

# CONSIDERAȚIUNI ASUPRA HEMORAGIILOR POSTAMIGDALECTOMICE



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 1 IULIE 1937

DE

CIOCĂLTEU REMUS

CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”  
Str. Memorandului 22

# CONSIDERAȚIUNI ASUPRA HEMORAGIILOR POSTAMIGDALECTOMICE



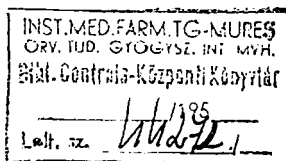
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 1 IULIE 1937

DE

23 MAY 2005

CIOCÂLTEU REMUS



CLUJ

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

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

---

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

**Profesorii:**

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

**JURIUL DE PROMOȚIE**

Președinte: Prof. Dr. Gh. Bazoianu

Membril:	}	Domnul Prof. Dr. Gh. Popoviciu
		” ” ” E. Teposu
		” ” ” M. Kernbach
		” ” ” Gr. Benetato

Supleant: Doc. Dr. Gavrilă

## INTRODUCERE.

Din întreaga practică Oto-Rino-Laringologică, regiunea asupra căreia se intervine chirurgical, cel mai frecvent este regiunea amigdaliană. Mână în mână cu progresul tehnic, operațiunile asupra amigdalelor palatine, au ajuns să nu mai constituie ca odinioară, nu mult înainte, coșmarul chirurgiei de specialitate.

Regiune greu de abordat, înainte de adaptarea și perfecționarea instrumenarului adecvat, în raport de strânsă vecinătate cu marile vase ale gâtului, loja amigdaliană înspăimânta chirurgul prin hemoragiile ce puteau surveni.

Dacă avem astăzi o mare variabilitate în metodele preconizate pentru ablația amigdalitelor palatine și un întreg arsenal instrumentar, în cea mai mare măsură aceasta se datorește faptului că hemoragia era și este una dintre cele mai frecvente complicațiuni ale amigdalectomiei, capabilă să ridice viața bolnavului. De aci eforturile pentru găsirea mijloacelor de a o domina.

Putem afirma cu certitudine că amigdalectomia, operațiunea bună, necesară, operațiunea radicală și-a putut cu greu străbate drumul spre generalizare tocmai din teama pe care operatorii o au de hemoragie, această teamă ar fi justificată dacă într'adevăr pericolul nu ar putea fi înlăturat.

Obiectul acestei lucrări îl constituie străduința ce am depus de a aduce o contribuție la problema hemoragiilor post amigdalectomice, punând la îndemâna operatorilor de specialitate un material adunat cu grijă din experiența altora și observațiunile făcute în Clinica O. R. L. din Cluj de sub conducerea Dlui Prof. Dr. G.

Buzoianu, căruia pentru bunăvoința ce mi-a acordat-o și îndrumările date, precum și pentru inspirarea subiectului, îi aduc pe această cale omagiu de recunoștință.

Pentru sistematizarea materialului, îl voi diviza în mai multe capitole, făcând un foarte scurt istoric, voi reda câteva noțiuni de anatomie chirurgicală asupra amigdalei, lojei amigdaliene și a regiunii amigdaliene. Trecând în revistă tehnicile amigdalectomiei remarcând pe cele mai puțin periculoase și mai corecte, voi insista asupra metodelor pentru depistarea indivizilor cu tare predispozante la hemoragii post-operatorii, malformațiuni etc. asupra prevenirii hemoragiilor și tratamentul lor.

Cazurile citate în literatura de specialitate precum și cele observate în clinica O. R. L., îmi vor servi la formularea unor desiderate în conduita operatorie și a concluziunilor ce se impun.

Astfel concepute, învederând eforturile pe care le-am depus în scopul urmărit cu binevoitorul concurs al Dlor asistenți ai Clinicei, precum și mult apreciatul sprijin al colegului și prietenului Dr. Andrei Teodorescu, cărora le aduc viile mele mulțumiri, după modestele mele păreri, am convingerea că pun la îndemâna celor interesați o lucrare a cărei utilitate nu este de disprețuit.

## CAP. I.

### ISTORIC.

Hemoragia post amigdalectomică datează deodată cu chirurgia asupra amigdalei. Aceasta este o operațiune care se făcea încă pe timpul lui Hipocrate, dar multă vreme nu a fost făcută după o anumită metodă și o sistematizare a indicațiunilor, contraindicațiunilor, complicațiunilor, în special, nu exista pe acea vreme. Cea ce se știa, din punctul de vedere care ne interesează, este faptul că scoaterea, sau mai corect vorbind tăierea amigdalelor, era considerată o operațiune care sângează foarte mult, producând de foarte multe ori numai prin această sângerare, un mare procent de mortalitate.

Cunoștințele de anatomie și anatomie topografică, asupra regiunii amigdalene, cu vasele sale mari și mici, multe la număr, stabilirea rapoartelor acestora cu amigdala, a pus probleme serioase celor mai temerari chirurgi, care considerau ablația amigdalelor, o operațiune de mare abilitate, tocmai din cauză că hemoragia era o complicațiune frecventă, gravă și dificilă de stăpânit.

Insușirea perfectă a noțiunilor de anatomie, eforturile depuse pentru evitarea lezării și a celor mai neînsemnate vase, tot nu a putut să facă să dispară complet hemoragiile deși au fost diminuate considerabil în număr și în gravitate.

O serie întregă de instrumente construite special pentru a le înlătura nu au fost de ajuns. Astfel s'a abandonat din chirurgia amigdalelor rând pe rând bisturiul, foarfeca, ghilotina. S'a întrebuițat ghilotina

cu dinți, amigdalectomia lui Fahnenstoch, instrumentul lui Sluder, zdrobitorul lui Ruault, diatermo-coagularea, ansa galvanică, ansa rece. Construirea și întrebuințarea acestor instrumente din ce în ce mai perfecționate în scopul de a evita cât mai mult posibil, secționarea vaselor atât de abundente în raza câmpului operator, ne face să ne dăm seama de importanța acordată acestei complicațiuni: hemoragia.

Cu toate aceste măsuri de precauțiune, amigdalectomia a devenit o operațiune benignă, dar nu nelipsită de pericole.

O contribuțiune însemnată au adus-o în ultimele decenii lucrările de laborator, făcute asupra unora dintre proprietățile sângelui în special asupra coagulabilității acestuia. Acest concurs de laborator pentru recunoașterea celor cu turburări în calitățile sanguine constituie o prețioasă achiziție pentru prevenirea hemoragiilor, deoarece este mult mai prudent să previi o hemoragie decât să fii pregătit a o opri.

Georges Cannuyt, P. E. Weil, Hunt, Roskam, Feissly Openheim și Cottlieb, Anglade, Ch. Wild și alții, cercetători hemorici, specialiști și-au legat cu multă competență numele de lucrări al căror răsunător succes, au atras atențiunea specialiștilor asupra concluziunilor la care au ajuns și asupra beneficiilor punerii în practică a acestor concluziuni.

## CAP. II.

### NOȚIUNE DE ANATOMIE CHIRURGICALĂ

În acest capitol voi reda pe scurt câteva noțiuni de anatomie asupra amigdalei palatine, lojei amigdaliene și a regiunii amigdaliene, insistând în deosebi asupra rapoartelor pe care amigdala le are și care au o deosebită importanță în vederea scopului ce urmărim.

A). *Amigdala palatină* este un organ limfoid pereche, de formă ovalară, cu diametrul mare de sus în jos și dinainte înapoi, așezată în loja amigdaleană. În general măsoară cam 2—2 jum. cm. înălțime, 1 jum. lățime și 1 cm. grosime (Testut).

Amigdala prezintă două fețe, două margini și două extremități sau poli.

a) *Fața internă* este liberă în cavitatea faringiană, acoperită de mucoasa faringiană și străbătută de numeroase orificii ale criptelor amigdaliene.

b) *Fața externă* sau hilul privește aponevroza faringiană pe care se aplică. La acest nivel aponevroza este dublată în afară de mușchiul constrictorul superior și este separată printr'o foarte subțire pătură de țesut celular lax străbătut de vasele și nervii ce merg la amigdală. Rapoartele feței externe ale amigdalei prin intermediul aponevrozei faringiene vor fi studiate odată cu acelea ale lojei amigdaliene.

c) *Marginele amigdalei* sunt în raport cu cei doi pilieri, anterior și posterior.

d) *Polul superior*, cel mai important din punct de vedere al rapoartelor pe care le prezintă, precum și regiunea polară superioară, au o dispozițiune care varia-



ză dela individ la individ. Aci găsim trei formațiuni anatomice al căror rol însemnat în chirurgie vrem să-l scoatem în evidență:

1. *Foseta supra amigdaliană* este o formațiune ce se găsește deasupra polului superior al amigdalei, sub unghiul făcut de joncțiunea celor doi pilieri. În această fosetă de obicei se formează abcese periamigdalice.

2. *Recessus-ul palatin* este o cavitate în vâlul palatin ocupată de țesut limfoid, prelungirea superioară a amigdalei extravelice.

3. *Sinusul lui Tourtual* este un canal foarte ramificat, care se deschide prin orificiul său inferior în foseta supra amigdaliană, de o lungime niciodată mai mică de 2 cm. care atinge și 3 cm. (André Viela).

Din aceste dispozițiuni ale polului superior și ale regiunii polare putem trage concluziuni interesante atât din punct de vedere patologic cât și din punct de vedere chirurgical.

*Clasic se admit patru tipuri de amigdale:*

1. Amigdala pediculată.
2. Amigdala sesilă.
3. Amigdala ascunsă.
4. Amigdala intravelică.

Polul inferior al amigdalei este separat de amigdala linguală printr'un interval de 5—6 mm., o punte limfoidă după expresia lui Truffert.

Din punct de vedere clinic însă, polul inferior al amigdalei, este o ridicătură convexă în jos care pare a termina aci amigdala palatină. Se descriu polului inferior o pozițiune înaltă și una joasă cărora unii autori le acordă o deosebită importanță, în raport cu zona hilară și sub hilară a amigdalei.

Pentru aceștia hilul vascular amigdalian se găsește în treimea inferioară, deci această zonă este cea mai vascularizată prin vecinătatea ei cu răspântia vasculară cea mai importantă, care trebuie menajată. La acest nivel capsula amigdaliană lipsește aproape complet, iar din cauza aderențelor planul de clivaj dispărând, toate

eforturile unei enucleeri extaracapsulare, chiar în cazurile cele mai favorabile, nu sunt întotdeauna încununete de succes. (André Viéla).

B) *Loja amigdaliană* este o scobitură în peretele extern al faringelui, de formă trunghiulară, căreia i se descriu: 1. un perete anterior, 2. un perete posterior, 3. un perete extern, 4. un vârf și 5. o bază.

1. *Peretele anterior* este format de pilierul anterior care pornește dela baza lutei îndreptându-se în afară în jos și puțin înainte se fixează pe marginea laterală a bazei limbei. În constituția lui intră următoarele elemente anatomice: a) *mușchiul glosostafilin*, b) *un fascicol fibros orizontal*, emanațiune a capsulei amigdalienne, c) *un plex vascular* constane care din cauza bogăției sale în elemente venoase își merită numele de plexul venos al pilierului anterior și este îndreptat vertical, d) *țesut celular lax și glande*.

2. *Peretele posterior* este format în cele două treimi superioare de pilierul posterior care pleacă dela baza lutei descriind o curbă cu concavitatea anterioară și care depășește înăuntru pe cel anterior.

Conține: a) *mușchiul faringo-stafilir* ce se dedublează adesea în două porțiuni, una faringiană și alta laringiană, b) *câteva fibre conșective* care nu sunt altceva decât terminațiunile posterioare ale capsulei amigdalienne, c) *un pachet vascular* format din arteriole și venule sub numele de plexul vascular al pilierului posterior.

3. *Peretele extern*. La acest nivel aponervoza fibroasă a faringelui este foarte sușire așa că acest perete trebuie considerat ca format exclusiv de mușchi. Clasic, mușchiul conștrictorul superior este admis ca singur component: totuși deși el este cel mai important, nu este singurul.

În realitate în dreptul amigdalei, deci al peretelui extern al lojei, peretele faringian este format din intricarea fibrelor musculare ale conștrictorului superior ca mușchi principal și acelea ale altor trei mușchi: a) *sti-*

lo-faringianul, b) *stilo-glosul* și c) *constrictorul mijlociu*. Amigdaloglosul lui Broca n'a fost recunoscut decât excepțional sub forma de fibre musculare verticale ce se pierd în capsula amigdaliană, deci subjacente constrictoriului superior. Toți acești mușchi formează un grilaj puternic, căptușit în afară de un țesut celulo-grăsos dens, grilaj care după amegdalectomie constituie fundul lojei amigdalienne, separând-o de spațiile latero-faringiene.

Rapoartele amigdalei cu vasele din spațiul maxilo-faringian — cele două loji pre-stiliană și retro-stiliană — au o considerabilă importanță pentru chirurgia acesteia. Aci pot fi lezate următoarele artere: artera facială, palatina ascendentă, faringiana ascendentă ale căror anomalii cum sunt cele descrise de Rieffel și Pierre Descomps, curburi amigdalienne, le apropie exagerat de amigdală.

În ceiace privește pericolele operatorii ce rezultă din rapoartele pe cari amigdala le are cu cele două carotide, Sebileau și Trouffert au arătat cum carotida externă este polar inferioară, iar carotida internă este lezabilă manevrând brutal în regiunea polului superior.

Vârful și baza lojei amigdalienne le-am studiat odată cu polii amigdalieni.

Amigdalele sunt incluse într'o capsulă care este un produs de secrețiune al epiteliului faringian. Capsula este constituită dintr'o tramă de țesut reticulo-endotilian, o puternică rețea de fibre elastice și musculare striate, vase ce se grupează în plexul intracapsular.

Pe fața externă primește ramificațiunile arterei tonsilare, abondente în treimea inferioară, nervi, mușchiul faringo-amigdalian ce se fixează în segmentul inferior și vene ce pleacă dela hil, din vecinătatea pilierilor.

*Vasele amigdalei.* Irigațiunea arterială este făcută de arterele tonsilare în număr de patru:

1. *Artera tonsilară principală*, ramură a uneia dintre colateralele carotidei externe: linguala, faciala sau chiar din ramurile secundare ale acestora ca: dorsala limbei, palatina ascendentă.

Cele mai adesea, și practic așa trebuie considerată, artera tonsilară principală este ramură a arterei faciale.

Ea traversează oblic peretele muscular al faringelui, descrie câteva flexuozități și perforează capsula amigdaliană în treimea inferioară, uneori ramificată în 3—4 ramuri. Pe planul capsular dă anastomoze ce formează plexul intracapsular în jurul feței externe a amigdalei.

De multe ori aceasta este singura arteră iar celelalte sunt considerate supra numerare și au un calibru mai mic, iar în ceiace privește frecvența lor este de 20% (André Viéla).

2. *Artera tonsilară superioară* provine din palatina descendentă și pătrunde în amigdală în partea superioară, între cei doi stâlpi.

3. *Artera tonsilară anterioară* colaterală a palatinei ascendente intră prin fața internă a stâlpului anterior.

4. *Grupul tonsilarelor inferioare*, care se distribuie polului inferior amigdalian, își trag origina din artera linguală prin intermediul dorsalei limbei.

Venele după ce se anastomozează într'un bogat plex intra capsular străbat capsula la nivelul hilului. Cele două vene ale stâlpilor anterior și posterior dispuse în marele ax al acestora, după Wagner, se varsă în palatina ascendentă. Vena pilierului anterior care este și cea mai constantă este de multe ori cauza hemoragiilor produse prin secționarea acestuia.

Uneori putem întâlni modificări patologice, care pot avea repercursiuni asupra complicațiilor post operatorii, în speță hemoragii. Aceste modificări constau în: vase numeroase, dilatate, vase în tramele interlobare, vase în țesutul conjunctiv subepitelial, în vecinătatea capsulei, (Portman) motiv pentru care această zonă a plexului intra capsular trebuie și mai mult respectată.

Bogata vascularizare a lojei amigdalienne precum și dispoziția anastomozantă a acestor vase ne fac să a-

tragem atențiunea asupra a trei fapte practic importante:

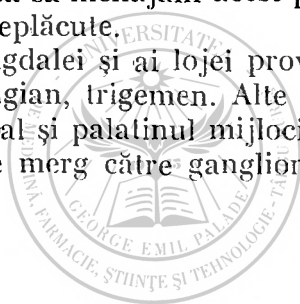
1. *O împrejurare favorabilă* datorită grilajului muscular ale cărui ochiuri constituie o adevărată ligatură vie a vaselor secționare în caz de hemoragii post operatorii.

2. *Dispoziția plexiformă* a acestor vase face posibilă secționări perpendiculare, oblice sau tangențiale în special ale venelor cu un calibru mai mare decât al arterelor și care uneori formează prin dilatățile lor, adevărate sinusuri în miniatură.

3. *Vasele plexului intracapsular* fiind incluse într'o tramă de țesut fibros, având deci o tendință naturală ca să rămână deschise după ce au fost secționare, prudența ne îndrituește ca să menajăm acest plex pentru a preveni hemoragii neplăcute.

Nervii amigdalei și ai lojei provin din pneumogastric, glosio-faringian, trigemen. Alte filete nervoase vin din nervul linual și palatinul mijlociu.

Limfaticile merg către ganglionii sub maxilari.



### CAP. III.

#### ORIGINEA HEMORAGIILOR

Toate actele chirurgicale sunt însoțite de o scurgere mai mult sau mai puțin abundentă de sânge. Această abundență este în strânsă legătură: 1. Cu bogăția în vase sanguine a regiunii asupra căreia se intervine. 2. Anomaliile acestora. 3. Cu starea patologică generală-maladii infecțioase — sau locală — inflamațiuni acute. 4. Cu turburările calităților sanguine, în special acelea în legătură cu coagulabilitatea. 5. Cu instrumentarul utilizat. 6. Cu abilitatea chirurgului.

Considerăm hemoragia normală, atâta timp cât prin amploarea sa nu prejudiciază organismului, prejudiciu care poate ajunge, dacă nu intervenim, să periclitizeze însăși existența lezăturii. Această limită depășită, hemoragia trebuie considerată o complicațiune operatorie, care necesită o intervențiune rapidă, competentă și eficace.

Amigdalectomia excepțional este cea ce se chiamă „o operațiune în extremis“. Dacă are indicațiuni pentru a fi executată, de cele mai multe ori este capabilă să sufere temporizarea. Așa dar ușor se înțelege responsabilitatea chirurgului ne calificat, care printr'o manoperă incompatibilă cu arta, sau printr'o lipsă de prevedere poate pune în pericol existența bolnavului său.

Dintre complicațiunile operatorii și post operatorii ale ablației amigdalei, hemoragia este cea mai frecventă, cea mai imresionată și cea mai gravă.

În etiologia lor, hemoragiile post amidalectomice recunosc o serie întregă de cauze asupra cărora am în-

dreptat întreaga atențiune. Eșalonarea acestor cauze sub formă de clasificare am găsit-o necesară străduindu-mă a o face pe cât posibil mai clară.

1. *Cauze intrinseci* sunt acelea care țin de economia organismului asupra căruia se îndreaptă actul operator.

A) *Cauze generale*. 1. *Afecțiunile acute sau cronice*.

a) *Maladiile infecțioase* prin starea de vaso-dilatație și prin fragilitatea pereților vasculari pe cari sunt capabili să o dea pot provoca hemoragii dacă se intervine în acest stadiu.

b) *Arterioscleroza avansată* și hipertensiunea mare e dela sine înțeles că sunt cauze de hemoragii.

c) *Tuberculoza evolutivă* pe lângă contraindicațiunea generală, incapacitatea bolnavului de a suporta actul operator, constituie o contra indicațiune specială datorită modificării coagulabilității sanghine.

2. *Sindrome hemoragipare*. Acestea constau în turburări ale calităților sanghine și ale vaselor, deci merită o atențiune deosebită.

Se disting trei grupe de diateze hemoragipare.

a) *Hemofilia* este o boală ereditară pe care o transmite o mamă sănătoasă copiilor în linie bărbătească după legile lui Mendel. Această afecțiune se caracterizează clinic prin hemoragii provocate grave și incoercibile. Examenenele de laborator ne arată timpul de coagulare foarte prelungit care poate trece dela câteva ore la câteva zile, pe lângă un timp de sângerare și un număr de plăcute sanghine normale.

Din punct de vedere clinic se recunosc următoarele forme:

1. *Hemofilia familiară* care este cea mai gravă.
2. *Hemofilia sporadică* la care nu găsim antecedente hereditare și la care timpul de coagulare rar depășește 45 minute.
3. *Hemofiliile simptomatice*, pe care le întâlnim în afecțiunile hepatice, însă în aceste cazuri le găsim de cele mai multe ori în prezența unui sindrom complex de hemogeno-hemofilie.

b) *Hemogenia*. Acest sindrom a fost izolat pentru prima oară de P. E. Weil și atinge ca o tristă compensație mai ales sexul feminin, câte odată este hereditară însă în linie feminină.

În etiologie: „Les hemogeniques sont toujours des hematiques patents ou latens; de la frequence des troubles dysendocrinins, ovariens, et surtout thyroidens; on peut souvent incriminer dans la genese du syndrome hemogenique l'anaphylaxie digestive ou les chocs Colloido-clasiques“. P. E. Weil.

Manifestările clinice ale hemoragiei constau în : hemoragii spontane (gingivoragii, menoragii, epistaxis, purpura). Perioadele de latență alterează cu puseele de turburări. Riscurile sunt inexistente în perioadele de latență și în acest timp se poate interveni.

P. E. Weil descrie următoarele forme clinice.

1. *Forme localizate*: renale, hepatice, genitale, gastrice.

2. *Forme masculine* care sunt foarte rare.

3. *Forme paradoxale* cum sunt flebite, tromboze, embolii, a căror explicație o găsim în instabilitatea sanghină. Sângele poate deveni, în plin puseu hemoragic, dintrodată hipercoagulabil.

Caracteristicile sanghine și vasculare în această afecțiune sunt:

1. *Prelungirea timpului de sângerare*. În loc de 2-5 minute așa cum este normal îl găsim de 30—60 minute sau chiar mai mult.

2. *timpul de coagulare* este normal-invers ca la hemofilie.

3. *Chiagul ce se formează* este neretractil sau se retractă puțin și uneori se redizolvă după 24 ore.

4. *Serul sanghin* este mai galben ca normal.

5. *numărul plăcuțelor sanghine* este diminuat de la 200.000—250.000 pe milimetru cub până la 100.000 sau chiar la 0.

6. *Pereții vasculari* sunt foarte fragili fapt ce se poate pune în evidență prin semnul șiretului al lui Weil semnul lui Koch și semnul benzii al lui Roskam.



Un caracter important pentru tipul nosologic al homogeniei este că tarele hematologice preexistă, acompaniază și persistă simptomelor clinice.

c) *discrasiile de origină viscerală*. În aproape toate afecțiunile hepatice în care este lezată celula hepatică survin discrasii hemoragipare. Este ceiace P. E. Weil, Bocage și Isch-Wall, numesc sindromul hemocrasic al sângelui. Se caracterizează printr'o întârziere în coagulare, prelungirea timpului de sângerare, chiag neretractil care se disolvă, numărul plăcuțelor scade iar semnul șnurului este pozitiv. Acest sindrom rar este complet, în general este disociat. Cauza este datorită diminuării cantitative sau lipsei fibrinogenului, care joacă un rol important în coagulare și care dacă nu este exclusiv fabricat în ficat, în cea mai mare parte aci își are origina.

În afară de cei cu afecțiuni hepatice este cazul să atragem atențiunea asupra nefriticilor cronici, cari după studiile lui M. Bloch și P. E. Weil sunt susceptibili să prezinte turburări hemoragipare.

#### B) *Cauze Loco-regionale.*

1. *Anomaliile și malformațiunile vasculare* atunci când se întâlnesc, dacă atențiunea operatorului nu a fost ațintită asupra ariei operatorii, sunt cauză de hemoragii, a căror intensitate este în raport cu calibrul și natura vasului arterial sau venos.

Ori care dintre vasele sanghine care trec în apropierea lojilor amigdaliene poate să aibă un traiect care se abate dela normal.

Relativ frecvent sau în orice caz mai frecvent decât s'ar crede se întâlnesc:

a) *Carotida internă*, care normal se găsește cam la 2—3 jum. cm., departe de polul superior al amigdalei, poate veni în contact mai mult sau mai puțin intim cu acesta prin flexuozitățile, prin curburile sale, printr'un calibru anormal sau este pur și simplu împinsă spre amigdală de către un ganglion hipertrofiat. Anomaliile periculoase ale carotidei interne se găsesc (după cercetările anatomo-topografice făcute de Amando dei Rossi pe

o sută de cadavre dela 2—89 ani) în proporție de 7%. Înșăși acesta crede că pot fi și mai frecvente. Anomalia cea mai periculoasă a carotidei interne constă în rezistența curburei embrionare care înconjoară amigdala și face o ridicătură în peretele lateral al faringelui (Lapouge).

b) *Carotida externă* care ar trebui să fie cam la aceeași distanță ca cea internă, într'o proporție de 4%, devine în vecinătate primejdioasă cu peretele faringian al lojei amigdaliene.

c) *Arterele maxilare externă și linguală* prin sinuozitățile lor au rapoarte intime și periculoase cu zona operatorie cam 6%.

d) *Artera faringo meningeae* e proporțional 8%.

e) *Faringiana ascendentă* poate avea un calibru anormal de mare, bătăile sale se pot descoperi pe peretele faringian înapoia pilierului posterior și pot fi percepute prin palpare. Deasemeni cu palatina ascendentă și linguala, faringiana ascendentă, formează un fel de cadru al amigdalei mergând prin peretele însăși al acesteia, de unde marele pericol al afecțiunii musculaturei lojei în timpul operației (Lapouge).

## 2. *Inflamațiuni.*

a) *Amigdalofaringită acută.*

b) *Flegmonul periamigdalian.*

c) *Sinuzitele maxilare, etmoidale frontale, rinitele acute.*

d) Asociațiunea fuso-spirilară a lui Vincent a fost descrisă drept cauză a hemoragiei post amigdalectomice, la 2 zile supă actul operator. (A. P. Tibbets).

e) *Orice specie microbială aflătoare la acest nivel, capabilă să întrețină o stare de septicitate locală poate da naștere unei hemoragii.*

3. *Sechele.* Procesele inflamatorii cu sau fără repetiție interesând amigdala, lasă în urma lor unele modificări mai mult sau mai puțin însemnate, astfel se produc aderențe care fac să dispară planul de clivaj stânjenind decolarea în bune condițiuni a capsulei, obligă secționarea pilierilor sau a unor dintre mușchii lojei.

Aderențele pot traciona în apropierea lojei unele vase.

Pe de altă parte fibrozarea țesuturilor face ca și vasele să-și piardă elasticitatea și atunci când sunt secționare, să aibă o tendință naturală de a rămâne deschise, urmate de consecința lor: hemoragia.

II. *Cauze extrinseci* sunt acelea a căror origine se găsește în afara organismului și în mai mult de actul operator.

1. *Instrumentarul întrebuințat* joacă un rol de netăgăduit în producerea hemoragiilor. Importanța acestui fapt chirurgii de specialitate au sesizat-o de multă vreme și atenția ce i-a acordat-o s'a manifestat prin inventarea instrumentelor din ce în ce mai puțin periculoase. Abandonarea celor tăioase și înlocuirea lor rând pe rând cu cele zdrobitoare, ghilotina dințată, ansa galvanică și ansa rece care se pare a fi cel mai mult utilizat și care este cel mai puțin primejdios, pledează în acest sens.

În Clinica O. R. L. din Cluj se întrebuințează aproape exclusiv ansa rece, cu excelente rezultate.

Ghilotina secționează vasele transversal, în timp ce disecția le smulge favorizând formarea chiagului.

Totuși nu se poate spune că există un instrument a cărui manipulare să fie scutită de orice inconveniente și pe care întrebuințându-l să avem siguranța că am înălțurat toate posibilitățile de a provoca o hemoragie. Aceasta trebuie pretinsă nu dela instrumentar, ci dela abilitatea și persicacitatea operatorului. În orice caz înălțurarea instrumentelor tăioase este necesară, iar în clinica O. R. L. din Cluj aceste instrumente sunt considerate periculoase și nu se întrebuințează.

2. *Anestezia*. Atât asupra anesteziei generale cât și asupra celei locale s'au adus obiecțiuni că s'ar putea să fie cauză a hemoragiilor. În această chestiune neavând o părere personală voi reda pe cele pro și contra. Astfel Ivan Syk după o practică de 1200 tonsilectomii executate în 600 de ședințe, întrebuințând exclusiv a-

anestezia generală cu kelen sau cu ether, la coii, ajunge la concluzia că nu e bine să se opereze în faza de excitație ci dacă e posibil înaintea acestei faze.

Asupra anesteziei locale Duthellet de Lamothe, combate amestecul adrenalinei în soluția anesteziantă deoarece aceasta este capabilă ca printr'o vasodilatație secundară să dea naștere la hemoragii îngrijorătoare.

În Clinica O. R. L. din Cluj, adrenalina se utilizează și până în prezent, nimic nu pledează pentru abandonarea ei.

3. *Operatorul*. Incontestabil că poate să surprindă implicarea operatorului ca factor cauzator de hemoragie, însă înainte de a încheia capitolul originii hemoragiilor post amegdalectomice, nu putem trece fără să atragem atențiunea asupra rolului acestuia în producerea lor. Ar fi pretențios din parte-mi dacă ași enumera condițiunile ce trebuiesc îndeplinite de un bun operator. Asupra ceiace intenționez să insist sunt fapte de observațiune căroră în Clinica O. R. L. din Cluj li se dă importanța cuvenită.

Printr'un amănunțit interogatoriu ne dăm seama dacă avem de aface cu un individ cu o stare sanghină normală sau anormală, în ultimul caz nu se va interveni până la corectare. Deasemeni e necesar a se ține seamă de stadiul acut inflamator al regiunii precum și dacă este o stare infecțioasă generală. Stările patologice sau fiziologice-perioada catamenială la femei — sunt fapte asupra căroră trebuie să fim avizați.

În ceiace privește actul operator în execuția lui, prin maniera de care ne comportăm putem evita sau produce dezastru. Brutalitatea intervențiunei, degajarea manevrei, dar mai ales excesul de zel în a racla mai complet o loje amigdaliană pentru simplul motiv că am putea fi incriminați că am lăsat pe loc unii mici foliculi limfatici, sunt tot atâtă cauze procuratoare de neplăceri. Greșelile tehnice constituie un capitol asupra căroră nu este cazul să insistăm în lucrarea noastră deoarece acestea pot produce catastrofe, nu neplăceri, pe de

altă parte a celui care fără a fi avizat întreprinde o operație oricând i se poate întâmpla să cauzeze sau să nu poată opri o emoragie..

Alegerea instrumentului, stăpânirea perfectă a cunoștințelor anatomice, fiziologice și patologice, însușirea perfectă a tehnicii operatorii sunt condițiuni care alături de abilitatea și perspicacitatea chirurgului, constituie deziderate ce se cer unui operator cărui nimic nu i se poate imputa..



## CAP. IV.

### CLASIFICAREA HEMORAGIILOR.

Tratarea acestui capitol mi se pare îndeajuns de dificilă dat fiind că această clasificare trebuie să țină din mai multe puncte de vedere. Mă voi mulțumi a considera hemoragiile în raport cu factorul timp, cu gravitatea lor și în raport cu leziunea vaselor din care provin.

A) *In raport cu factorul timp* hemoragiile pot fi:

1. *Hemoragiile operatorii* sunt acele care însoțesc operația și sunt datorite lezării vaselor de diferite calibre. Gravitatea lor este proporțională cu mărimea acestora. Cele mai adesea sunt datorite secționării arterelor tonsilare care în mod obligatoriu trebuie să se facă. Această hemoragie nu este dintre cele mai grave dar nu trebuie să se neglijeze.

În timpul operației pot fi interesate și artere mai mari, ca faringina ascendentă, carotida externă, carotida internă.

2. *Hemoragiile post-operatorii precoce*. Dintre toate hemoragiile post amigdalectomice, acestea sunt cele mai frecvente și totodată cele mai periculoase. Timpul în care se produc variază de la o oră până la 6 ore după operație. Dacă bolnavul nu este destul de avertizat, odată cu saliva și secrețiunea faringiană, obligatorie stadiului post operator, înghite cantități însemnate de sânge astfel că nici el nici cei din jurul lui nu le pot aprecia îndeajuns. De aci decurge o notă de gravitate.

3. *Hemoragia post operatorie tardivă* sau secundară, cele mai adesea este o hemoragie capilară și este produsă de căderea escarelor prin descoperirea micilor vase. Rar poate să fie și arterială. Ea se produce de la a 2-a până la a 10-a zi. Această hemoragie este în general benignă. Ceeace îi dă un

oarecare grad de gravitate este faptul că se poate produce după ce bolnavul a părăsit spitalul sau clinica și depărtarea de medicul ce ar putea interveni, face ca să treacă mult timp până la concursul acestuia.

B) *Privite din punct de vedere al gravității lor avem:*

1. *Hemoragii normale*, ușoare sau obligatorii ce sunt datorite vaselor hilului amigdalin, de cele mai multe ori este suficient un tamponament pentru a le opri. În timp aceste hemoragii nu depășesc actul operator. Aci se încadrează și hemoragiile datorite sclerozării țesuturilor vasculare și a celor din jurul lor, care fac să rămână deschise vasele după secționare și sunt consecința proceselor inflamatorii cronice locale.

2. *Hemoragiile grave le întâlnim* atunci când pe lângă secționarea vaselor ce intră sau părăsesc amigdala la nivelul hilului, leziunea se întinde și asupra altor vase mai importante. Aceasta se poate produce fie din cauza brutalității intervenției, fie că este datorită unei anomalii sau malformațiuni pe care operatorul nu a depistat-o la momentul oportun. Mai frecvent sau relativ frecvent artera faringiană ascendentă este cauza acestor hemoragii grave. De asemeni arterele; maxilara externă, lingula, faringo-meningeea, palatina ascendentă, oricare dintre ele pot fi cauza unei hemoragii în caz de raport prea intim cu amigdala.

Secționarea oricăruia dintre aceste vase ne pune în fața unui tablou dramatic și din rezezițiunea cu care știm să alegem cel mai bun mijloc terapeutic, depinde însăși viața bolnavului. În aceste cazuri trebuiește întreprinsă ligatura carotidei externe, temporizarea putând deveni fatală.

Printre hemoragiile grave trebuiește să considerăm pe acelea datorite sindromelor hemoragipare despre care am vorbit în alt capitol și pe care dacă le-am prevenit, vom fi obligați să le tratăm, din păcate nu totdeauna cu succes.

3. *Hemoragiile fatale*. În acest paragraf încadrăm hemoragiile a căror gravitate depășește posibilitățile terapeutice chiar în mâna celui mai versat chirurg.

Lezarea carotidei externe, interne sau primitive prin rapiditatea cu care videază de sânge organismul, ne pune în imposibilitate de a interveni eficient. În marea majoritate a cazurilor, aceste hemoragii sunt fatale.

C) *După natura vaselor sunt:*

1. *Hemoragii arteriale* când vasele interesate sunt arterele.

2. *Venoase* când venele sunt în cauză.

3. *Parenchimotoase* atunci când fără evidențierea unui vas arterial sau venos, hemoragia provine din țesutul însăși al amigdalei.





## CAP. V.

### SIMPTOMATOLOGIA HEMORAGIILOR.

Este dela sine înțeles că simptomul fundamental al unei hemoragii este scurgerea de sânge. În afară de aceasta mai sunt oserie de alte simptome care ne fac să ne dăm sama că ne găsim în fața unei hemoragii.

Aceste simptome sunt locale și generale.

A) *Locale*: 1. *Scurgerea sângelui*, poate să varieze în raport cu vasul lezat.

a) În jet, atunci când este vorba de o arteră care poate să fie mai mult sau mai puțin puternic, după calibrul acesteia.

b) Punctiformă când avem de a face cu o venă.

c) În massă, în cazurile de hemoragii perenchimatoase și sunt datorite unui bont amigdalian. rămas în lojă.

2. *Chiagul*. În loja amigdaliană la nivelul căreia se petrece hemoragia se formează un cheag negru de volum variabil, ale cărui margini sunt festonate de sânge roșu ce se scurge în continuu. Dacă acest chiag este deplasat, se poate observa punctul hemoragic sau jetul arterial care i-a dat naștere.

B) *Simptome generale*. Clasic se recunoaște o triadă simptomatică obligatorie a hemoragiilor. Această triadă se întâlnește în special în hemoragiile post operatorii precoce, care sunt și cele mai grave și care constă din:

1. *Vărsături de sânge negru*. Sângele ce se scurge din plaga operatorie este în continuu înghițit de bolnav, fără ca acesta să aprecieze cantitatea sa, și la un moment dat este vărsat sub forma de chiaguri negre din cauza începutului de digestie la care a fost supus.

2. *Paloarea feței* se datorește pierderii importante de sânger.

3. *Accelerarea pulsului*, consecință a anemiei progresive ce se stabilește prin hemoragie.

În afară de aceste simptome, se constată că bolnavii sunt apatici, somnolenți, într'o stare de prostație a cărei intensitate este în raport cu cantiaea de sânge pierdu și care poate ajunge până la sincopă.



## CAP. VI.

### PROFILAXIA HEMORAGIILOR.

Respectul ce trebuie să-l avem de sângele bolnavului, chiar atunci când pierderea nu este așa de importantă ca să nu poată fi recuperată, ne impune a considera că oricât de meticuloase ar fi precauțiile luate, nici odată nu păcătuim prin exces.

Profilaxia hemoragiilor devine ușoară când ne sunt cunoscute pe de o parte cauzele acestora, cauze pe care le-am enumerate la capitolul respectiv, pe de altă parte când cunoștințele noastre se extind asupra posibilităților de care dispunem pentru a le preveni. Astfel aceste complicațiuni de temut devin excepționale, iar atunci când survin totuși, avem mijloace suficiente pentru a le face pe cât posibil inofensive.

#### A) *Profilaxia hemoragiilor datorită cauzelor locale.*

1. *Nu vom interveni* în stadiu de inflamațiune: amigdalite, flegmoane periamigdalene. În aceste cazuri suntem obligați să așteptăm până ce procesul acut se stinge, în medie 10—15 zile, și atunci vom executa o operațiune la rece.

2. *Anomaliile vasculare* cu greu pot fi depistate. Totuși o inspecțiune amănunțită a lojei amigdalene și a cavității faringelui, precum și constatarea unei lungimi anormale a apofizei stiloide, ne pun adesea la adăpost de a provoca o hemoragie. De alt fel în cazuri de acestea, însăși responsabilitatea medicului este inexistentă dacă operațiunea a fost executată după regulile artei și complectă.

#### B) *Profilaxia hemoragiilor datorite cauzelor generale.*

1. *Abținerea dela intervențiune* în timpul maladiilor infecțioase. Pe lângă pericolul septicemiei, în cursul maladiilor infecțioase uneori survin turburări în coagulabilitatea san-

guină, măbind timpul de coagulare ceea ce constituie o cauză predispozantă a hemoragiilor.

2. *Neintervențiunea în timpul menstruației* sau în jurul acestui timp. În deosebi este periculos a se opera în cele 5—6 zile care preced menstruația. Cel mai bun moment de intervențiune în raport cu epoca menstruilor este finele primei săptămâni ce-i succede.

3. *Arterioscleroza* într'un stadiu avansat și hipertensiunea mult ridicată, trebuiesc corectate în sensul ca să le aducem într-o stare de relativă hipotensiune în care putem interveni fără riscuri.

4. *Modificările în calitățile coagulabilității* sanghine de orice natură ar fi ele, sunt un pericol însemnat pentru provocarea hemoragiilor post operatorii, motiv pentru care vom insista proporțional la cercetarea afecțiunilor hemoragipare și asupra tratamentului lor preventiv.

Hemofilia, hemogenia și discrasiile viscerale, sindrome despre care am amintit în altă parte și am văzut în ce constau, sunt maladii care dacă le-am diagnosticat la timp și le-am adresat tratamentul adecvat, nu mai constituie o contraindicațiune imperioasă.

Pentru a recunoaște aceste diateze hemoragice avem la dispoziție două elemente importante: a) *interogatoriu* și b) *probele de laborator* ce constau în examenul sistematic al sângelui înaintea operațiunei.

a) *Interogatoriul* constă într'o anmneză amănunțită îndreptată asupra antecedetelor heredo-colaterale și personale, tinzând să ne pună în evidență dacă au existat în familie indivizi predispuși la hemoragii. De asemenea individul va fi interogat dacă sângerează abundant în urma unei răniri, bărbierit, operații anterioare, hemoragii spontane, epistaxis, extracție de dinți, femeile dacă au menoragii, menstruația abundantă, etc. În cele mai multe cazuri când avem de a face cu un bolnav ce sângerează mult, prin interogatoriu descoperim în antecedentele personale sau familiare, incidente hemoragice.

b) *Examenul sanghin preparator:*

1. *Stabilirea timpului de sângerare.* Pentru aceasta ne servim de proba lui Duke. Se înțeapă cu un ac lobulul ure-

chei, iar sângele care se scurge se șterge pe o hârtie sugătoare la fiecare 30 secunde, normal această scurgere trebuie să se oprească după 2—3 minute.

Timpul de coagulare se stabilește uzând de mai multe metode, însă pentru a obține cele mai bune rezultate este necesar să ne servim întodeauna de una și aceeași metodă.

Vom descrie procedeul eprubetelor lui Hayem. Condițiile optime de exactitate sunt îndeplinite când ținem seama de următoarele considerente: Tuburile în care se face hemoliza trebuiesc riguros curate și uscate, de diametru egal, nivelul sângelui să fie totdeauna același, iar temperatura camerei în care se lucrează să fie constantă. Se pun 3 cm. într'o eprubetă și în mod normal coagularea va surveni în 6—10 minute. Tot ce este pe această cifră este considerat patologic.

3. *Examinarea retractibilității chiagulului sanguin*, care în mod normal se produce după  $\frac{1}{2}$  până la 1 oră, ne poate viza asupra unei hemoragii când se retractă puțin sau deloc, sau asupra unei afecțiuni hepatice când după 24 ore se redolvă. În tuberculoza pulmonară evolutivă sau cachexia canceroasă, se observă fenomenul coagulării plasmatice care constă în depunerea la fund a globulelor roșii din cauza unei coagulări prea întârziate și acoperirea lor de o pătură plasmatică galbenă transparentă.

4. *Numerotarea plachetelor sanghine* car normal se găsesc câte 200.000—250.000 pe milimetru cub, se face recoltând sânge praspăt în soluția următoare:

apă distilată 30 gr.

uree 3 gr.

Sol. citrat de sodiu 10%, 1 cm. cub.

Vom descrie și alte semne ajutătoare pentru a descoperi cazurile cu sindrome hemoragipare.

1. *Semnul șiretului al lui Weil*. Dacă se strânge cu un „garrot“, deasupra plicei cotului, timp de 10 minute și se constată pe segmentul distal al membrului superior sufuziuni sanghine purpurice, ne găsim în prezența unei hemo-genii ce denotă o alterațiune a endateliului vascular.

2. *Semnul benzii al lui Roskam*. Cu ajutorul manșetei unui sfingomanometru exercitând o presiune de  $Mx$   $Mn : 2$

timp de  $\frac{1}{4}$  ore, la nivelul treimeii inferioare a brațului, apariția elementelor purpurice ne relevă o fragilitate vasculară.

3. *Semnul lui Koch*. Făcând o înșepătură în țesutul subcutanat, obținem o aureolă hemoragică în jurul ei, evidențiind hemogenia.

După ce am văzut care sunt mijloacele ce permit chirurgului să-și dea seama dacă operatorul va face sau nu o hemoragie, probe hematologice a căror valoare este considerabilă atunci când sunt executate impecabil și care nu sunt totuși absolute, vom trece la corectarea turburărilor de coagulabilitate. Această corectare ne va permite să transformăm prinr'un tratament judicios pe cei ce nu pot fi supuși actului chirurgical, în indivizi la care operația se poate executa fără inconveniente sau cu minimum de riscuri.

Pentru corectarea stărilor patologice ale calităților sângelui, dispunem de mijloace biologice, fizice și farmacologice. Dintre toate acestea cele mai bune rezultate se obțin întrebuintând pe cele biologice și fizice, în timp ce mijloacele farmacologice au o acțiune îndoielnică.

#### A) *Mijloace biologice.*

1. *Injecțiile de sânge uman: a) transfuzia și b) homohemoterapia.*

a) *Transfuzia sanghină*—injecția de sânge intravenos. P. E. Weil consideră ca cel mai bun procedeu de a se injecta 20—40 cm<sup>3</sup> de ser sanghin în ajunul operației iar transfuzia de 200—300 cm<sup>3</sup> să se facă cu o oră înaintea actului.

b) *homohemoterapia*. În cazurile mai ușoare și unde nu avem la imediată îndemână posibilitățile unei transfuzii, ne servim de homohemoterapie. În aceste cazuri sângele se injectează intramuscular 20—40 cm<sup>3</sup>, și rezultatele sunt bune.

Fie că recurgem la transfuzie fie că recurgem la homohemoterapie, este important a se ține seamă de anumite fapte.

Sângele care se injectează trebuie să fie de bună calitate, în sensul ca să nu conțină germenii vreunei maladii, și trebuie cercetat din punct de vedere al coagulabilității. Este nevoie de un sânge a cărui coagulabilitate să fie normală, deci vom căuta să ne ferim de părinții deficientului întru cât afecțiunile hemoragipare sunt ereditare.

c) *Extracte glandulare.*

1. *Metoda lui Wipple.* Aceasta constă în administrarea preventivă mai multe zile înaintea operației, câte 125—150 gr. ficat crud de vițel sau echivalentul acestuia în extract.

2. *Metoda lui Castle.* Administrarea de extract gastric. După cercelările lui A. Bloch și J. Lemoine asupra extractului gastric-gastrema, rezultă că asocierea acestuia cu extractul hepatic dă cele mai bune rezultate. Se întrebuițează preventiv pentru amigdalectomie și adenotomie, dându-se zilnic câte o fiolă din fiecare timp de 10—12 zile.

3. *Leoke* a obținut rezultate bune dacă dă să ingereze extracte de splină și măduvă osoasă. Numărul plăcuțelor sanghine crește, iar timpul de coagulare se reduce.

4. *Extractul din lobul posterior* al hipofizei a fost introdus ca preventiv în practica O. R. L., de către Sabinger, Cители, Canuyt și la Barre, etc., este eficace când se injectează câte 0,5 până la 1 cm. extract hipofizat posterior cu o oră înaintea intervenției.

d) *Coagulenul* este un preparat al casei Ciba, după procedeul Fanio, extract de plăcuțe sanghine. Roskam îl preconizează în aplicațiuni locale și intravenoase. Intravenos nu este scutit de accidente grave, fapt pentru care Binet, insistă să fie administrat subcutanat atât preventiv cât și curativ cu foarte bune rezultate. Se dau 2 fiole zilnic subcutanat și din cauza lipsei accidentelor îl face superior extractelor serice.

Isch-Wall și Buzaqueu întrebuițând coagulenul câte 5 cm<sup>3</sup> pe tot timpul post-operator, îi relevă calități superioare în hemoragie.

Canuyt și Wild pornind dela constatarea că acțiunea coagulenului este de scurtă durată, recomandă să se injecteze 10 cm. în ajun și zilnic câte 5 cm., post-operator atâta vreme cât există riscuri pentru hemoragie. Rezultatele ce au obținut sunt excelente în special acolo unde numărul plăcuțelor sanghine este diminuat.

e) *Seroterapia.*

1. Serul uma are calitatea de a mări coagularea sângelui și indicațiunile lui sunt optime în tratamentul hemofiliiilor și al afecțiunilor hemoragice. După recomandăția lui P.

E. Weil se poate da în fiecare lună 20 cm<sup>3</sup> subcutanat și o injecție în ajunul operației.

2. *Serul animal* poate înlocui serul uman și se poate da sub formă de hemostil sau orice ser antitoxic, câte 20 cm<sup>3</sup> pe cale intramusculară.

3. *Serul seric al lui Dufour și le Kallo sau Anthema*. Acțiunea emostatică a acestui ser se datorește crizei hemoclastice pe care o provoacă prin fenomenul de anafilaxie pasivă, datorit substanțelor preformate modificatoare ce au rezultat din sensibilizarea animalului prin serul altui animal. Pentru Canuyt și Wild, rezultatele optime se obțin dacă se injectează preventiv 10—20 cm<sup>3</sup> intramuscular, iar după ce se verifică efectul asupra coagulării se injectează încă 10 cm<sup>3</sup> cu o oră înainte de operație.

Aplicațiunile seroterapiei nu pot fi prea întinse, din cauza accidentelor serice frecvente, pe care le provoacă în special la hemogenici, hemofilii adevărați fiind mai refractari, din cauza stabilității lor umorale foarte mari.

B) *Mijloace fizice*.

*Iradiația cu raze X*.

O serie întregă de cercetători au pus în evidență proprietățile hemostatice ale razelor X. Gramena, Tribouletm, Weil și Paraf, Stephan, Neuffer, Feissly, Woehlich, Pagniez, Ravena, etc., în lucrările lor au demonstrat aceste proprietăți.

După unii dintre ei, este vorba de o acțiune ce s'ar exercita direct asupra vaselor și a lichidului circulant. Alții, Stephan, cred că se produce o activare a organelor hematopoetice.

Aplicațiunile razelor X se fac asupra splinei, măduvei osoase, vaselor mari ale gâtului sau regiunea de operat.

Canuyt, în anul 1924, introduce tratamentul hemostatic al razelor X în O. R. L.

Doza medie optimă de raze X este 600 R., care se poate administra într'o singură ședință sau în 2 de câte 300 R., la interval de 24 ore. Clorurul de calciu are o acțiune catalitică indispensabilă în transformarea preserosinei în serosină, fapt pentru care se dă bolnavului înainte de iradiare o soluție conținând 4 gr. clorur de calciu (G. Canuyt și J. la Barre).



Efectele iradierii asupra accelerării coagulării sanghine sunt precoce. Pot să debuteze după un minut, să crească un sfert de oră și să persiste 4—7 zile. Aceste efecte sunt cumulate dacă ședințele sunt apropiate, iar dacă sunt distanțate, se stabilește un fel de imunitate celulară.

C) *Mijloace farmacologice.*

1. *Clorura de calciu.* De multă vreme încă, lucruri ca acestea ale lui Arthus și Pages (1890), apoi Carnot și Blamotier, demonstau o acțiune hemostatică pentru clorura de calciu, motiv pentru care și-au găsit o amplă întrebuințare în acest scop. Actualmente o altă serie de autori, în special americani, neagă orice acțiune a calciului asupra timpului de coagulare. Rendu și Moularguet în Franța, susțin aceeași teză contrarie opiniei clasice.

Ganuyt și Wild continuă a întrebuința calciu, însă numai asociat cu aplicațiunea razelor X, a căror acțiune hemostatică o favorizează mult.

2. *Hemostaticele cu bază de fermenți vegetali* nu-și găsesc o aplicațiune importantă, din cauza că pe cale intravenoasă produc accidente, iar per os nu au nici o valoare.

Ceeace am spus despre clorurul de calciu, se poate spune despre toate preparatele care îl conțin.

Concluziile ce tragem în mod imperios din cele relateate în acest capitol, sunt în măsură să ne pună la adăpost de orice neplăceri, dacă atențiunea cuvenită am acordat-o tuturor indicațiunilor. Cu toată eficacitatea metodelor ce ne stău la dispoziție pentru corectarea viciilor de coagulare sanghină, prudența ne obligă să nu intervenim decât cu discernământ și aceasta numai atunci când este absolut indispensabil.

## TRATAMENTUL HEMORAGIILOR.

Hemoragia, complicație a amigdalectomiei, devine excepțional de rară, atunci când se respectă condițiunile unei bune intervențiuni, iar operatorul nu a neglijat nimic din precauțiunile reclamate.

Dacă totuși survine, cu toate măsurile de prevenire care s'au luat, atențiunea trebuie îndreptată asupra mijloacelor prin care să o combatem. De exactitatea cu care am recurs la cel mai eficace mijloc și de rapiditatea deciziunilor luate, depinde în mare măsură eficiența actului nostru. Pentru aceasta calmul este absolut necesar, actele dezordonate ducând la dezastru.

Prima grijă, în prezența unei hemoragii, ce ni se incumbă, este diagnosticarea acesteia. Ne dăm seama printr'o inspecțiune amănunțită asupra lojei amigdaliene, cu un bun luminaj, dacă este vorba de o hemoragie arterială, venoasă, parenchimatosa, sau dacă avem de a face cu o hemoragie ușoară sau gravă și așa mai departe, deoarece măsurile ce trebuie luate sunt în raport direct cu felul hemoragiei.

Terapeutică hemoragiei dispune de multe mijloace și metode, unele mai bune altele mai puțin bune.

Le vom împărți în mijloace de ordin local și general:

A) *Metode cu aplicațiune locală*, tratamentul local al hemoragiilor.

1. *Tamponamentul* este primul act ce trebuie îndeplinit când ne-am dat seama că ne găsim în fața unei hemoragii. Tamponarea lojei amigdaliene se face cu ajutorul unei pense Kocher modificată, sau ori care alta de o lungime suficientă. Se face un tampon de tifon steril și se introduce în loja sân-

gerândă, ținându-se până atunci când credem că este suficient pentru a opri hemoragia. Tifonul poate fi îmbibat cu o substanță coagulantă, cele mai adesea apă oxigenată, Clauden, coagulen, etc.

Este corect a ne feri să întrebuițăm substanțe hemostatice al căror efect se datorește unei vaso-constricțiuni, cum sunt antipirina, adrenalina, feripirina, deoarece survine o vasodilatație secundară care poate fi și mai periculoasă.

Timpul cât trebuiește să menținem tamponul în loja amigdaliană, variază dela 30 secunde la 4—5 minute, timp în care dacă hemoragia nu s'a oprit, ne obligă să trecem la alte măsuri.

2. *Prinderea și ligatura vaselor care sângerează.* Acest mijloc se recomandă în special în hemoragiile arteriale sau chiar venoase când vasul care dă, este vizibil. Pentru prinderea arterelor sunt recomandate mai multe metode ce variază între ele, după modelul pensei cu care se intervine.

a) *Ligatura cu pensa lui Kocher.* Cu ajutorul unei pense Kocher se prinde capătul arterial ori venos, sau în cazurile când este o arie vasculară care sângerează, se prinde aceasta și se face un nod de catgut sau mătase, ale cărui capete lungi sunt ținute unul de operator altul de un ajutor. Cu o pensă de disecție ale cărei brațe sunt suficient de lungi, se strânge nodul cât mai aproape de capătul pensei prințitoare.

b) *Ligatura cu pensa Kocher și o altă pensă curbă.* Pensa Kocher servește la prinderea vasului, iar cea curbă la prinderea zonei hemoragice, făcându-se ca nodul să alunece pe această pensă curbă.

c) *Ligatura cu pensa lui Lapouge.* Această pensă este o modificare a celei Kocher, cu brațele mai late și capetele rotunzite, astfel că alunecarea nodului se face mai ușor.

Manipularea tuturor acestor instrumente trebuiește făcută cu multă delicatețe și abilitate, pentru a nu pătrunde prin peretele muscular al lojei, cauzând astfel hemoragii și mai periculoase.

3. *Aplicarea compresoarelor hemostatice.* Dacă tamponamentul sau forcipresura cu ligatura vaselor ce sângerează

nu asigură o hemostază completă, se poate trece la aplicarea unei compresiuni de lungă durată asupra lojei. S'au inventat mai multe instrumente pentru acest scop. Nu vom insista asupra lor. Toate se bazează pe principiul compresiunii lojei care sângerează.

Pensa hemostatică (compresorul) lui Bosviel este cel mai utilizat. Tehnica aplicării este simplă.

Inconveniente ce decurg din întrebuințarea acestui instrument nu sunt prea serioase. Edemul datorit compresiunii, necroza consecutivă, precum și infecțiunile ce se pot ivi la nivelul lojei, sunt de minimă importanță, dacă se face o aplicare corectă și nu se mențin prea mult pe loc, în medie 4—5 ore.

S'au imaginat și alte instrumente în acest scop. Putem cita compresorul lui Bloch, în formă de V, pentru hemostază, tonsilostatul lui Adler, etc.

4. *Capitonarea lojei cu agrafe*, constă în închiderea acesteia, aplicând cei doi stâlpi peste suprafața sângerândă. Cu ajutorul unei pense Wagner sau Krause, se pun 2—3 agrafe care să prindă stâlpul posterior și anterior. Agrafele lui Michel, cu un singur dinte, sunt cele mai bune, dând posibilitatea de a fi ușor de scos.

5. *Sutura pilierilor sau a lojei amigdaliene* este un act chirurgical precis, a cărui întrebuințare permite ori de a evita, ori de a opri hemoragia postamigdalectomică. Cu ajutorul unei instrumentațiuni adecuate, execuția devine simplă, rapidă și fără pericole (Tarneaud).

O serie întreagă de autori ca Luc, Lautenslager, Kilian, Fabry, Escat, Harold S. Barwell și alții, au întrebuințat această metodă după fiecare amigdalectomie în scop preventiv, în timp ce alții ca: Doulcet, o consideră dureroasă și dificilă.

Dacă asupra aplicării sale în scop profilactic pot exista păreri deosebite, nu i se pot nega marile succese recoltate în materie de oprirea hemoragiilor.

Procedeu lui Tarneaud ni se pare cel mai bun, fiind și cel utilizat de Clinica O. R. L. din Cluj.

De obicei se practică trei puncte de sutură alajate. Pentru a asigura o bună hemostază se introduce în loja ce vom avea o sutura un tampon de tifon steril și se face prin strângerea firelor o compresiune maximă.

După 24 ore se scot firele suturei și tamponul din loje pentru a împiedica producerea infecțiilor. Acest timp este suficient pentru a asigura o hemostază perfectă. Alți autori ca Lautenschlager preferă să le țină 3—6 zile.

6. *Ligatura carotidei*. În cazurile disperate, când toate mijloacele de hemostază au fost întrebuințate și nu am obținut rezultatul dorit, trebuie să recurgem la ligatura carotidei. Indicațiunea supremă pentru ligatura carotidei, o constituie hemoragia gravă, datorită lezării arterelor mari, faringiana ascendentă, carotida externă, internă sau primitivă. În aceste situațiuni, intervețiunea trebuie făcută cu rapiditate de prestigiator, fără a mai aștepta rezultatul altor metode. Din nenorocire destul de rar se poate salva viața bolnavului în aceste cazuri.

Ligatura trebuie să se adreseze todeauna carotidei externe, excepțional carotidei interne și niciodată celei primitive. Totuși când s'a produs secțiunea carotidei primitive dacă situațiunea permite, vor face ligatura acesteia.

După cum am văzut la capitolul de anatomie chirurgicală, artera facială deține aproape exclusiv irigațiunea lojei amigdaliene. Artera facială este ramura carotidei externe și numai excepțional, în caz de anomalie, poate să provină din carotida internă. De asemeni artera faringiană inferioară sau ascendentă provine din carotida externă. Acesta este raționamentul pentru care recurgem la ligatura carotidei externe și numai în cazul că avem motive să credem în existența acestei anomalii, facem și ligatura carotidei interne sau primitive. Pe de altă parte carotida externă și ramurile sale se răspândesc în țesuturile moi ale gâtului, în timp ce carotida internă irigă creierul, așa că ligatura primei nu produce inconveniențele ce decurg din a celei interne și primitive.

Recunoașterea arterei carotidei externe se face datorită faptului că ea dă colaterale pe când cea internă dă numai excepțional și ligatura se face în triunghiul lui Farabeuf.

*Tratamentul general al hemoragiilor.* O deosebită atențiune trebuie acordată tratamentului general al hemoragiilor, a cărui eficacitate în ultimul timp a fost subliniată de clinicieni renumiți.

La capitolul „Profilaxia hemoragiilor“, am enumerat toate mijloacele prin care putem să prevenim o hemoragie, iar la subtitlul „Corectarea stărilor patologice sanguine“, am descris care sunt mijloacele de care ne putem servi. Aceste metode își găsesc o largă aplicare în tratamentul general curativ al hemoragiilor și ne vom mulțumi a-l etala fără a mai repeta descrierea lor.

Coagulabilitatea sângelui joacă un rol important în oprirea hemoragiilor, de aceea mărirea posibilităților de coagulare sanghină vor ocupa primul plan al tratamentului general.

1. *Mijloace biologice.*

a) *Transfuzia sanghină.*

b) *Homohemoterapia.*

c) *Intrebuințarea de extracte glandulare:* 1. Metoda lui Wipple. 2. Metoda lui Castle. 3. Metoda lui Leocke. 4. Extrasul din lobul posterior al hipofizei.

đ) *Coagulenul.*

e) *Seroterapia:* 1. Ser uman. 2. ser animal, 3. serul seric al lui Dufour și le Hello (antherma).

2. *Mijloace fizice.*

a) *Iradiația cu raze X.*

3. *Mijloace farmacologice.*

a) *Clorura de calciu și toate substanțele ce conțin calciu.*

b) *Hemostaticile cu baze de fermenți vegetali.*

Toate aceste mijloace biologice, fizice și farmacologice, contribuie la oprirea hemoragiei în măsura eficacității fiecăruia, eficacitate, mod de acțiune și de alicațiune, despre care am vorbit.

Odată oprită hemoragia, intervenția medicului nu o putem considera terminată.

Prin pierderea mai mult sau mai puțin abundentă de sânge, bolnavul este lipsit de acest element vital. Remontarea bolnavului, într'un timp cât mai scurt posibil trebuie asigurat.

gurată prin tot ceiace ne stă la dispoziție și eforturile noastre trebuiesc îndreptate în acest scop. În cazurile grave recurgem la transfuzia de sânge, administrarea de ser fiziologic, clisme nutritive, cardiotonice și tonice generale. Asigurarea unei alimentații adecvate și rehidratării organismului prin ingerarea de lichide, apă, compoturi, limonade, etc., toate elementele cunoscute din practica medicală generală.



## CAZURI CLINICE.

1. M. M. femeie de 20 ani, este operată la 21 Iulie 1936 pentru amigdalită hipertrofică. În aceeași zi, la interval de 4 ore, se prezintă pentru hemoragie în loja amigdaliană dreaptă. I se face tamponament susținut timp îndelungat după care hemoragia nu cedează. Se recurge la sutura pilierilor după procedeul Tarneaud. Hemoragia se oprește iar după 12 ore se scoate tamponul pe care a fost făcută sutura pilierilor.

2. S. V. bărbat de 21 ani, operat în ziua de 18 August 1936 pentru amigdalită criptică. La 6 ore după amigdalectomie survine hemoragia care nu cedează decât la sutura pilierilor pe tampon.

3. T. I. bărbat de 50 ani, amigdalită hipertrofică, repetate flegmoane periamigdalice. I se practică amigdalectomia bilaterală în ziua de 1 Septembrie 1936. După 3 ore de la operațiune survine hemoragia lojei drepte pentru care este nevoie de sutura pe tampon a pilierilor.

4. I. V. Femeie de 26 ani. Amigdalită hipertrofică bilaterală. Operată la 12 Mai 1937. Survenind hemoragia postamigdalectomică după 2 ore de la operațiune se face tamponamentul lojei care nu este suficient pentru a o sista. Se recurge la sutura fără tampon a pilierilor.

Aceste patru cazuri au survenit la un total de 1538 operațiuni (bolnavi) deci la un număr de 3076 amigdale operate.





## CONCLUZIUNI.

1. Dintre complicațiunile post operatorii ale amigdalectomiei, cea mai frecventă, cea mai impresionantă având o gravitate variabilă, uneori excesivă, este hemoragia.

2. Hemoragiile postamigdalectomice sunt subordonate unei întregi serii de factori: *a)* Anatomici — anomalii vasculare — *b)* infecțioși, — maladii acute sau cronice, localizate sau generalizate, *c)* sindrome hemoragipare — hemofilie, hemogenie, discrazii vasculare.

3. Pregătirea tehnică a operatorului, — alegerea metodei și instrumentarului, neîndemânarea acestuia — este în oarecare măsură responsabilă de provocarea hemoragiei.

4. Operatorul trebuie să aibe cunoștințe precise de anatomie topografică, cunoștințe asupra tuturor predispozițiilor la hemoragie și mai ales asupra posibilităților de evitare și tratare, când hemoragia se produce.

5. Înaintea actului operator, este necesară o riguroasă inspecțiune a regiunii, o anamneză asupra antecedentelor personale și heredo-colaterale, în materie de hemoragie și eventual o serie de investigațiuni de laborator pentru cercetarea calităților sanguine.

6. În alegerea mijloacelor de tratare a hemoragiilor trebuie să fim eclectici, pornind dela simplu la complex, neezitând totuși a interveni rapid în cazurile grave.

7. Dacă hemoragia postamigdalectomică nu se oprește sub influența unui simplu tamponament al lojei asociat cu terapeutila hemo-cuagulanto-chimio-terapeutică, clinica O. R. L. din Cluj recomandă sutura pilierilor.

8. Cunoștințele de anatomie topografică a lojei amigdaliene, progresul cercetărilor de laborator asupra calităților sanguine, alegerea metodei operatorii, au făcut ca amigdalectomia să fie azi o operațiune benignă.

9. Metoda operatorie a clinicei O. R. L. din Cluj constituie o tehnică cu cele mai mici riscuri pentru hemoragii. (Din 3076 amigdalectomii practicate în 1538 de ședințe în aproape 3 ani, numai în 4 cazuri a fost nevoie de sutura pilierilor,

Văzută și bună de imprimat.

Președintele tezei:  
(ss). Prof. Dr. *Buzoianu*

Decanul Facultății:  
(ss) (Prof. Dr. D. *Michail*)



## BIBLIOGRAFIE.

1. *Buzoianu Gh.*: Hemoragiile grave consecutive ablației amigdalelor palatine. Rev. Spitalul No. 3, Martie 1928, Pag. 112.
2. *Deutheillet de Lamothe*: Contribution à l'étude de la Chirurgie de l'amygdale palatine — Journal de Chirurgie, Oct. 1921.
3. *Marcel Alquier*: Les hemorragie post-operatoires de l'amygdale palatine non — néoplasique — Thèse 1929, Toulouse.
4. *H. Adler*: Eine Tonsilostat — Monatsch. f. Ohrenheilk.
5. *Dr. Tarneaud*: La suture de la loge amygdalienne — Art. orig. Les annales des Maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. 1928 pag. 993.
6. *Prof. Soules Mauret et Dr. Paul Cazejust*: L'amygdalectomie maxime ou amygdalectomie haute — Définition, indications, technique opératoire — Les Annales — Les annales des Maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx, 1923, pag. 845.
7. *Deutheillet de Lamothe*: Amygdalectomie et amygdalotomie. Revue de Laryngologie, d'otologie et de rhinologie. Art. orig. 30 Apr. 1923.
8. *Deutheillet de Lamothe*: Anesthésie locale dans l'amygdalectomie — Une point de technique particulier. Art. orig. Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx, 1923, pag. 464.
9. *G. Portmann* (Bordeaux): Apropos de l'amygdalectomie. — Congrès français d'oto-Rhino-Laryngologie. 15—18 Oct. 1924.
10. *André Bloch. G. et P. Huet*: Trois cas d'hémorragies spontanée de l'amygdale. — Congrès français d'oto-Rhino-Laryngologie 15—18 Oct. 1924.
11. *Fallas*: Un nouveau cas d'hémorragie grave après amygdalectomie ches un homme de 37 ans. Société Bruxelloise d'oto-Rhino-Laryngologie. Scéance du 25 janv. 1924. Annales de maladies de l'oreille, de larynx, du nez et du pharynx, 1925 pagina 194.
12. *Maximilian Rauch*: Eine Tamponzonge zur Tonsillektomie Monatschrift für Ohrenheilkunde No. 5. 1930.
13. *A. Werner*: Die Tonsillektomie bei Diphtherie bacillenträgern. — Archiv für Ohren, Nasen und Kellkapfheilkunde. Vol. 128, fasc. 1—2. 1931.
14. *Dr. J. Despons*: 971 cas d'amygdalectomie par la méthode de Sluder et la méthode de Papper. Deductions critiques et modifications

instrumentales — Revue de laryngologie, otologie, rhinologie 1932, pag. 940.

15. *J. A. Keen*: (Leicester). Abnormal haemorrhage after the tonsil and adenoid operation. — The journal of Laryngology — Mai 1931.

16. *Lapouge*: L'hémorragie dans l'amygdalectomie totale — art. orig. Annales d'oto-laryngologie No. 9 Sept. 1931.

17. *André Viéla*: (Toulouse). L'anatomie chirurgicale de l'amygdale palatine et de sa loge. Annales d'oto-Laryngologie No. 11 Nov. 1931, art. orig.

18. *L. E. Weil*: Les interventions chirurgicales chez les hémophiles. Presse médicale, 8 Juillet 1931, p. 1021—1024.

19. *G. Canuyt et Ch. Wild*: Le traitement et la transfusion sanguine d'urgence en Oto-rhino-laryngologie. Ed. Masson, Paris 1935.

20. *P. E. Weil*: Remarques physiologiques sur les médicaments hémostatiques. Communication à l'Académie de médecine 1-er Mars 1921.

21. *Anglade*: Contribution à l'étude des hémostatiques à base de pectine et de ferments végétaux. Ed. Jouve, Paris 1929.

22. *E. Dronot*: La période préopératoire dans la chirurgie des voies aériennes et digestives supérieures. Annales d'oto-rhino-Laryngologie. No. 11. 1932, pag. 1242 — 1287.

23. *P. E. Weil*: La dyscrasie andothélio-plasmatique chronique hémorragiques; Contribution à l'étude des purpures chroniques. Revue de médecine No. 2 févr. 1920, pag. 81—102.

24. *P. O. Weil*: L'hémogénie, diathèse hémorragique chronique. Journal des praticiens 1922, pag. 258—275.

25. *H. Aloin et R. Noel*: Temps de coagulation et temps de saignement. — Revue d'oto-Laryngologie. No. 10 Dec. 1932.

26. *P. F. Pierri*: Considerazioni sopra un caso di grave emorragia tonsillare post-operatoria. Bolletino delle malattie dell'orecchio, della gola, del naso — No. 2, 1932.

27. *Dutheillet de Lamothe*: Amigdalectomie totale par le procédé dit „de ciseaux“. — Annales d'oto-laryngologie. No. 11 Nov. 1932.

28. *Prof. L. Pietrantonio*: La sutura della loggia tonsillare. — Archivio italiano di otologia. Fasc. II. vol. XLIII, 1932.

29. *G. Canuyt et Gh. Wild*: Le traitement prophylactique des hémorragies post opératoires. — Revue de Laryngologie, otologie, rhinologie. N. 2 Febr. 1936.

30. *Gârbea St.*: Technica amigdalectomiei totale în clinica O. R. L. Cluj. Teză, Cluj, 1936.