faringiene, ca obstacol mecanic, cauzează o insuficiență respiratorie, care la rândul ei poate da: agitații, coșmare, terori, sudori și enureză, toate cu caracter nocturn. Local se mai poate constata un catar cronic la nas și gât, în repetiție. Turburările generale concomitente și consecutive adenoidismului, sunt datorite pe de o parte unui deranj în hematoză, pe de altă parte infecțiilor cronice. Acești copii, în afară de aspectul stupid și caracteristic, vor prezenta o desvolta-

re fizică și intelectuală redusă, turburări osoase și simptome de ipotiroidism cu care adesea sunt asociate. Efortul intelectual produce la acești copii cefalee intensă. Capacitatea de muncă este foarte redusă din cauza aproximativ: progresul școlar întârziat. Adenopatiile cauzează o stare febrilă: febra ganglionară. Simptomatologia de mai sus e cu atât mai gravă cu cât copilul e mai tânăr.

De fapt în trei capitole mari patologice, se poate încadra întreaga influență morbidă a amigdalelor în patologia generală. Ele sunt:

1. Turburări infecțioase la distanță.
2. Turburări reflexe.
3. Turburări endocrine.

1. *Turburările infecțioase, (Focal-Infection) și Sistemul nervos.*

Teoria infecțiilor focale a fost aplicată și în domeniul patologiei nervoase. Rosenow a mers chiar atât de departe încât pentru el o seamă de neuro-infecțiuni ca: encefalita epidemică, scleroza în plăci, coreea, epilepsia, poliomielita, unele mielite acute, nevrite și polinevrite etc. ar avea la bază o infecție de focar: (focare gingivo-dentare, amigdalienă etc.) (Drăgănescu). În etiologia acestora un rol aproape exclusiv l-ar avea streptococul, care ar avea și o formă filtrabilă. Pentru a atribui în apariția unei manifestațiuni nervoase un rol infecției de focar, trebuie ca acesta să constituie un focar permanent, quasi latent, a cărui îndepărtare să aducă vindecarea boalei, ceea ce în domeniul patologiei nervoase, e mai greu de realizat. De exemplu: o scleroză în plăci sau o encefalită epidemică nu se poate vindeca prin o extracție dentară.

În acest caz, 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 ex. — mai ales când aceasta e însoțită de artralgi. În două cazuri de coree rebelă (Clinica Prof. Marinescu), făcându-se amigdalectomie, în unul s'a remacat o ameliorare reală după aceas-



tă intervenție, iar în celălalt caz, boala a durat trei săptămâni, lăsând și sechele. În ambele cazuri, în profunzimea țesutului amigdalian, exista pe lângă o reacție limfoidică mare și prezența de coci. În clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj, de sub conducerea Dlui Prof. Dr. G. Buzoianu, din opt cazuri de coree, s'au operat șapte, obținându-se vindecări totale în toate cazurile.

Gibier-Rambaud (Presse Medicale, 1929) ar fi obținut rezultate bune în câteva cazuri de psihoze schizofrenice, tratate în serviciul Prof. Claude, cu un vaccin preparat cu streptococ viridans, microbii fiind izolați din focare dentare și amigdalene. Pe lângă administrarea vaccinului, îndepărta focarul infecțios latent, capabil să agraveze sau să deslănțue turburări psihice la indivizi cu predispoziție. Același focar, indiferent de localizarea lui, poate da o stare gravă meningeă, o tetraplegie dureroasă, sau un sindrom meningo-poliradiculo-nevritic. Trebuie să menționăm în acest loc o serie de simptome și manifestări nervoase, turburări neuro-psihice aparent ușoare, frecvente și pe care le înglobăm sub numele de nevroze sau chiar psiho-nevroze, și care în etiologia lor au un focar de infecție cu localizare diversă. În cadrul acestor nevroze sau psihonevroze, etichetate și sub numele de nervosism, vom găsi stări astenice, cefalee ori migrene inexplicabile, senzație de vibrație în tot corpul, tremurături, contracțiuni musculare, tresărituri nocturne, eretism cardiac, mici frisoane, artralгии etc. La un examen superficial vom trece cu vederea peste adevărata cauză și vom institui un tratament simptomatic, fără a putea aduce un folos real bolnavului. Descoperind infecția de focar, printr'un examen conștiincios și concentric, instituind tratamentul adecuat, turburările dispar. De fapt aceste lucruri nu sunt chiar așa de simple; elementul predispoziției psihopatiei își are și el rolul său. În concluzie, aceste fapte ne arată că și în domeniul patologiei nervoase rolul infecției de focar e de prima importanță.

## .. RELAȚIA INTRE AMIGDALITE ȘI REUMATISM.

Cel dintâiu care a stabilit această relațiune a fost marele Hippocrate. Eyerlin, în 1792 spune: „materia reumatică ad Tonsillas deposita“, iar Fowler, în 1880, demonstrează că în 80% din cazuri de reumatism acut îi premerge o amigdalită. Observațiunile noi ale autorilor americani, organotropismul lui Rosenow, în virtutea căruia agentul are predilecție pentru anumite organe, sunt chestiuni deja amintite asupra cărora nu mai revin. Intervalul între o amigdalită acută și începutul fenomenelor reumatismale variază dela o zi până la o lună. De fapt nu toate amigdalitele se complică cu reumatism; aici vin în considerare și anumiți factori: factori cari privesc amigdala și factori cari privesc condițiile individuale. După Dioz, condițiile sunt: cronicitatea infecției cu puseuri intermitente, cari duc la o sensibilizare a organismului și o condiție individuală prielnică, o constituție mezenchimatoasă, secreție endocrină și așa mai departe. Infecția seroasei articulare are ca punct de plecare un focar de infecție latent. Diseminarea se face pe calea sanguină sau limfatică, și microbii ajunși la nivelul articulației găsesc condiții excelente de dezvoltare, fără să fie nevoie de a invoca organotropismul lui Rosenow. Uneori, când reumatismul se instalează rapid, după o angină acută, se presupune în acest caz, că amigdala este mai mult o poartă de intrare a agentului, decât o complicație de origină amigdaliană. De fapt intervin mai mult amigdalitele cronice. După Klinge: reumatismul recunoaște o singură cauză: infecția amigdaliană. Billings stabilește că din 577 de cazuri de reumatism, 75% au o origine amigdaliană. În consecință, în caz de reumatism, examinarea amigdalelor este o necesitate absolută. (*H. Curshmann, Hamburg*).

Tratamentul indicat va fi amigdalectomia. Vindecarea chiar dacă nu survine în toate cazurile, totuși de foarte multe ori obținem ameliorări însemnate. Evident, nu putem aștepta o vindecare în acele cazuri, când focarele articulare sunt vechi și evoluează pe cont propriu. Procentualitatea vindecărilor după amigdalectomie variază: statisticele americane de exemplu, dau 69% de vindecări; în medie ele sunt în jurul cifrei de 50%.

## RELAȚIA ÎNTRE AMIGDALITE ȘI ENDOCARDITE.

Sub denumirea de endocardită înțelegem o afecțiune inflamatorie a endocardului. Procesul inflamator se localizează de obicei pe partea valvulară (endocardita valvulară), dar se poate localiza și pe endocardul parietal (endocardită parietală). În etiologia lor vom întâlni diverse infecțiuni, dintre care vom menționa : reumatismul poliarticular acut și amigdalitele. Endocardita benignă, simplă verucoasă, o formă a endocarditei acute, are ca etiologie mai des reumatismul poliarticular acut, de aceea se numește și reumatismală. Azi reumatismul poliarticular acut se concepe ca o boală cu localizare primitivă viscerală, cardiacă, iar manifestațiunile articulare sunt considerate ca un fenomen secundar. În atecedentele bolnavilor cu endocardita reumatismală putem găsi și coreea.

După Letulle și Bezancon, ar trebui să vorbim de reumatism cardiac (leziunea primitivă), decât de reumatism poliarticular.

O altă formă a endocarditei este forma recidivantă, o formă subacută. Ea survine printre altele, și după amigdalite.

Endocardita lentă este tot o formă subacută, care în sensul concepțiunii americane este produsă de un focar infecțios amigdalian, sau cu o altă localizare. Tratamentul în primul rând în această formă, cere îndepărtarea focarului de infecție — tonsilectomie — care totuși nu poate opri mersul spre fatalitate, căci din nefericire, maldia lui Osler-Janway, eliberându-se de sub dependența focarului primitiv, devine un câmp de diseminare prin excelență.

Infecția de focar poate să intereseze în afară de endocard, miocard, (miocardita reumatismală) și pericardul (pericardita reumatismală). La capitolul leziunilor cardiace de origine amigdaliană, încadrăm și acele cazuri de neuroză cardio-vasculară, în etiologia căreia vom găsi un focar de infecție: o dantură proastă sau o amigdalită cu abces lent. (Hațieganu).

## RELAȚIA DINTRE AMIGDALĂ ȘI RINICHI.

În etiologia nefritelor infecțioase faringiene, amigdalene, figurează cu un procent destul de important. Abstrăgând de nefrozele ușoare, quasi banale în cursul diverselor boli infecțioase, amigdalele inflamate, în calitatea lor de poartă de intrare pentru o serie întreagă de agenți patogeni, (amigdalele — după Frederico Brunetti — sunt considerate ca un filtru, care odată deteriorat, lasă să treacă prin el toate impuritățile), vor da nefrite, mai ales ematurice, care evoluează în puseuri sincrone cu fazele de activitate ale focarului amigdalian. Deosebim o nefrită de origine rino-faringiană (Hațieganu) foarte frecventă, caracterizată prin predominanța ematuriei și accentuarea acesteia cu puseurile congestive faringiene. Survine după angine sau amigdalite. Se mai numesc și nefrite parțiale. Aceste nefrite parțiale pot fi acute și cronice; în acest din urmă caz vorbim de o formă a sclerozei renale. Sunt foarte importante aceste nefrite parțiale — (Herdnephritis), caracterizate în afară de ematurie — prin o lipsă completă a sindromelor renale.

Ele sunt boli de acompaniament, în legătură cu o septicemie lentă, mai ales de natură tonsilară, dentară etc. Cunoașterea acestor nefrite implică căutarea și depistarea unui focar infecțios în organism, al cărui evidare ne poate da vindecarea bolii renale. Horak și Polednak constată vindecare sau ameliorare în 37% din cazuri după amigdalectomie, care se face după temperarea fenomenelor renale. Ca o completare amintim în acest loc și de supurațiunile renale, cât și de abcesele peri — și para - renale.

## RELAȚIA DINTRE AMIGDALĂ, PULMON ȘI PLEURĂ

Relația dintre amigdală și pulmon e mai puțin importantă. Această relație se traduce prin supurațiuni pulmonare gangrenoase, cărora le premerge o supurație buco-faringeană, deci și amigdaliană, de natură polimicrobiană, cu predominanța asociației fuso-spirilare.

○ altă varietate de complicație este abcesul pulmonar nefetid, care survine după ablația amigdalelor; broncho-pneumonia, de altfel foarte rară și ea, cât și congestiile pleuro-pulmonare. Mai importante sunt complicațiile pleurale: pleureziile purulente, netuberculoase adică: empiemele septice.

### AMIGDALA ȘI TUBUL DIGESTIV.

Anumite forme de dispepsii, anorexii complicate cu turburări neurastenice și sindrome anemice se datoresc infecției cronice amigdalien. Dovadă că există o corelație patologică, sunt tonsilectomiile care transformă complet starea generală, printr'un apetit bun și o dezvoltare fizică și intelectuală la copii. Crizele apendiculare urmează câteodată crizele de amigdalite, și încetează după îndepărtarea amigdalelor. Horal a obținut ameliorări în ulcerile pilorice și gastrite cronice nefebriile.

Anginele cronice, rinitele și rino-faringitele cronice produc aerofagia în mod indirect. Prin mișcările de înghițire frecvente, se introduce o mare cantitate de aer în stomac și de aici turburările atât de variate ale aerotagiei. Vom mai aminti aici că focarul amigdalian, conform teoriei circulatorii a ulcerului gastric și duodenal (Rosenow) dă naștere acestor ulcere printr'o metastază infecțioasă, care ajunsă într'un vas sanguin gastric, produce o ischemie, apoi necroză care dă astfel posibilitate microbilor să se desvolte, pricinuind ulcerajuni. După alții, microbii plecați din focarul primitiv amigdalian, se localizează secundar pe o leziune preexistentă și n'ar avea un rol în geneza lui, ci numai în ceea ce privește evoluția ulcerului gastric și duodenal.

Focarul amigdalian poate figura și în etiologia diverselor colite, respective entero-colite acute și cronice și foarte frecvent în colita parietală dreaptă (tiflita), după cum acelaș focar poate interesa și anexa cecului: apendicele. Există chiar o formă apendiculară specială: forma limfangitică (Pribram), care survine după amigdalitele acute.

Ca să încheiu acest capitol al infecțiilor de focar, cu predominența celui amigdalian, voi aminti aici și

de limfangitele abdominale, prin care înțelegem un proces inflamator al sistemului limfatic abdominal, cari limfangite, după caz și formă, pot da o simptomatologie extrem de variată. Cele cronice și generalizate, evoluează în cadrul „Sindromului abdominal polivalent“ (Hațieganu), cele localizate pot imita o suferință apendiculară, colecistică, sau pancreato-duodenală. Limfangitele acute, prezintă uneori o formă gravă, fatală, care în decurs de 48—72 ore duc la moarte cu fenomene peritoneale. Aceste forme acute pot surveni după angine cu caracter septic, acut.

### 2. Amigdala și turburările reflexe.

Turburările reflere sunt cauzate în prima linie de hipertrofia amigdalelor palatine sau faringiene. Această mărire a lor provoacă o iritație a nervilor dela acest nivel, de unde rezultă o serie de turburări nervoase reflexe și funcționale. Acestui grup de turburări aparțin: tusa reflexă uscată, eventual chintoasă, foarte penibilă pentru bolnav cât și pentru anturaj. Ea survine în urma excitării nervului laringeu superior. Un tratament adresat amigdalei suprimă acest fel de tuse. Astmul (atipic) poate avea o cauză amigdaliană (Kofler, Wien). Turburările dispeptice, turburările de deglutiție sunt cauzate de obstacolul mecanic, reprezentate prin hipertrofia amigdalei. Tot aici aparțin și turburările în funcțiunea normală a vălului palatin, greșurile, nauseele și chiar vărsăturile reflexe. Ele se pot complica și cu turburări din partea tubului digestiv, stomac în prima linie: piroză, intestin: constipație. La nivelul esofagului produc așa numitul: nod isteric, care este un spasm reflex, ce poate avea însă și o altă origine decât cea amigdaliană. Importante sunt unele forme de aerofagie,acompaniate de eretism cardiac, anxietate și alte simptome nervoase.

### 3. Amigdala și turburările endocrine.

Anumite tiroidite acute, anumite guși parenchimoase și exoftalmice, ar fi în legătură cu diverse afecțiuni amigdaliene de natură acută sau cronică. După

Brown, pusele inflamatorii în repetiție ale amigdalelor duc cu timpul la un hipertiroidism, și invers, basedowienii fac amigdalite repetate. Amigdalectomia în multe cazuri produce o descreștere în volumul gușei parenchimatoase, care fapt presupune o interdependență endocrină între aceste două organe.

După alții, gușa ar fi de natură infecțioasă. După unii autori, pe baza unor experimentări tiroida ar prezenta modificări manifeste după tonsilectomie, care s'ar putea explica în sens endocrin. De altfel, acest capitol al turburărilor endocrine în interdependență cu amigdala, e încă destul de obscur mai ales că se bazează pe fiziologia acestui organ, care la rândul ei e departe de a fi pe deplin lămurită. Turburările endocrine se traduc de obicei ca turburări în starea generală: oprire în dezvoltare, debilitate generală, deformații toracice, deformații osoase de tip rahitic etc. Deformațiile toracice de tip Robert (tip vertical), sau de tip Lambton (tip transversal), scolioză, asimetrie toracică, survin în formele grave de adenoidism și sunt datorite mai mult unei cauze predispozante de natură rachitică și insuficienței de respirație, decât factorului endocrin. De altfel este foarte greu de urmărit dacă aceste turburări urmează calea infecțioasă sau calea pur endocrină. Totuși, în concluzie, nu putem nega interdependența dintre amigdale și sistemul endocrinian.

---

## OBSERVAȚII CLINICE :

### OBS. I.: *Coree, Reumatism, Amigdalită.*

P. Anastasia, 12 ani, din com. Coruj, jud. Cluj, este internată în Clinica Infantilă, în ziua de 8—X—1936, cu dgn. de: Coree și reumatism. Antecedentele eredo-colaterale: Mama suferă de reumatism, — antecedente pers): Reumatism. Boala actuală datează de 2 zile, debutând cu tumefierea articulațiilor piciorului, iar după 24 ore s'au tumefiat și articulațiile genunchilor și apoi cele radio-cubitale. Temperatura 38°, tegumentele palide. Amigdalele mărite și congestionate, limba saburală, ușoară dispepsie. La cord, șgomotele surde, iar articulațiile tumefiate și dureroase. Bolnava prezintă mișcări spontane, desordonate, involuntare și fără nici un scop. Nu vorbește, iar la întrebări răspunde cu înclinarea capului; alimentația este imposibilă. În ziua de 19—X—1936, făcându-i-se examenul laringologic, i-se constată o hiperemie a faringelui și o hipertrofie a amigdalei stângi. I-se face amigdalectomie în clinica O. R. L. din Cluj, (Dr. St. Gârbea) iar după 3 zile mișcările desordonate de până acum scad în amplitudine și începe să răspundă la întrebările ce i-se pun; vorbirea îi este însă încă grea. În ziua de 30—X—1936, nu mai prezintă mișcări desordonate, poate să se alimenteze singură și să umble. În ziua de 6—XI, este complet vindecată, părăsind clinica.

### OBS. II.: *Endocardită reumatică, coree, amigdalită.*

S. Irina, 9 ani, com. Unirea, jud. Turda. Este adusă în Clinica Infantilă în ziua de 18—I—1937, prezentând dureri precardiace, mișcări coreice și palpitații. La examenul clinic, i-se constată hipertrofia și inflamația amigdalelor. Este internată în clinică cu dgn. de: Endocardită reumatică și coree. În antecedentele personale găsim: Scarlatină la 3 ani, pertussis la 6 ani, pojar la 7 ani, reumatism poliarticular acut la 8 ani.

Istoricul boalei: De 2 ani prezintă contracturi neregulate, mai accentuate în jumătatea stângă a corpului și dureri precardiace.

La examenul obiectiv găsim matitatea precardiacă mărită în toate sensurile; la focarul mitral: un suflu lung cu caracter de țâșnitură de vapori. În ziua de 20—I, este transpusă la Clinica O. R. L. unde i-se face amigdalectomie (Dr. Gârbea). Mersul postoperator, afebril. În ziua de 1—III—1937, părăsește clinica complet vindecată.



OBS. III.: *Stare febrilă, reumatism. Vegetații adenoide.*

Bolnava N. M. 15 ani, elevă, din Zlatna, jud. Alba, se prezintă în ziua de 8—X—1935, la consultațiile Clinicii Medicale din Cluj, prezentând dureri articulare și febră. Eredo-colateral, nimic important. Antecedente personale: Difterie, scarlatină și amigdalite repetate.

Boala actuală datează de un an; debutând brusc, în urma unei amigdalite, cu dureri și tumefacții la nivelul genunchilor.

La 15—XI—1935, în Clinica O. R. L. din Cluj, i-se face amigdalectomie și ablația vegetațiilor adenoide. Peste o săptămână, bolnava părăsește serviciul într-o stare ameliorată.

OBS. IV.: *Eudocardită, Reumatism.*

I. F. 25 ani, din Cluj, este internată în Clinica Medicală din Cluj, în ziua de 31—X—1935, pentru dureri precardiace, palpitații, dureri articulare și stare febrilă. Antecedentele eredo-colaterale fără importanță. Antecedente personale: Tuse convulsivă la 6 ani, difterie la 10 ani, apendicită cronică la 17 ani și reumatism poliarticular la 20 ani. Boala actuală datează de 6 săptămâni, cu debut insidios și ascensiuni termice până la 38°. Simultan a simțit dureri articulare cu caracter migrant, la nivelul articulației mâinilor, a genunchilor și în regiunile articulare sacro-iliace și coxo-femorale. De 3 săptămâni are dureri precardiace și palpitații. A luat medicația antireumatică obișnuită, dar fără rezultat. Cordul în limite normale, suflu sistolic la vârf, cu propagare spre axilă și focarul pulmonar. În 6—XII—1935, la examenul O. R. L. deși nu i-se constată nimic, Dl. Prof. Dr. Gh. Buzoianu, recomandă totuși ablația totală a amigdalelor, care se execută în aceeași zi. Examenul isto-patologic arată un proces cronic sclerosant cu puseu subacut.

Mersul postoperator: Febra, care în decursul tratamentului medical n'a putut fi influențată cu nimic — scade în decurs de 6 zile, scad și durerile articulare deodată cu dispariția suflului sistolic dela vârf.

Bolnava, cu starea foarte mult ameliorată, părăsește clinica în ziua de 20—XII—1935.

OBS. V.: *Stare subfebrilă, Amigdalită cronică criptică.*

L. M. 31 ani, din com. Recliu de Câmpie, jud. Mureș. Se prezintă la consultațiile Clinicii Medicale din Cluj, pentru stare nevroasă, insomnie, transpirații, slăbire, stare febrilă și palpitații.

Antecedentele eredo-colaterale, fără importanță; anteced. personale: Tuse convulsivă, difterie, scarlatină, iar în 1918, gripă.

Boala actuală a debutat brusc, înainte cu 7 săptămâni, cu dureri în gât, disfație și temperatură, până la 39°5. La un consult medical, i-se prescrie un tratament cu chinină și gargară, după care fenomenele subiective se ameliorează, dar starea febrilă se menține. În Clinica O. R. L. din Cluj i-se pune diagnosticul de: Amigdalită cronică criptică și se indică tonsilectomie, care se execută în ziua de 20

—I—1936, de către Dl Prof. Dr. Gh. Buzoianu. În decurs de o săptămână febra dispăre, deodată cu anemia concomitentă. Ameliorat părăsește Clinica în ziua de 4—II—1936.

OBS. VI.: *Dispepsie, Ulcer duodenal (?), stare febrilă, amigdalită cronică.*

I. S. 37 ani, din Aiud, consultă Clinica Medicală din Cluj, în ziua de 15—IX—1936, pentru fenomene dispeptice, dureri în epigastru, turburări digestive și stare febrilă.

Anteced. personale. Șcarlatină la 12 ani, angine repetate de 8 ani, abces periamigdalian, blenoragie și crize apendiculare.

Boala actuală datează de 8 ani, și este caracterizată prin angine repetate, stare subfebrilă, iar de 3 săptămâni încoace, prezintă perioade dureroase de câte 3—4 zile, cu dureri în epigastru, dureri ritmate de alimentație și cari se calmează îndatăce bolnavul mănâncă ceva. Cu 4 zile înainte, a avut amețeli, pierderea cunoștinței și consecutiv un scaun negru. Examenul obiectiv medical este negativ, afară de o sensibilitate situată în epigastru și fosa iliacă stângă. Temperatura 37°5.

Examenul O. R. L. arată o amigdalită cronică criptică bilaterală. Mersul boalei: Bolnavul, în intervalul de timp cât a stat sub tratament medical, a prezentat o ameliorare a fenomenelor digestive, afară de starea febrilă, care s'a menținut. Fiind operat în serviciul Clinicii O. R. L. (amigdalectomie), febra dispăre în decurs de câteva zile, iar bolnavul ameliorat, părăsește Clinica, cu dgn. de: Ulcer duodenal (?).

OBS. VII.: *Amigdalită cronică criptică, Sinusită fronto-etmoidală, Nefrită ematurică de origine amigdaliană.*

B. M. 28 ani, din Cluj, intră în serviciul Clinicii Medicale în ziua de 7—IV—1937.

Anteced. eredo-colaterale: Tatăl mort de tbc. pulmonară.

Anteced. personale: Febră tifoidă, abces dentar, dureri articulare reumatismale dar mai ales amigdalite repetate.

Boala actuală: Înainte cu 2 săptămâni s'a îmbolnăvit brusc, acuzând dureri în gât, cefalee, coriză, febră, transpirație, dureri în epigastru, algii generale și frisoane scurte, cari se repetau 1—2 ori pe zi, timp de mai multe zile. Înainte cu 8 zile, se trezește într'o dimineață cu dureri în epigastru, în regiunea lombară și observă că fața și ochii s'au „umflat“, apoi membrele inferioare și întreg corpul. De atunci această stare obiectivă și subiectivă se menține fără să se observe vreo ameliorare. Pentru aceste fenomene intră în Clinică.

Examenul oto-rino-laringologic: Sinusită fronto-etmoidală catarală acută dreaptă, amigdalită cronică criptică. Se indică amigdalectomia. Este transpusă la Clinica O. R. L. unde în ziua de 11—V—1937, i-se face amigdalectomie totală extracapsulară bilaterală de către Dl Dr. Bogdan Pavel. În 13—V, hematuria persistă încă, iar stă-

rea generală este ameliorată. Celelalte fenomene morbide dispar și ele pe rând. Diureza este din ce în ce mai bună, deasemenea și celelalte fenomene renale. În ziua de 29—V, se mai extrag 2 dinți cu granuloame și se cauterizează resturile de amigdale. Bolnava părește în ziua de 2—VI—1937 clinica, într'o stare de evidentă ameliorare, cu dgn. de: Nefrită ematurică de origine amigdaliană.

---



## CONCLUZII.

1. Amigdalele au un rol evident în patologia generală, în special prin leziunile lor infecțioase.

2. Infecțiunile amigdaliene, pot determina variate stări morbide, locale și generale.

3. Diseminarea se face pe cale sanguină (și limfatică), iar localizarea (predilectă) pe organ sau sistem, se face pe baza unui complex de cauze.

4. Simptomatologia infecției de focar, e aproape inexistentă; rareori ea se poate trăda prin mici semne locale, ușor trecute cu vederea.

5. Diagnosticul afecțiunilor în legătură cu starea patologică a amigdalelor este greu; el se poate face pe bază de laborator, cel clinic — obișnuit — prin proba tratamentului.

6. Afecțiunile cauzate la distanță pot fi: locale și generale, de ordin endocrin, reflex și infecțios. Cele mai importante sunt: stările subfebrile, reumatismale articulare, endocarditele, nefritele, unele forme de coree, unele polinevrite, unele turburări digestive.

7. Tratamentul cauzal constă în îndepărtarea focarului de infecție. Deosebim o tonsilectomie preventivă, una precoce și alta tardivă. La o amigdalectomie tardivă afecțiunea evoluiază deja pe cont propriu și independent de focarul primitiv, efectul curativ fiind nul sau foarte modest. După statisticile generale, 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.

8. Clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj, de sub conducerea dlui Prof. Dr. Gh. Buzoianu, recomandă ca singurul tratament rațional: amigdalectomia totală extracapsulară. Această intervenție se face în toate cazurile în care nu putem depista altă cauzalitate, chiar dacă amigdalele sunt macroscopicește la examenul clinic normale.

Văzută și bună de imprimat.

Decan:

(ss) *Dr. D. Michail*

Profesor:

(ss) *Dr. Gh. Buzoianu*



## BIBLIOGRAFIE.

- Harry Barnes:* The Tonsilis. Saint Louis, U. S. A. 1914.
- Uffenorde:* Mandelentzündung und Gelenkbeteiligung. Deutsche Med. Wochenschrift, 1914, No. 40 Seite 1599.
- Theodor Liebermann:* Die Tonsillen als Schutzorgan oder Tonsillitis ein Schutzorgan? Deutsche Med. Wochenschrift 1928, No. 33.
- Hutler:* Tonsilleu innere Erkrankungen. Deutsche Med. Wochenschrift 1928.
- Goerke:* Zur Patho-Physiologie der Tonsillen 1924, No. 5. Deutsche Med. Wochenschrift.
- Joseph L.:* Kritisches Sammelreferat über die Entwicklung des Tonsillenproblems in der letzten Jahren. D. Med. Wochenschr. 1925, No. 1.
- Citron:* Die Tonsillen als Eingangspforte für Infektionen. D. Med. Wochenschrift 1920, No. 11.
- Schlemmer:* Tonsillaproblem. D. Med. Wochenschr. 1922, No. 41.
- Suchanek:* Zur Tonsillenfrage. Monatschrift für O. L. R. 1926, No. 10.
- Amersbock u. Königsfeld:* Zur Frage der inneren Sekretion der Tonsillen. 1922, No. 13.
- Drozier:* Etiologie du rhumatisme. Paris médical 1924.
- Mink:* La question des amigdales. Les Annales d'Oto-Laryng. 1931.
- Worms et Le Mée:* Les foyer amigdaliens, sources d'infections secondaires. Les Annales d'O.-L. 1931, No. 8.
- Kahler:* La problème amygdalienne. Les Annales d'O.-L. 1934.
- Gault:* Quelques considerations sur le rol des amygdales palatines. Annales des maladies de l'oreille. L. F. 1930, No. 9.
- Cronin-Lowe:* Les foyers infetieux et leur nature dans 100 cas de rhumatisme. Presse Méd. 1929.
- Reuter:* Constatations faits sur 500 tonsillectomies. Annales O. L. R. 1922, No. 1.
- Hesse:* Recherches experimentales concernant la localisation des microbes consecutive aux infections secondaires tonsillogenes. Annales d'O.-L. 1931.
- M. I. Alonso:* Amigdalitis cronica. Revue de Laryngologie etc. 1932 et 1933.
- Horak et Polednak:* L'amygdalectomie au cours des maladies internes. Annales d'O.-L. 1934, No. 9.

*Hațieganu-Goia*: Tratat elementar de Semiologie și Patologie medicală.

*Gârbea*: Tehnica amigdalectomiei totale în Cl. O. R. L. din Cluj; Teză 1936.

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

*Cseke Petru*: Amigdalitele cronice și stările subfebrile; Teză 1930.

*State Drăgănescu*: Infecțiune focală și sistem nervos. Raport asupra congresului din Chișinău, 1936.

*Raportul Congresului medical din Budapesta*: Infecțiile de focar. 1935. „A fokális infekciók patológiájának vonatkozásai, etc.

*Brunetti Frederico*: Cure radiante e chirurgiche delle Tonsille palatine. Extrato d'„Il Valsalva“, 1936.

