

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
Facultatea de Medicină.

No. 1352.

COMPLICAȚIILE POST-ADENECTOMICE



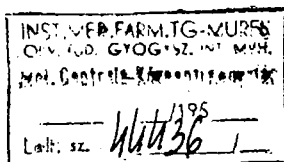
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE..... 1938.

DE

SZŐCS IOSIF

24 MAY 2005



CLUJ

TIPOGRAFIA „STUDIO” STR. I. G. DUCA No. 8.
1938.

UNIVERSITATEA REGELE F. I. DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Dl. Prof. Dr. M. STURZA.

Profesori:

Clinica stomatologică	Dl. Prof. Dr. Aleman I.
Microbiologie	" " " Baroni V.
Fiziologia umană	" " " Benetato G.
Istoria medicinei	" " " Bologa V.
Patologia generală și experimentală	" " " Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	" " " Buzoianu G.
Istologia și embriologia umană	" " " Drăgoiu I.
Semiologie medicală	" " " Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală	" " " Grigoriu Cr.
Clinica medicală	" " " Hațieganu I.
Medicina legală	" " " Kernbach M.
Chimia biologică	" " " Manta I.
Clinica oftalmologică	" " " Michail D.
" neurologică	" " " Minea I.
Igienă și igienă socială	" " " Moldovan I.
Radiologia medicală	" " " Agr. M. Zolog
Anatomia descriptivă și topografică	" " " Negru D.
Clinică chirurgicală	" " " Papilian V.
Medicina operatoare	" " " Pop A.
Clinica infantilă	" " " Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia (Supl.)	" " " Popoviciu Gh.
Biologia generală	" " " Racoviță E.
Clinica medicală	" " " Secăreanu Șt.
Balneologie	" " " Sturza M.
Clinica dermato-venerică	" " " Tătaru C.
" urologică	" " " Țeposu E.
Clinica psihiatrică	" " " Urechia C.
Anatomia patologică	" " " Vasiliu T.
Fizica medicală	" " " Conf. Bărbulescu N.

JURIUL DE PROMOȚIE:

Președinte: Dl. Prof. Dr. Gh. Buzoianu
 Membrii: { Dl. Prof. Dr. V. Papilian
 " " " V. Bologa
 " " " G. Benetato
 " " " Gh. Popoviciu
 Supleant: Dl. Doc. Dr. C. Velluda

INTRODUCERE.

Cu prezenta lucrare modestă n'am intenția să aduc nouități în domeniul atât de bine cunoscut al patologiei vegetațiilor adenoide, cel mult aş dori să repet și să trec pe scurt în revistă observațiile clinice ale diferiților autori, cari pe baza observațiilor atât de numeroase au putut stabili norme în ceea ce privește frecvența, profilaxia precum și tratamentul complicațiilor post-adenectomice.

Această mică intervenție, care azi este practică pe o scară foarte întinsă, nu numai de specialiști ci și de medici practicieni și care la prima vedere pare a fi benignă, nu este lipsită totuși în toate cazurile de complicațiuni. Aceste surprize operatorii pot distruge rezultatul unei operațiuni făcute în cele mai bune condițiuni, iar uneori pot chiar pune viața bolnavului în pericol.

În partea I-a a lucrării voi trata pe scurt anatomia și patologia amigdalei faringiene, extinzându-mă mai pe larg asupra chestiunii vegetațiilor adenoide, care necesită în mod curent aproape exclusiv indicația adenectomiei. Voi trata apoi indicația și contraindicația operației, respectiv îngrijirea pre- și postoperatorie.

În partea a II-a voi trece în revistă complicațiile mai frecvente și cele mai puțin frecvente, indicând pe scurt tratamentul adecvat.

În partea a III-a voi descrie cazurile clinice atât cele din literatura străină cât și cele ale Clinicii O.-R.-L. din Cluj. Cazurile dela această Clinică puține la număr față de numărul considerabil de operații de adenectomie se pot explica prin faptul, că bolnavii întotdeauna sunt bine pregătiți preoperator.

Țin de cuviință să-mi exprim mulțumirea și recunoștința D-lui prof. Dr. Gh. Buzoianu, pentru subiectul tezei

mele. Prin această lucrare aduc mulțumirile mele cele mai sincere D-lui Doc. Dr. M. Mitrea în serviciul căruia mi-am câștigat primele noțiuni de medicină practică atât de importante în formarea carierei unui viitor medic. Adâncă recunoștință asistentului Dr. E. Bodea care m'a îndrumat în adunarea bibliografiei și materialului acestei teze.



Partea I-a.

Anatomia: Amigdala faringiană este un organ limfoid care ocupă loc în porțiunea superioară a faringelui, numit și naso-faringe sau cavum. Ea este situată între cele două orificii ale trompei lui Eustache, înapoia choanelor, înaintea unei linii transversale care trece prin tuberculul faringian, pe lângă care se întinde până la nivelul fosetei lui Rosenmüller; este foarte importantă pentru explicarea complicațiilor. La nivelul pavilionului trompei există o nouă amigdală, numită a lui Gerlach, care este legată prin niște cordoane limfatice, unele ascendente până la amigdala faringiană, iar alte cordoane descendente cari la rândul lor se leagă de amigdala palatină, de unde se prelungesc în jos până la amigdala linguală. Reunind aceste cordoane în formă de semicercuri, formate la rândul lor dintr'un țesut adenoidean și foliculi limfatici incluși în grosimea mucoasei, vom căpăta un cerc complet numit cercul lui Waldayer.

În stadiul de dezvoltare completă, organul are un aspect de ecrescență neregulat patrulateră, mai lungă decât largă, măsurând aproximativ 25 mm. lungime, 20 mm. lățime și 6 mm. grosime. La mijlocul ei prezintă o crăpătură cu direcția antero-posterioară, iar la ambele părți ale acestei crăpături se găsesc niște pliuri variabile ca număr și orientare.

Ceea ce privește structura histologică a organului ea are aceeași conformație ca și amigdalele palatine. Făcând o secțiune în mijlocul ei vom constata, că este formată dintr'un sistem de plice verticale separate între ele prin diverticuli sau cripte mai mult sau mai puțin profunde asemănătoare celor din amigdalele palatine, având tot

aceeași semnificație patologică. Istologic găsim un țesut propriu zis și un epiteliu. Țesutul propriu zis este un țesut reticulat, conținând foliculi incluși; iar epiteliul diferă după locul examinat: la suprafața pliurilor de tip malpighian, iar în profunzimea neregularităților de tip cilindric ciliat, asemănător cu acela al foselor nasale.

Fiziologia: Este dominată mai mult de ipoteze. După concepțiile clasice ele au un rol în umidificarea aerului inspirat prin secrețiile lor, pe de altă parte ele intervin în procesele de apărare locale și generale a organismului. După Killian, Kümmel și Briger acest act de apărare locală s'ar face printr'un mecanism mecanic legat de secreție, combinat cu un mecanism biologic.

S'a dovedit însă de Portman că acest rol este neînsemnat și chiar s'a constatat, că amigdalele joacă foarte des rol de poartă, de intrare pentru o mulțime de infecțiuni locale și generale.

După Kostyal extractele amigdaliene prin curentul circulator ar influența metabolismul producând: hipoglicemie, scăderea presiunii sanghine și leucopenii. Kelemen a observat efectul bun a extractelor amigdaliene asupra coagulării sanghine, folosind chiar pentru hemostază. Pollatschek și Halász au observat după amigdalectomii catare faringiene, numite de ei faringite tonsiloprive, susținând, că stările catarale sunt în legătură cu lipsa secreției interne amigdaliene. Această secreție la rândul ei ar regula circulația sanghină la nivelul mucoasei faringiene.

Din cercetările D-lui prof. Benetato făcute pe șobolani și copii reese, că extractele amigdaliene determină o scădere însemnată a metabolismului bazal prin intermediul glandei tiroide asupra căreia exercită o acțiune inhibitoare.

Patologia: Sunt două procese mai însemnate cari se desvoltă pe amigdala faringiană, unul acut care se traduce printr'o stare septică numită adenoidită acută, iar altul cronic cunoscut în clinică sub denumirea de vegetații adenoidice și care la rândul lui produce sindromul adenoidean sau adenoidism. Ar mai fi un al treilea proces: tumoral, însă nu vine în considerare fiind extrem rar. Voiu lăsa

la o parte pe prima care este susceptibilă de un tratament medical și voiu trece pe scurt în revistă simptomatologia clinică a adenoidismului.

Etiologia: Vegetațiile adenoide nefiind propriu zis subiectul acestei lucrări amintesc pe scurt numai atât în ceea ce privește etiologia, că ele survin mai frecvent la copii între vârstele de 3—6 ani și se încriminează: limfatismul ca factor de teren și diferite infecții buco faringiene specifice și nespecifice. Limfatismul predispune pentru hipertrofie și face individul mai sensibil față de infecții.

Simptomatologia: Această afecțiune determină o serie de semne funcționale, fizice și generale cari se traduc în clinică sub denumirea de adenoidism și care se traduce uneori prin sindromul obstrucției nazale. Tulburările respiratorii caracterizate printr'o respirație bucală, jenă la respirație, secreție nazală mai mult sau mai puțin muco-purulentă. Aceste tulburări au repercusiuni și asupra somnului care este neliniștit, sforăitor.

Tulburările fonației manifestate printr'o voce nasonată; tulburări auditive ca otalgii, văjăituri sau surditate intermitentă; tulburări reflexe ca accese de tuse, care uneori pot lua aspectul sindromului astmatic, vegetațiunile adenoide jucând rolul unei spini iritative. Vom putea apoi găsi faringite cronice, producând aerofagii numite de Tarneaud aerofagii primitive. În patogeneza enurezei nocturne la fel sunt incriminate veget. adenoide, precum și în incontinența esențială urinară mai ales în stările timico-limfatice.

Ca tulburări generale amintesc tulburările de dezvoltare, atât fizice cât și psihice (aprosexia) și diferite formațiuni ca facies adenoidean, bolta ogivală, torace paratitic astenic.

Vegetațiile adenoide infectându-se vor produce o serie de complicațiuni de vecinătate sub forma de otite medii acute sau cronice catarale sau supurate. La fel poate produce, puroiul pătrunzând în cavitățile nazale corize cronice, anosmie, eczeme și împetigo în jurul orificiilor nazale. Se

pot vedea apoi o serie de tulburări oculare ca blefarite, conjunctivite, ulcere corneene, uneori exoftalmii și strabisme.

Nici nu trebuie să amintesc că veget. la acești bolnavi produc. puseuri de amigdalite acute și ca urmare amigdalite cronice hipertrofice.

Infecții la distanță: la aparatul respirator se produc laringite, tracheo-bronșite acute sau cronice sau chiar bronchopneumonii. La aparatul ganglionar adenopatii cervicale, uneori micropoliadenii generalizate. La nivelul aparatului digestiv ca urmare a piofagiei vom găsi diferite dispepsii gastrite, enterite, entero-colite uneori apendicite.

Nici aparatul excretor nu este scutit: afecțiuni renale acute și cronice ca urmare a veget. adenoide cari uneori se manifestă prin simple albuminurii, dar cari tot așa de ușor pot să treacă la nefrite cu hematurii, precum și la nefroze.

Scoala italiană în frunte cu Citelli și Poppi susțin raportul ce există între vegetațiile adenoide și hipofiză, traducându-se prin o serie de simptome nervoase sau psihice, ca slăbirea memoriei, diminuarea sau lipsa atenției, torpoare intelectuală și tendință la somnolență.

Vegetațiile adenoide supurate întrețin o subfebrilitate continuă de 37—38° C., mecanismul datorindu-se infecției de focar (focal infection) și cari la rândul lor produc o serie de manifestări morbide ca endocardite, reumatisme, nefrite, irite coree, etc.

Tratament: Este numai chirurgical. În prezent nu există nici o metodă medicamentoasă, care poate să facă să dispară vegetațiile adenoide.

Indicația operatorie se pune la sugaci, când vegetațiile adenoide determină tulburări mecanice, ca jenă la respirație, tulburări de somn, dificultate în alăptare sau infecțioase ca adenoidite în repetiție, bronșite, otite acute și totdeauna în otitele latente. La copii, indicația operatorie se pune când amigdalele naso-faringene sunt periculoase prin complicațiile lor, iar la adulți nu atât volumul cât gradul de infecțiozitate a amigdalelor contează.

Contraindicații: Lăsăm pe loc vegetațiile adenoide când sunt mici și când ele nu se traduc prin nici un simptom.

În forma acută a adenoiditei avem deasemenea o contraindicație, pentru că adenoidectomia este o operație care trebuie practicăată la „rece”. La acei cu diateze hemoragipare deasemenea nu vom opera, la fel vegetațiile tuberculoase constituiesc o contraindicație operatorie foarte serioasă, intervenția producând un dezastru prin mobilizarea focarului tbc., ducând la o diseminare cu localizările cele mai variate.

Exameul preoperator: Pentru a evita multe complicațiuni și surprize operatorii este absolut necesar un examen cât se poate de amănunțit a bolnavului, examenul extinzându-se afară de examenul local și asupra stării generale (tbc., lues, diateze hemoragipare, boli cardiace, boli renale, etc.). Așa amintesc în treacăt că un tușeu bine făcut poate să pună în evidență prezența unei arteriole vagabondată, la fel volumul exagerat a unui pavilion tubar, cât și tuberculul prea proeminent a atlasului. Mahu a descoperit astfel gome precum și vegetații tbc.

Pregătirea preoperatorie: este o regulă făcând o desinfecție atât generală cât și locală naso-faringeană, iar pentru o mai mare siguranță se poate administra bolnavului hemostatice (Clauden, Manetol Calciu, etc.).

Operația: se face la copii mici fără anestezie, la copii mari eventual în rausch cu cloretil, iar la adulți o cocainizare de obicei este suficientă (Laurens). Instrumentarul folosit constă de obicei dintr'un deschizător de gură, un abaisse-langue și chiurete de vegetații. La sugaci se poate face ablația cu ajutorul pensei lui Lubet—Barbon. Copiii e bine dacă sunt învăluiți într'un cearceaf și ținuți de un ajutor, metodă folosită de clinica O.-R.-L. din Cluj.

Întrebarea ce se pune adeseori este că la un bolnav care prezintă în aceleași timp cu vegetațiile adenoide și o hipertrofie a amigdalelor palatine să se opereze într'un singur timp sau în doi timpi? Unii autori (Canuyt) preferă operația în doi timpi, motivând, că după o adenectomie bine făcută adeseori ablația amigdalelor palatine devine

inutilă. De mult Moure și Brindel au descris efectul favorabil al adenectomiei asupra hipertrofiei amigdalelor palatine. La copii mici fără o indicație specială autorii cred că are oarecare interes de așteptat până când se efectuează rezultatul adenectomiei înainte de a practica amigdalectomia totală, fiindcă aceasta din urmă pe lângă că este mai periculoasă este și mai puțin indicată la copii mici decât adenectomia. Clinica O.-R.-L. din Cluj practică operația, afară de cazurile când nu există vre'o contra-indicație într'un singur timp și s'a dovedit, punând în față numărul mare al cazurilor operate cu complicațiile foarte puține la număr, că această metodă este absolut inofensivă.

Îngrijirea postoperatorie: Bolnavul după intervenție trebuie ținut la pat cel puțin două zile și ținut în cameră încă cel puțin trei zile. Trebuie evițati toți factorii cari produc răceală la bolnavi. Ca alimentație în ziua operației vom da regim hidric, a doua zi regim lactat-hidric, trecând apoi treptat la regimuri mai consistente.

Nu trebuie nici o grijă dacă bolnavul varsă sânge negru în mai multe reprize, dacă are dureri de cap sau este agitat timp de mai multe ore după operație sau în fine dacă halena bolnavului are un miros neplăcut. Dacă bolnavul prezintă temperatură de 37,5—38° C. sau chiar mai mult în seara și a doua zi după operație, această temperatură este de cele mai multe ori datorită după părerea lui Laurens, de ingestia sângelui înghițit în timpul operației, ea dispărând de cele mai multe ori după evacuarea intestinului. Nu constituie deasemenea nici un pericol dacă primele scaune sunt negre, ele se datoresc tot sângelui înghițit.

După trecerea acestor simptome îngrijirea se reduce la o îngrijire igienică. Bolnavii mici de obicei dorm rău după operație, însă aceasta se datorește fie chiagului de sânge, fie tumefacției inflamatorii a mucoaselor datorite traumatismului operator. În mod obișnuit după operațiile de veget. adenoide voluminoase, respirația nasală se restabilește în curând.

Tulburările produse de prezența veget. adenoide numai în rare cazuri cer o îngrijire postoperatorie deosebită, redusă de cele mai multe ori la o reeducație respiratorie, eventual un tratament de ortodonție.

Recidivele nu sunt rare și sunt datorite fie unei operații incomplete, fie stării generale (limfatism).



Partea II-a.

(Complicațiuni).

Orice act operator este legat de riscul unei complicațiuni, mai mult sau mai puțin grave după caz. Cu atât mai ușor se produc complicațiuni în domeniul O.-R.-L. unde majoritatea actelor operatorii se fac pe regiuni anatomice ale căror desinfecție este relativă. O aseptie riguroasă este foarte dificilă pe de o parte din cauza septicității acestor regiuni pe de alte părți din cauza imposibilității de aplicare a acelor desinfecțanți cari se folosesc în chirurgia mare. Cu aceste cuvinte nu vreau să susțin că complicațiile sunt admisibile și inevitabile, fiindcă s'a dovedit, că metode profilactice relativ simple și ușoare aplicate riguros în toate cazurile pot reduce atât frecvența cât și gravitatea complicațiilor.

Vorbind de aceste complicațiuni ele sunt grupate și denumite diferit de autori diverși. Canuyt „Les maladies du Pharynx“ vorbește despre complicațiuni operatorii care se mai pot numi și imediate și despre cele postoperatorii sau tardive. În primul grup amintește ca complicațiuni: căderea vegetației adenoide în căile respiratorii, hemoragii imediate, iar în celălalt grup vorbește despre hemoragii, infecții generale, locale și de vecinătate, torticolisul, sinechiile velo-palatine și tuberculoza.

În raportul lui Grossard și Kaufmann făcut la congresul O.-R.-L. din 1911 complicațiile le găsim grupate astfel:

1. Accidente prin diagnostic incomplet.
2. Accidente hemoragice.
3. Accidente infecțioase.
4. Accidente traumatiche.

5. Accidente nervoase.

6. Accidente diverse.

Portmann vorbește despre complicațiuni hemoragice, auriculare, vărsături acetoneice și torticolisul. Laurens amintește de complicațiuni hemoragice și infecțioase. În expunerea mea mă voiu conduce după schema dată de Canuyt.

I. Accidente operatorii sau imediate.

A. Căderea vegetațiilor adenoide în căile respiratorii. Acest accident operator este rar, dar există. Constituia un pericol mai mare când pentru corpii străini era nevoie de a face o laringofisură, pentru a îndepărta bucățile de țesut adenoidean și care puna viața bolnavului în pericol prin producerea sufocației. Este datorit mai frecvent anesteziei generale prea profunde. Astăzi însă datorită progresului tehnicii medicale aceste fragmente se îndepărtează printr'o laringoscopie directă (Obs. I).

B. Hemoragia imediată: este extrem de rară (Obs. II.).

C. Luxația vomerului: este un accident fără mare importanță, datorită mănuirii prea viguroase a chiuretei.

D. Chiuretaj incomplet: Este greșeala operatorie comună a începătorilor; se datorește mănuirii greșite a chiuretei.

E. Avulsiuni dentare: se produc în urma unui act operator prea brutal.

II. Accidente postoperatorii sau tardive.

A. Hemoragia: Constituie împreună cu cea infecțioasă complicația cea mai des întâlnită. A fost bine studiată de Lermoyez, Maure, Escat apoi în special de Cartez Ruault și alții. Cauza hemoragiilor poate fi generală și locală.

Printre primele figurează diateza hemoragică, anemia, gūşa exoftalmică, afecţiuni valvulare, leucemii, perioada menstruală şi arterioscleroza. Pentru unii autori folosirea anesteziei generale producând o congestie a capului poate să figureze printre cauzele hemoragiilor.

Drept cauze locale se citează operaţia făcută la „cald“, apoi unele anomalii vasculare şi operaţii incomplete. În cazul din urmă un fragment de vegetaţii adenoide susţine o hemoragie continuă sau o mucoasă prea brutal lezată. Vălul palatin, extremitatea posterioară a cornețelor, vomerul şi lueta la fel pot fi lezate, producând astfel hemoragii destul de serioase. O inflamaţie acută (adenoidita) sau vegetaţii adenoide scleroase pot fi iarăşi cauza hemoragiei. Amintesc în fine tuberculul faringean prea proeminent care poate fi smuls de un instrument prea viguros maniat.

Hemoragiile pot fi primitive şi secundare. Cele primitive la rândul lor sunt imediate şi tardive.

Hemoragia primitivă imediată se produce imediat după operaţie şi survine foarte rar după cum am amintit la accidentele operatorii. Această hemoragie este puţin gravă oprindu-se foarte repede, exceptând cazurile de hemofilie unde poate fi chiar mortală.

Hemoragia primitivă tardivă se observă la bolnavi cari erau cocainizaţi sau adrenalinizaţi. Aceste substanţe după trecerea efectului lor vasoconstrictor imediat, produc o vasodilataţie paralică ulterioară. O altă cauză ar fi, că bolnavii operaţi recent neţinând cont de indicaţiile medicului nu respectă repausul de după operaţie, părăsind camera astfel că variaţiile de temperatură sau şguduiturile produse de mijloacele de transport sunt în stare să provoace la ei hemoragii.

Hemoragia tardivă este mai periculoasă decât cea imediată şi poate uneori să aibă o gravitate aşa de mare încât să producă o sincopă.

Hemoragiile secundare se produc în mod obişnuit către ziua a 5-a, a 6-a după operaţie. Ele pot fi datorite căderii unei escare sau unei ulceraţiuni de origine infecţioasă sau vreunei boli generale. Molinie a constatat o hemoragie secundară gravă la o fată de 20 ani şi care se afla în

incubația febrei tifoide. Hemoragia în acest caz a apărut în ziua a 6-a după operație.

În caz când copii nu sunt bine imobilizați la operație învingând rezistența ajutorului pot produce la un moment dat leziuni diferite la nivelul vălului palatin sau la stâlpi, în cazul din urmă hemoragia poate să fie serioasă. Profilaxia acestor cazuri constă în învăluirea suficientă a copilului bolnav într'un cearceaf chiar dacă operația se face în anestezie generală (Obs. III. și IV.).

Schraieglow raportează un caz de hemoragie mortală la un copil de 12 ani prin lezarea părțelului lateral drept a retrofaringelui cu ruptura carotidei interne. Acest vas împins fiind de un voluminos pachet ganglionar al gâtului a fost secționat în timpul operației.

În ceea ce privește patogenia la copii se încriminează în cazul hemoragiilor, vascularizația mai abundentă a amigdalelor faringiene, această hemoragie se oprește însă ușor și spontan afară de cazurile când avem de a face cu un copil hemofilic sau leucemic. La fete se poate observa, dacă ele se operează în perioada menstruală, hemoragii mai abundente datorite congestiei vasculare generale ce se observă în această perioadă (Fallas și Hicgeut).

La adulți vegetațiile fiind scleroase deci neretractibile astfel încât vasele nu se pot închide după operație, rămânând întredeschise pot produce hemoragii pronunțate. Hemoragiile secundare se previn prin amânarea operației când ea se poate executa la „rece“, iar în ceea ce privește tratamentul lor profilactic se recomandă explorarea post-operatorie a faringelui chiar dacă hemoragia pare terminată și instituim un tratament adecvat. Tratamentul local consistă în a face tamponarea naso-faringelui (tamponare posterioară) fie simplu fie folosind substanțe chimice hemostatice, ca apa oxigenată clorură ferică etc. Pe cât este posibil să se evite însă tamponamentul din cauza complicațiilor mai ales otitice la care poate da naștere. Tratamentul general se aplică numai decât singur, sau asociat tratamentului local, administrând injecții hemostatice (ser de animal sau sânge uman, Calciu, Clauden, Manetol, etc.) iar în cazurile grave se va face transfuzie de sânge.

B. Complicații infecțioase: Dacă avem în vedere septicitatea locului operator, ne putem da seamă că complicațiile infecțioase după adenectomii sunt cele mai des întâlnite pe lângă cele hemoragice.

Înainte de a vorbi de aceste complicații trebuie amintit că pierderile de sânge uneori considerabile fac ca bolnavii mai ales copii mici să se găsească într'o stare de scădere a rezistenței generale față de infecții oferind astfel tercu favorabil pentru izbucnirea maladiilor latente sau acute. Este delă sine înțeles că nu vom opera decât într'un rinofaringe relativ aseptice, relativ cum spun, pentru că am văzut în capitolele precedente cât este de greu de obținut un câmp operator aseptice asemănător celor din chirurgia mare. Toate încercările de acest gen au avantaje însă și desavantaje cari fac impropriu aplicarea lor. Astfel amintesc aplicarea serului artificial amestecat cu apă oxigenată 1:2, pe cale nasală ca spălături sau apă iodată aplicată sub formă gazoasă sau de vapori, apoi în fine diferite pomezi sau uleiuri gomenolate, mentolate, eucaliptolate etc. și seria desinfecțanților folosiți în O.-R.-L.

În clinica de nas-gât-ureche din Cluj desinfecția regiunii de operat se face cu soluții uleioase de gomenol sau de eucaliptol prin instilații nasale, recomandându-se bolnavilor a pune picăturile cu capul dat pe spate, astfel, ca substanțele desinfecțante să ajungă în rinofaringe.

Este cert că nu este totdeauna ușor de a depista o afecțiune în incubație însă se poate lua temperatura, constatând dacă bolnavul are febră sau nu, dacă există cefalee sau vărsături, cari denotă că bolnavul este purtătorul unei boli încă în stare latentă. În alte cazuri ne putem găsi în prezența unei afecțiuni cronice rinofaringene, însă în acest caz rinoscopia ne trădează starea nazală, a cavumului, a trompei; examenul urechii ne evidențiază o eventuală otită.

Este evident apoi că în cazurile de sifilis ereditar sau câștigat vom institui un tratament specific înaintea operației, la fel dacă este o epidemie de difterie vom face toate examinările necesare de a pune în evidență bacilul lui Löffler.

Nici nu trebuie să amintesc că instrumentele trebuiesc fierse după regulile asepției și antisepsiei, iar mâinile operatorului trebuiesc bine spălate înaintea operației.

Trecând acum enumerarea diferitelor complicații infecțioase, le putem clasifica în două grupe: infecții generale, infecții locale și de vecinătate.

1. **Infecții generale: septicemia.** Se produce mai ales la bolnavii infectați pe un teren alterat. Este cauzată de microbi foarte virulenți, iar în ceceace privește specia microbiană mai ales streptococul hemolitic, dar și stafilococul și pneumococul pot fi în cauză. Astfel putem găsi o septicemie supraacută sau o septicemie flebitică (flebită plexurilor pterigoidiene, a venelor bazei craniului și a sinurilor cavernoase) sau o septicemie limfatică (adenoflegmon laterofaringean supurat, flegmon difuz cervical, angina lui Ludwig) sau o septico-piemie.

Tratamentul acestor septicemii consistă într'un tratament chirurgical dacă este posibil, consistând în deschiderea largă a colecțiilor purulente și într'un tratament general a septicemiei: chimioterapie, seroterapie, abcese de fixație, eventual transfuzie de sânge și dacă este posibil o imuno-transfuzie (Obs. VI.).

2. **Infecții locale și de vecinătate.** După observația lui Mac Kense bolnavii după intervenție prezintă o ușoară ascenziune de temperatură, care poate dura chiar 3 zile, iar Moure observă aceste temperaturi aproape totdeauna în seara operației. Este probabil că aceste ascenziuni mici de temperatură se datoresc rezorbției germenilor infecțioși la nivelul plăgii operatorii la care se mai adaugă rezorbția sângelui înghițit (Chavasse și Laurens). Aceste infecții se pot foarte ușor localiza în locuri foarte diverse.

Umărind aceste localizări se pot descrie: la nivelul amigdalitelor amigdalite acute; flegmon al lojei amigdaliene, abcese retrofaringiene și faringite. În cazul din urmă faringita este adeseori acompaniată de febră, disfagie, cefalee mai mult frontală sau occipitală. Mucoasa faringeană este roșie hiperemică, iar în câteva cazuri se pot observa edeme

a vălului palatin. Chavasse din 310 cazuri observă 11. Tol-lens raportează cazuri de angine și de faringite flegmo-noase urmate de tromboflebite a sinurilor cavernoase și de meningite supurate a bazei. După acest autor inflamația a invadat meningele prin vasele cari pleacă din plexul faringean pentru a se anastomoza cu sinurile cavernoase.

La nivelul aparatului ganglionar infecția dă naștere la adenite acute (Chavasse) și adeno-flegmoane (Castex).

La nivelul aparatului auditiv găsim descrise otite acute simple, infecția făcându-se prin trompa lui Eustache. Fago-citoza în unele cazuri este în stare să împiedice supurația care survine mai rar. Mai des se observă aceste otite dacă se operează într'un mediu infectat sau dacă bolnavul prezintă înaintea operației corize, angine sau amigdalite acute și în care cazuri trompa poate participa la procesul infla-mator. Efectul este acelaș dacă se operează într'un cavum inflammat cronic. Bar, raportează cazuri de otite medii supu-rate complicate cu mastoidite consecutive adenectomiei, însă autorul în aceste cazuri incriminează irigația naso-faringeană ce s'a făcut bolnavilor, irigația transportând infecția la ureche. Mac—Leod—Yearsley acuză în asemenea cazuri operația făcută în anestezia generală și mai ales în poziția lui Rose, când nasofaringele se umple cu chiaguri de sânge din care o parte poate penetra în trompa lui Eustache, favorizând astfel apariția otitei.

La aparatul circulator găsim descrise endocardite acute și lente miocardite și pericardite supurate, flebitele și tromboflebitele deasemenea erau descrise. Moure observă un caz de acest fel. Flebita a survenit la 48 ore după intervenția de vegetații adenoide și simula la prima vedere o tromboflebită a sinurilor cavernoase. Bolnavul avea temperatură septică, tumefierea feței, edeme palpebrale, torpoare cere-brală, cefalee intensă însă fără exoftalmie. Cum însă acci-dentul nu evolua ci din contră prezenta o ameliorare pro-gresivă, autorul a făcut un prognostic benign ceeace s'a și dovedit, fiindcă la câteva zile tumefacția feței diminuea, temperatura devenea normală și bolnavul s'a vindecat.

În acest caz poate era vorbă de o infecție localizată

la venele superficiale ale feței, ce nu interesa sinurile craniene.

La nivelul seroaselor infecția poate da naștere la toate seriile de inflamațiuni ca pleurezii, peritonite, pericardite sau meningite fie purulente fie tuberculoase. Astfel de cazuri sunt descrise de Mahu și König cu sfârșit letal. Din cercetările lui Lermoyez și Brindel se știe că aproape 80% a vegetațiilor adenoide sunt tbc. În asemenea cazuri operația joacă rolul de mobilizator a focarului tbc. Este bine înțeles că va trebui să eliminăm cazurile de false-tuberculoze cari survin la bolnavii cari fiind nevoiți să respire bucal în urma afecțiunii nasale, în care caz rinobronșița descendentă ce survine în asemenea cazuri va da simptome cari simulează o tbc. pulmonară.

Nici aparatul osteo-articular nu este scutit găsind descrise osteo-mielite cari survin mai ales la tineri, apoi toată seria artritelor și periartritelor supurate, chiar accidente reumatismale cari survineau în urma adenectomiilor (Bröckaert).

Sistemul cerebro-spinal prezintă datorită infecției în urma adenectomiei, nevrite ascendente, mielite cu caractere de meningomielite acute sau subacute, poliomielite anterioare cu paraplegii, encefalite și în sfârșit excepțional de tot abcese cerebrale.

Aparatul renal va prezenta dela simple albuminurii, gomerulo-nefrite acute și subacute pielonefrite, perinefrite cari par ar fi mai frecvente, în sfârșit prostatite supurate.

Fiindcă tratamentul acestor diverse afecțiuni întrece cadrul subiectului tezei mele, voiu aminti numai atât, că ele se tratează după normele cunoscute din patologia generală.

C. Complicațiunile diverse: 1. **Torticolisul.** Ferreri raportează cazuri foarte instructive de torticolisuri postoperatorii la adenoidieni, el crezând că aceste complicațiuni sunt datorite unei contracțiuni consecutive inflamațiilor musculare (miosite) de origine limfatică, adică un spasm tonic a mușchiului trapez sau mai des a sterno-cleido-mastoidianului. Studiind limfaticele boltei faringiane, găsește că ele se divid în două rețele: unul mucos superficial, altul

muscular profund. Aceste două rețele la rândul lor dau naștere la alte grupuri numite superioare, mijlocii și inferioare. Cele superioare și mijlocii luând naștere la nivelul boltei faringiene, la pereții laterali a faringelui și la nivelul amigdalelor de unde se duc către perețele posterior, perforând țesuturile ies înafară și vin de se varsă în sistemul perijugular și ganglionii retrofaringieni. Acest mic studiu anatomic pare că dă explicație trecerei infecției dela nivelul boltei faringiene la nivelul mușchilor latero-cervicali mai sus amintiți. Aceste torticolisuri operatorii nu diferă de acele produse de o angină simplă. Moure și Delsaux descriu cazuri similare. În asemenea cazuri de torticolisuri trebuie să fim prudenți, de a nu le confundă cu o rigiditate a cefei de origine meningitică (Obs. VIII. și IX.).

În legătură cu această afecțiune amintesc sindromul lui Grisel și Bourgeois, fiind un torticolis naso-faringean și care survine afară de operații de adonectomie în urma amigdalitei, antrocelulotomiei și flegmonul amigdalei. Ceeace privește simptomele clinice ele sunt identice cu simptomele torticolisului obișnuit, însă la aceste se mai adaugă fenomene bulbare, uneori chiar mortale. La producerea fenomenelor bulbare se încriminează compresiuni bulbare prin deplasarea atlasului în față, iar aceasta deplasare survine în urma unei artrite cervicale. Aubin, Darré și van den Bösche în „Les Annales d'Oto-laryngologie 1937” descriu cazul unui copil de 5 și $\frac{1}{2}$ de ani la care sindromul a survenit în urma unui flegmon retro-cervical. Se obține o vindecare prin extensii continue.

Torticolisul de cele mai multe ori este susceptibil de un tratament medical antiinfecțios și numai în rare cazuri el va fi chirurgical sau ortopedic.

2. **Sinechia velo-palatnă:** Cazuri foarte interesante sunt descrise de Escat, König, Bouteil, Mac-Leod-Yearsley, Castx și Felt. Această complicațiune survine mai mult la copii heredo-sifilitici și se traduce în clinică prin niște bride cari leagă diferite părți ale faringelui între ele. Adeseori produc o tumoră cicatricială, care se traduce prin sindromul obstrucției nasale și prin tulburări auri-

culare, producând otite medii cronice catarale și cari foarte ușor se pot transforma în otite supurate cu seria complicațiilor datorite acestei afecțiuni. Acuitatea auditivă scăzută la început ușor, însă uneori poate fi redusă până la o surditate completă.

Tratamentul sinechiilor este chirurgical și se reduce la diferite plastii prin incizarea bridelor, metodă bine cunoscută în specialitatea de nas-gât-ureche. Acest tratament însă pe lângă că este de lungă durată și foarte plictisitor, rezultatul nu este totdeauna complet din cauza recidivelor (Obs. V.)

3. **Ruptura chiuretei:** Diferiți autori ca Mac-Leod-Yearsley, Holmes, Garlick, Chauveau și Castex raportează cazuri de rupturi ale chiuretei în cursul operației de adenectomie, când fragmentul s'a îndepărtat fie prin pense, fie manual, însă de multe ori fragmentul a fost înghițit și eliminat prin fecale fără nici o complicație. Se poate foarte ușor înțelege că aceste fragmente înghițite pot foarte ușor produce diverse perforări la nivelul tubului digestiv sau diferite inclavări cari să necesite o intervenție.

4. **Scarlatina zisă traumatică.** Aceasta afecțiune este cunoscută de autori germani sub numele de „wundscharlach“. Aceste scarlatine cari survin în urma adenectomiei au particularități cari le deosebește de cazurile obișnuite: astfel au o incubație mult mai scurtă (24 ore), hiperemia faringeană este mai puțin accentuată, însă enantemul există totdeauna. Nu vreau să intru în discuția acestor fapte deoarece nici până azi problema scarlatinei nu este complet elucidată, vreau să amintesc numai atât că mulți autori mai ales germani consideră chiar cazurile de scarlatine obișnuit ca având poarta de intrare prin microleziuni faringiene.

5. **Paralizii hysterice ale vălului palatin.** Délie descrie un caz de spasm laringean survenind în urma operației de adenectomie, care demonstrează tipic importanța terenului nevropat, în care cazuri operația dând naștere la diferite

tipuri de accidente afară de paralizii hysterice descrise de Rendu, accese de histerie, de epilepsie și diferite șocuri emotive, chiar psihoze confuzionale.

Terminând seria complicațiilor amintesc pe scurt că s'au mai descris colapsuri și sincope tardive, iar Kronenberg descrie o complicație foarte curioasă: migrația fragmentului adenoidean prin trompa lui Eustache. În sfârșit amintesc complicațiile datorite anesteziului cari variază după felul anesteziului și după constituția bolnavului. În seria gravității ele urmează dela cloroform care dă complicații mai frecvente și mai grave, apoi eterul și cloretilul care sunt mai puțin periculoase. Aceste complicațiuni sunt bine cunoscute din chirurgia mare precum și tratamentul lor adecvat.



Partea III-a.

(Cazuri clinice.)

A. Din literatura străină:

Obs. I. (Bar). Copil de 5 ani cu vegetații adenoide. Adenectomie. Deja la primele mișcări ale chiuretei un mic fragment detașat cade în faringele bolnavului. Copilul face o aspirație profundă după care respirația se oprește brusc. În acest moment operatorul își introduce indexul în vestibulul laringean și extrage fragmentul căzut în regiunea aritenoideană. Toate fenomenele de asfixie dispar și operația a fost terminată fără alte incidente.

Obs. II. (Aboulker). Copil de 4 ani. Adenectomie. În momentul curetajului ajutorul lasă brusc capul copilului care se pune în deflexie. Marginea posterioară a vomerului ia o direcție orizontală și este secționată pe o distanță de 1,5 cm. Hemoragie abondentă imediată care se oprește la o jumătate de oră, bolnavului făcându-i se o tamponare posterioară.

Obs. III. (Aboulker). Copil de 15 ani. Adenectomie. Hemoragie la 10 zile după operație. Nefrită. Se face o tamponare; hemoragia se oprește. A doua zi se scoate tamponul când temperatura este de 37° C. A treia zi ascensiune de temperatură, secreție faringeană fetidă. A patra zi frisson, temperatură de 40,1° C. care însă a doua zi dispare, apare însă o tumefacție submaxilară și parotidiană. Cefalee, vărsături. Se analizează urina, albumina.

Dg. Hemoragie tardivă cauzată de nefrita, care la rândul ei produsă probabil de infecția adenoideană.

Obs. IV. (Chavasse). Adenectomie cu pensă la un bolnav. Hemoragie abundantă imediată care se oprește cu apă oxigenată. După câteva ore hemoragia reapare și necesită o tamponare posterioară. După 2 zile echimoza vălului palatin; se scoate tamponul. La 3 zile după operație, otită medie acută supurată stg. Faringele bolnavului este congestionat, roșu, temperatura p. m. 39,5° C. A patra zi erupție scarlatinoasă pe tot corpul. După 8 zile hemoragia reapare din nou și de data aceasta rezistă la tamponările făcute așa că bolnavul sucombă.

Dg. Scarlatină cauzând o hemoragie secundară mortală.

Obs. V. (Escat). Un tânăr de 19 ani operat pentru vegetații adenoide de 2 ori din cauza recidivelor, medicul făcând curetaj metodic și succesiv al părților faringieni. Disfagie o lună de zile respirația nasală devine din ce în ce mai grea la fel și auzul scade progresiv. După câteva luni respirația nasală devine imposibilă.

În această stare se prezintă la medic care constată la examenul local faringean aderențe multiple a vălului palatin și a lutei la peretele posterior a faringelui, mai pronunțate la partea stg. Cu un stilet recurbat se putea descoperi înăpoia stâlpului posterior drept un canal strâmtat care conducea în naso-faringe. După mai multe luni de tratament, vindecare.

Ceace era mai interesant, adăogă autorul, a fost că medicul operator a lăsat pe loc vegetațiile adenoide, făcând operația la un loc absolut neadekvat.

Dg. Sinechii velo-palatine postadenectomice.

Obs. VI. (Mac-Leod-Yearsley). Copil cu adenoidită după un exantem. Adenectomie, care se face în anestezie generală cu eter. A doua zi vărsături cari se consideră datorite narcoticului. Însă seara se manifestă simptomele unei septicemii acute însă fără febră, nimic în plămâni și în abdomen. După 4 zile temperatura de p. m. 39° C. Moartea la orele 10 seara.

La autopsia făcută se constată aderențe vechi pleurale stg., simfize pleuro-pericardice. Ficatul, rinichii, creierul și

plămânii normali. Pe plaga operatorie dără de puroi cu pneumococi în cultură pură.

Dg. Septicemie acută pneumococică (?)

Obs. VII. (Moure). Bolnavă de 26 ani. Adenectomie. A doua zi disfagie. După 5 zile disfagia se accentuează la care se mai adaugă o astenie. Cu o zi mai târziu expectorații fără efort cu spute purulente groase. Starea generală se alterează din zi în zi cu temperaturi ridicate. La 2 săptămâni revine la clinică unde se constată o bombare a părțelului posterior faringean și care se extindea în jos prinzând și aritenoidale. Deschidere cu galvanocauter: vindecare.

Dg. Abces retro-faringean.

Obs. VIII. (Ferrari). Copil de 12 ani operat prima oară de vegetații adenoide în anestezie locală. La 8 zile după intervenție o reintervenție în anestezie generală cu clorură de etyl. După aceasta a doua intervenție, temperatura 39,7° C., cefalee, inapetență, disfagie, insomnie și contracțiuni spasmodice a mușchilor cefei și a sterno-cleido-mastoidianului stg. Vindecarea după 8 zile cu un tratament medicamentos. După vindecare câțva timp ușoară jenă în mișcările gâtului.

Dg. Torticolis postoperator.

Obs. IX. (Ferrari). Copil de 8 ani. Adenectomie în anestezie locală. În timpul nopții temperatura de 38° C. A doua zi ușoară sensibilitate a gâtului la partea stg. După 48 ore gâtul rigid și înclinat la partea dreaptă. Vindecare după alternative de recedive și ameliorări la o săptămână.

Dg. Torticolis postoperator.

Obs. X. (Chevau). Copil de 10 ani operat în anestezie locală. După 15 minute copilului prezintă o stare sincopală. Bolnavul este culcat cu capul în jos însă paloarea feței se augmentează și intră într-o stare de obnubilație mintală din ce în ce mai accentuată, fără pierderea cunoștinței. Respirația scurtă, slabă, frecventă și neregulată. Pulsul

mic, neregulat apoi filiform imperceptibil. Fața palidă, anemică, lividă, ochii sclipitori, extremitățile reci.

Se așează copilul în plan înclinat, încet-încet fața se colorează, pulsul devine mai accentuat, respirația se calmează și starea de stupeoare dispare progresiv.

Dg. Sincopă tardivă.

Obs. XI. (Kronenberg). Copil de 6 ani. Adenectomie. După 5 zile dela operație se observă o massă de aspect slăninosis în casa timpanului stg., care se extrage cu pensă. Era vorba în acest caz de un fragment de țesut adenoidean de mărimea unei linte care hernia printr-o perforație a timpanului stg., perforație cauzată de o otită post-scarlatinoasă.

La examenul microscopic s'a dovedit că fragmentul a fost de țesut adenoidean.

Dg. Migrația fragmentului adenoidean prin trompa lui Eustache.

Obs. XII. (Bröckeaert). Tânăr băiat de 17 ani operat de vegetații adenoide. A patra zi se declară o tumefacție a articulației genunchiului stg. apoi survin alte accidente articulare. Genunchii, coatele, umerii, șoldul și maleolele sunt succesiv atinse. Cu tot tratamentul cu salicilate, vindecarea se obține numai după 15 zile. În urma acestui reumatism bolnavul mai prezenta tremurături nete în membrele sup. și inf. și cari dispar în timpul somnului. Nimic în mușchii feței.

Dg. Reumatism artic. postop. complicat cu corec.

2. Cazuri clinice dela Clinica O.-R.-L. din Cluj.

Obs. I. — Bolnavă L. C. de 16 ani, necăs., ortodoxă.

Antec. hered.-colat.: fără importanță; părinții trăesc și sunt sănătoși. Are 1 frate și 3 surori morți, cauza nu o poate preciza.

Antec. pers.: neagă orice boală infecto-contagioasă. De 6 luni suferă de otită medie supurată dr.

Boala actuală: datează de 2 ani când bolnava observă apărând în regiunea submaxilară dr. niște tumorete indo-

lente, cu tendință la creștere. A consultat mai mulți medici, fără însă să prezinte vre'o ameliorare, astfel că hotărăște să intre în serviciul clinicii, la 2/V 1935.

Starea generală: Este o bolnavă relativ bine dezvoltată și slab nutrită. Temperatura nu are.

Ex. urechei: Din conductul auditiv extern se scurge o secreție purulentă, puțin abondantă. Timpanul perforat în cadranul post.-inf.

Ex. nasului: nimic deosebit. La rinoscopie post. se constată un pachet voluminos de veget. adenoide.

Sinurile peri-nasale: sunt normale.

Laringele: liber.

Dg. Vegetații adenoide și adenopatie cronică latero-cervic. dr.

Operația: În ziua de 2/V. 1935. se face operația de ablația veget. adenoide în anestezie locală cu cocaină 100/0.

Mersul postop.: A doua zi starea generală relativ bună, temperatură nu prezintă. A treia zi însă temperatura se ridică brusc la 39,5⁰ C., iar seara la 40,1⁰ C. cu starea generală corespunzător alterată. La data de 5/V. dimineața temperatura scade la 36,7⁰ C., însă seară se ridică iar la 41,2⁰ C. Bolnavei se face inj. cu urotropină i. v. și i se dă chinină per os 0,30 gr. și electrargol i. m. Concomitent cu acest tratament se recoltează steril secreție faringeană pt. analiză microbiană. A doua zi temperatura scăzută în jurul 38⁰ C. menținându-se încă câteva zile, când în urma tratamentului susmenționat revine la normal cam după 2 săpt. dela operație. Bolnava părăsește serviciul Clinicii afebrilă.

La examenul secreției faringiene s'a putut pune în evidență: strept. hemolit. și stafil. aureum.

Dg. Septicemie postop.

Obs. II. — Bolnava D. M. de 12 ani, elevă.

Antec. hered.-colat.: fără importanță, părinții trăesc și sunt sănătoși. Are 2 frați sănătoși.

Antec. pers.: scarlatină la 10 ani, amigdalită acută pultacee, cu temp. de 39⁰ C. în urma reumatism poliartic. acut de care a fost tratată.

Boala actuală: datează de 4 ani de când prezintă intermitent puseuri acute de amigdalită erit. cu dureri și tem-

perături. În același timp părinții bolnavei constat că bolnava doarme cu gura deschisă și adeseori sforăie. Bolnava este trimisă la Clinica pt. intervenție.

Făcând un examen complet oto-rino-laringologic se constată că bolnava prezintă o amigdalită cronică hipertrofică cu veget. adenoide.

Operația: Amigdalectomie și ablația vegetațiilor în rausch cu cloretil, în ziua de 21/VI. 1938.

A doua zi după operație are loc o hemoragie și care la control se arată că este de origine adenoideană. Bolnavei i se face o tamponare post. concomitent se injectează 2 fiole de Manetol (Bayer) la intervale de 5 ore. Tamponul se scoate a doua zi după care hemoragia se oprește.

După 7 zile bolnava revine prezentând din nou o hemoragie, când i se dă iar 2 fiole de Manetol în modul descris mai sus, hemoragia încetând și de data aceasta. Se mai dă și Cloro-calcion per os.

Dg. Hemoragie secundară.

Obs. III. — Bolnavă de 4 ani. Antec. hered.-colat. și presonale: nimic deosebit.

Boala actuală: de câteva luni prezintă sindromul obstrucției nasale. La examenul oto-rino-laringologic, se constată o hipertrofie a amigdalei naso-faringeene.

Se face ablația veget. adenoide, a doua zi revine cu o stare febrilă de 38,5° C. cu dureri auriculare. Se aplică un tratament în consecință, făcând o miringotomie (paracenteză) și aplicând apă oxigenată, după 4 zile bolnava se vindecă complet.

Dg. Otită medie acută catarală postadenectomic.

CONCLUZIUNI.

1. Vegetațiile adenoide cari formează baza anatomo-clinică a sindromului adenoidian, constituiesc o afecțiune relativ frecventă a copilăriei, formând adesea prin turburările organice regionale, la distanță și uneori chiar generale, un capitol important al patologiei infantile.

2. Tratatamentul rațional al vegetațiilor adenoide este numai chirurgical prin chiuretaj (adenectomie).

3. Complicațiile post-adenectomice nu sunt frecvente și ele se pot clasifica în: complicații operatorii sau imediate și complicații postoperatorii sau tardive.

4. Privind natura complicațiilor după ordinea frecvenței ele sunt: hemoragice, infecțioase (mai ales otite, infecțiuni broncho-pulmonare, stări febrile postoperatorii) și complicațiuni diverse (torticolis, sinechii-velo-palatine etc.). Otitele pot determina uneori în cazuri rare mastoidite, iar stările febrile postoperatorii pot ajunge până la septicemii reale

5. Complicațiile postadenectomice sunt totdeauna evitabile prin metodele profilactice relativ simple, pe care le avem la dispoziție.

6. Aceste metode profilactice consistă în mod principal: în a se evita operația la cald; a se evita operația la copii cu discrazii hemoragipare. Totdeauna înainte intervențiilor se vor desinfecța fosele nasale, rino-faringele și cavitatea buco-faringiană. Postoperator bolnavii vor fi ținuți într'o atmosferă caldă și se va desinfecța cu atenție rino-faringele, sediul plăgii operatorii.

Văzut și bună de imprimat:

Decanul facultății:

Președintele Tezei:

(ss) Prof. Dr. M. Sturza. (ss) Prof. Dr. Gh. Buzoianu.

BIBLIOGRAFIE.

1. *Bouteil*: Trois cas d'adherences du voile du palais au pharinx consecutive a l'ablation de vegetation adenoïdes. Les annales des maladies de l'oreille 1909.

2. *Bassin C. G.* Les complications broncho-pneumique consecutives à l'adenoidectomie et l'amigdalectomie. Teză Paris 1913.

3. *Prof. G. Buzoianu*: Activitatea clinicii oto-rhino-laringologice din Cluj dela 1 Oct. 1934. până la 1 Iunie 1936.

4. *Prof. G. Buzoianu și Tovar*: Afonie histerică însoțită de sughiț încoercibil vindecată prin chiuretajul cavumului. Assoc. intern. București. 1928 „Spitalul” pg. 283. 1928.

5. *Prof. G. Buzoianu*: Incontinență nocturnă de urină vindecată prin adenectomie. Asupra mecanismului de acționare al operației. Assoc. intern. și foștilor interni de spitale. București, 1929. „Spitalul” 1929. pg. 70.

6. *Prof. Benetato-Oprișiu*: Wechselbeziehungen zwischen Mandeln und Schilddrüse. Deutsche Med. Woch. No. 33. pg. 1181. 1938.

7. *G. Canuyt*: Les maladies du pharinx. Masson et Cie. 1936.

8. *Delsaux*: Accidents et complications postadenectomiques. La presse Oto-Rhino-Laringologique belge. 1910.

9. *Grossard-Kaufmann*: Rapport sur les complications de l'adenoidectomie. Congres fr. d'O.-Rh.-L. 1911.

10. *Hicquet*: Le torticolis postadenectomique. A propos d'un cas. Annal. des Malad. de l'oreille. 1925.

11. *Kobrak*: Infektion consecutive a l'adenectomie. XII^e reunion de la Soc. allemande d'otologie Berlin 1904. Annal. 1905.

12. *Kaurens*: Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx. Masson et Cie Paris. 1936.

13. *G. Parrel*: les complications de l'adenectomie; de quelques accidents rares ou rarement decrits. Bull. de Laryng. XIII. 1910.

14. *Sonntag*: Septico-pyämie nach Entfernung der Gaumen und Rachen tonsille. Zeitschrift für Laryng. und Rhin. t. I. f. 6. 745.

15. *Rendu R.*: Paralysie hysterique du voile de palais apres adenoïdectomie. Congr. fr. d'O.-Rh.-L. XI. 1921.

16. *Scurtu A.*: Faringele și patologia generală. Teză No. 1268. Cluj 1939.

17. *Szabó P.*: Importanța patologică a veget. adenoide. Teză No. 1286. Cluj 1938.

18. *Ternier M. E.*: Veget. adenoïdes et tuberculose. Academie des Sciences 1923.

19. *Testut L.*: Traité d'anatomie humaine. Paris. 1931.

20. *Hajós C.*: Belsőszekréciós betegségek. Bpest. 1935.

21. *V. Delsaux*: Sinechie traumatique du voile du palais a la paroi posterieure du pharynx. Presse O.-Rh.-L. belge 1913.

22. *Escat*: A quoi expose une curettage trop chirurgical du nasopharynx; retrecissement consecutive a l'ablation des vegetations adenoïdes. Archive international de Laringologie. 1905.

23. *G. Ferreri*: Sur le torticolis postoperatoire des adenoïdiens. Arhive International de Laringologie et Archiv. Internat. d'Otologie. 1904.
