

UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I. DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 683.

LOBITA TUBERCULOASĂ



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 15 Iunie, 1933

DE

EREMIA BODIANU

CLUJ
INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL“
STRADA MEMORANDULUI 22

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 683.

LOBITA TUBERCULOASĂ



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

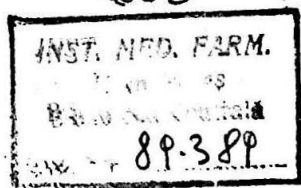
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 15 Iunie, 1933

DE

EREMIA BODIANU

9683

23 MAY 2005



CLUJ
INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
STRADA MEMORANDULUI 22

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan: D-nul Prof. Dr. GH. MARTINESCU.

Profesori :

Clinica stomatologică agr.	Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Istoria medicinei agr.	" "	<i>Bologa V.</i>
Bacteriologie	" "	<i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală	" "	<i>Botez A. M.</i>
Biologia și embriologia umană	" "	<i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	" "	<i>Gane T.</i>
" ginecologică și obstetricală	" "	<i>Grigoriu Cr.</i>
Semiologie medicală	" "	<i>Goia Il.</i>
Clinica medicală	" "	<i>Hațieganu I.</i>
" chirurgicală	" "	<i>Iacobovici I.</i>
Medicina operatoare }	" "	<i>Martinescu Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozie	" "	<i>Michail D.</i>
Clinica oftalmologică	" "	<i>Minea I.</i>
" neurologică	" "	<i>Minoviei N.</i>
Medicina legală	" "	<i>Moldovan I.</i>
Igienă și igienă socială	" "	<i>Negru D.</i>
Radiologia medicală	" "	<i>Nițescu I.</i>
Fiziologia umană	" "	<i>Pamfil Gh.</i>
Farmacia chimică și galenică	" "	<i>Papilian V.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" "	<i>Predescu-Riou I.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	" "	<i>Sturza M.</i>
Balneologie (agr.)	" "	<i>Tătaru C.</i>
Clinica dermato-venerică	" "	<i>Țeposu Emil</i>
" urologică	" "	<i>Thomas P.</i>
Chimia biologică	" "	<i>Urechia C.</i>
Clinica psihiatrică	" "	<i>Vasilii T.</i>
Anatomia patologică	" "	

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte : D-nul Prof. Dr. *I. Hațieganu*

Membrii : { D-1 Prof. Dr. *I. Iacobovici*
 " " " *V. Papilian*
 " " " *T. Vasiliu*
 " " " *V. Bologa*

Supleant Dl Docent *L. Daniello.*

MEMORIEI PĂRINȚILOR MEI



pios omagiu

FAMILIEI MELE

PRIETENILOR MEI

D-lui Prof. Iuliu Hațieganu

Nu mă achit aci decât de o slabă parte din datoria mea de recunoștință față de Domnia-Sa, mulțumindu-i pentru onorarea ce mi-a făcut-o acceptând să-mi prezideze această teză: și mai mult pentru »respectul și entuziasmul față de ce-i bun« pe care — în cadrul asociației »Școlii Carpaților« — a știut să mă facă să-l simt și să fiu pătruns de el,

Onor. Juriului de promoție și profesorilor mei

Le aduc expresia respectului și a recunoștinței mele.

D-lui Docent Leon Daniello

Îi mulțumesc respectuos pentru bună-voința arătată totdeauna față de mine.

D-lui Docent Liviu Câmpeanu (dir. Sp Gh. Mărzescu-Brașov)

Mulțumiri și recunoștință pentru îndrumările ce mi-a dat în tot timpul cât am lucrat în Serviciul Domniei-Sale.

D-lui Asistent Liviu Telia

Îi voi purta aceiași recunoștință pentru grija ce mi-a purtat-o în viața mea sportivă.

D-lor Doctori dela Clinica Medicală

le mulțumesc pentru bună-voința arătată.

PLAN DE STUDIU.

1. Introducere-istoric.

2. Topografia lobilor și seizurilor interlobare.

- a) anatomic.
- b) radiologic.
- c) clinic

3. Lobitele tuberculoase.

- a) Considerațiuni generale (frecvență, localizare).
- b) Anatomie patologică
- c) Patogenie.
- d) Simptomatologie :

debut
semne fizice
aspecte radiologice

- e) Evoluție
- f) Diagnostic :

etiologic
evolutiv
diagnostic diferențial

- g) Prognostic
- h) Tratament
- i) Statistică

4. Concluzii.

5. Bibliografie.



Introducere

Denumirea de „lobită tuberculoasă” constituie prin ea însăși o definiție completă. După autorii cari au studiat chestiunea, înțelegem prin acest termen infiltrațiunea tuberculoasă totală a unui lob pulmonar fără să avem în vedere natura histologică a leziunilor și nici expresiunea lor clinică.

O definiție pur topografică bazată pe diviziunea anatomică a plămânilor pare la prima vedere prea schematică. Scopul acestei lucrări este de a arăta că ea corespunde totuși realității faptelor și că „lobitu tuberculoasă” constituie într'adevăr o entitate anatomo-radiologică.

„Caracterul fundamental pe care trebuie să-l scoatem în relief este demarcarea scizurală. Trebuie să facem dela început o distincție între lobită, blocuri de condensatie cari interesează o parte din lob și între focarele scizurale și juxtascizurale. Pe când în primul și al doilea caz este vorba de o tuberculoză de origine bronșică pentru care scizura constituie o barieră, în cel din urmă e vorba de o cortico-pleurită scizurală, pentru care interlobul a avut rolul unui punct de plecare”. (Emil Sergent).

Vom trece mai întâi în revistă *istoricul* acestei importante chestiuni:

Grancher studiind pneumonia tuberculoasă, a descris cazuri cu indurația lobară circumscrișă și masivă a unui plămân, evoluând fără semne de ramolire timp de mai multe luni și realizând astfel o pneumonie cazeoasă cronică.

Tripier și elevii săi *Bard* și *Béniel* au fost primii cari au pus în evidență importanța procesului pneumonic în cursul tuberculozei pulmonare, arătând că aceasta evoluează, prin pușteri pneumonice sub dependența bacilului Koch și nu a unei infecții secundare.

Sabourin mai târziu, bazându-se numai pe considerațiuni clinice, individualizează pneumoniile și pleuro-pneumoniile necrozante pe cari le crede datorite unor embolii bronșice tuberculoase.

Rist și *Ameuil* au arătat că pneumonia tuberculoasă se

Topografia lobilor și scizurilor interlobare

a) Anatomic :

Pentru că lobitele constituiesc înainte de toate o entitate anatomică, e necesar de a delimita fiecare lob și pentru aceasta de a preciza situațiunea exactă a scizurilor interlobare.

La dreapta — după Merkel — scizura principală începe înapoi cam la vre-o șase centimetri mai jos de vârful plămânelui, plan ce corespunde cam la rădăcina spinei omoplatului (spațiul III intercostal). Oblică în jos și înainte ea se bifurcă atunci când ajunge la nivelul liniei axilare a spațiului IV intercostal. De aici avem două ramuri: Cea superioară foarte puțin oblică în sus și înainte se termină la extremitatea anterioară a spațiului III intercostal. Ramura inferioară oblică în jos și înainte continuă direcțiunea scizurei principale. Ea se termină înainte la cartilajul al V-lea sau al VI-lea costal. Aci planul scizural e înclinat la 45° pe orizontală.

Din bifurcarea scizurei principale vedem rezultând lobul mijlociu (vezi schițele No. 1 și 2.).

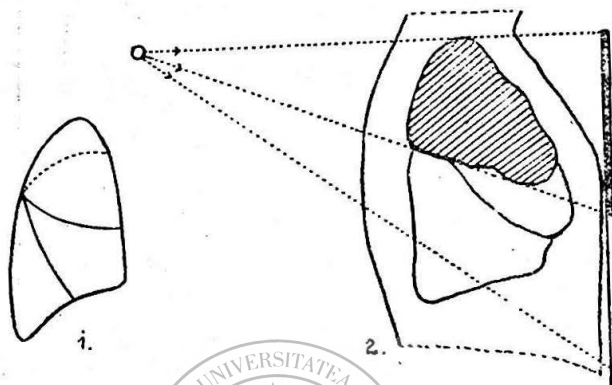
La stânga scizura ia naștere înapoi la același nivel, ca și la dreapta, ceva mai sus însă. Ea ajunge înainte în vecinătatea extremității anterioare a coastei a VI-a. — Incepând mai sus și terminându-se mai jos decât marea scizură inferioară dreaptă, planul scizural este mai înclinat pe orizontală decât homologul de partea opusă; are deci mai mult de 45° (vezi schițele 3 și 4).

b) Radiologic :

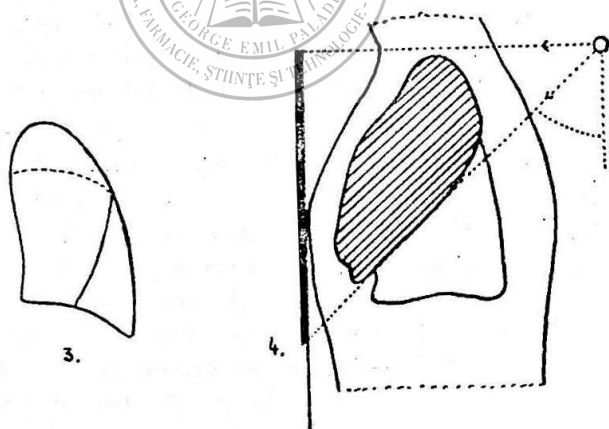
În ceia ce privește *tehnica examenului radiologic al scizurilor*, se impune să dăm razelor aceeași direcțiune ca cea a planului scizurei, deoarece condensățiunile scizurale își schimbă întinderea și intensitatea umbrei la ecran, după unghiul de incidență al razelor. Focarul de umbră va avea minimum de întindere și maximum de intensitate atunci când razele vor avea

aceiași direcțiune ca și planul scizural, căci în acest caz ele vor traversa o întindere considerabilă de țesuturi.

Pentru a explora scizurile interlobare în aceste condițiuni Bécłère a formulat următoarele legi:



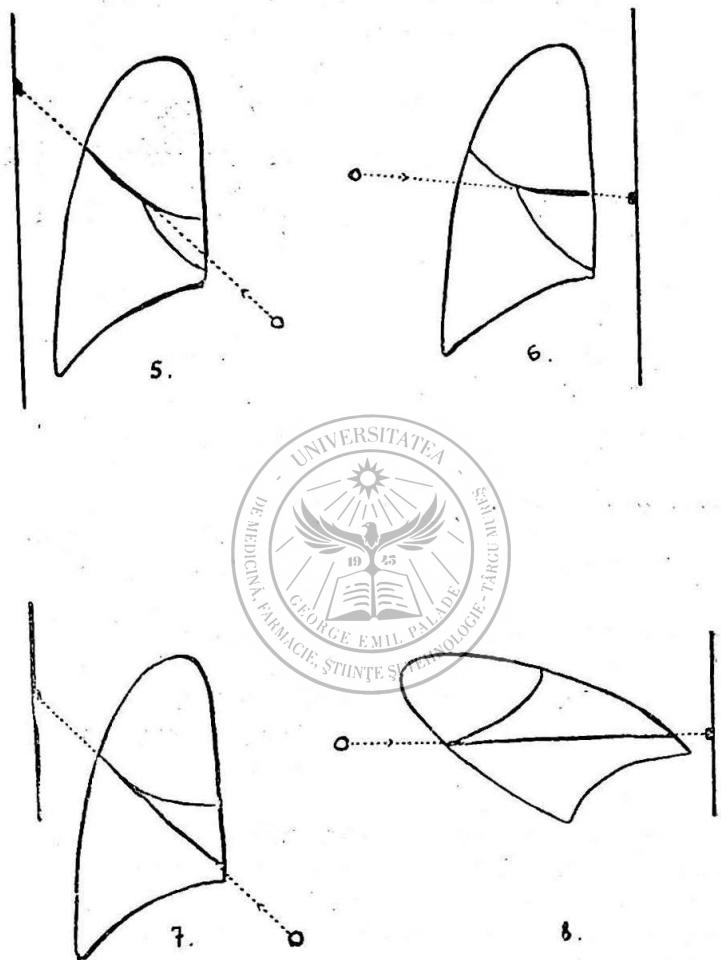
văzut din față ≈ Plămânul drept ≈ vedere laterală.



≈ Plămânul stâng ≈

1. Dacă bolnavul stă cu fața la ecran, umbra de condensățiune a marilor scizuri va fi mai netă atunci, când ampula fiind într'o poziție mai înaltă — aproximativ la nivelul gâtului — razele vor traversa scizurile mari de sus în jos și dinapoi înainte.

sub un unghi de 45° . Pentru scizura mică ampula va fi cam la același nivel cu aceasta pentruca razele să o traverseze aproape orizontal.



5-6-7 Explorarea radiologică a scizurilor conform legilor lui Bécclère.

8- Examinarea în poziția lordotică = Felix Fleischner.

2. Bolnavul fiind cu dosul către ecran, marile scizuri vor fi vizibile în pozițiile joase ale ampulei. (vezi schițele No. 5—6 și 7).

Pentru că orientarea planurilor scizurale nu se pretinde la oricare unghi de incidență al razelor și nici la condițiuni identice, s'a căutat pentru fiecare scizură incidența cea mai favorabilă, pentru a elimina pe cât posibil imaginile neclare sau imprecise.

Scizura dreaptă superioară se vede mai bine în poziție frontală.

Pentru marea scizură se practică un examen de profil în poziția oblic anterior stâng.

Pentru scizura stângă se preferă poziția de examen oblic anterior drept.

Chiar când ampula ar rămâne în poziție mijlocie, dacă vom căuta să dăm bolnavului o poziție oblică sau transversă — (având în vedere orientarea frontală sau ușor oblică a scizurei) — putem obține imagini clare liniare ale scizurei.

Pozițiile: oblic anterior drept și stâng; oblic posterior drept și stâng, nu ne permit totdeauna să obținem imagini convingătoare (dominante) ale interlobilor. Deseori singurul interes al lor va fi să ne servească de tranziție între imaginile obținute în pozițiunile frontale și cele pe care le vom obține în poziție transversă.

Poziția transversă este mai ales utilizată la copii unde transparența radiologică este mai bună. Se întrebuintează mai des pentru individualizarea leziunilor adenopatie.

Când ne este dificil să obținem imagini clare în pozițiunile amintite, recurgem pentru ajutor sau complectare, la examinarea în poziție lordotică.

Poziția lordotică de examinare radiologică o întrebuintăm pentru că de multeori nu putem obține proiecțiunea umbrelor interlobare, deoarece oblicitatea axului scizural nu permite să plasăm dealungul scizurei razele normale ale ampulei.

Felix Fleischner a propus să se dea bolnavului o poziție particulară în lordoză exagerată. Bolnavul înclinându-se înapoi incurbează spatele și astfel schimbă direcțiunea scizurei care din verticală sau oblică, devine orizontală (vezi schița No. 8).

În acest fel, bolnavul orientându-se el însuși așează axa interlobului în planul razelor normale ale ampulei. (Poziția este următoarea: bolnavul în picioare în poziție frontală, cu capul în hiperflexiune; occiputul și umerii sprijiniți pe cadrul aparatului, abdomenul proiectat înainte către ecran. El se ajută cu mâ-

nile, agățându-se de armătura cadrului putând astfel diminua sau mări poziția lordatică).

Condițiile vizibilității scizurei la ecran. Normal scizura este invizibilă, pentru că foițele pleurei viscerale sunt prea subțiri pentru a putea fi vizibile la examenul radiologic. Ele devin opace când sunt îngroșate printr'o inflamație plastică și când există o simfiză interlobară. Interlobii pot fi deci explorați, numai când sunt sediul unor condensățiuni patologice, adică trec peste un așa numit „prag de vizibilitate radiologică“.

Ca aspect radiologic umbra scizurală nu se deschide la periferie ca umbrele trabeculare. Umbrele scizurale sunt de cele mai multe ori tot așa de nete și tot așa de groase la extremitatea externă ca și la cea hilară.

Imaginile lobare. Lobul superior drept este cel care se vede mai clar, grație conturului net inferior și dispozițiunei aproape orizontale a scizurei superioare care nu e acoperită de supra-punerea imaginilor vre-unui lob vecin.

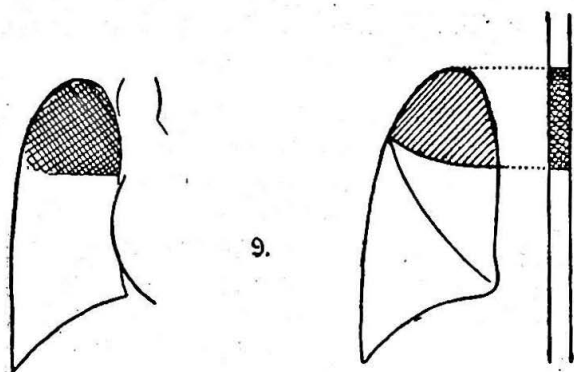
Imaginea lobului mijlociu, e mai puțin vizibilă în diametrul anteroposterior. În partea inferioară este destul de imprecisă deoarece aci imaginea se pierde puțin câte puțin în transparența tot mai accentuată a masei lobului inferior care știm că este înapoia lui. Intensitatea opacității lobului mijlociu descrește deci de sus în jos.

Imaginea lobului inferior este bine delimitată în părțile externă, internă și inferioară. Limita superioară este imprecisă din cauza lobului mijlociu (vezi schițele 9, 10, 11.)

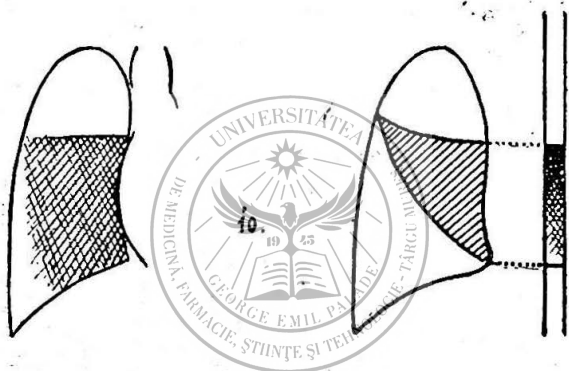
Imaginea lobului superior stâng — (deoarece cei doi lobi din stânga sunt așezați unul în fața celuilalt) — este constituită de o opacitate care descrește ca intensitate de sus în jos. Rămâne clară — ca un triunghi — numai regiunea costodiafragmatică, (locul unde lobul superior nu măi acopere deloc pe cel inferior).

Imaginea lobului inferior stâng se pierde în sus în claritatea (transparența) lobului superior. (Vezi schițele 12, 13.).

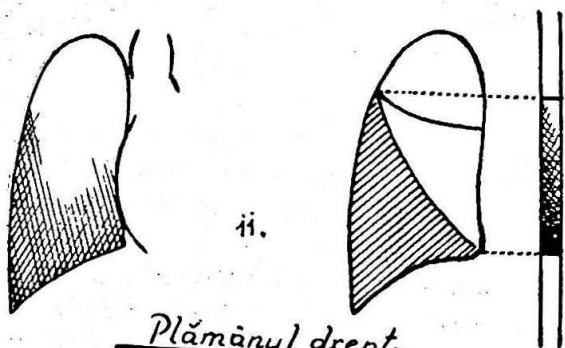
Vedem că leziunile lobului superior pot masca integritatea lobului inferior sau leziunile acestuia. Pentru a disocia ceia ce aparține lobului superior de cel inferior, este necesar un examen radiologic făcut în poziția oblic anterioară sau din profil. Astfel va apare o umbră în partea superioară a câmpului pul-



9.



10.



11.

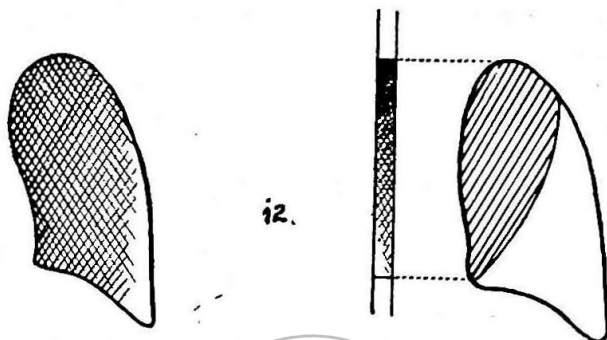
Plămănul drept.

Imaginile lobare in diametrul antero-posterior.

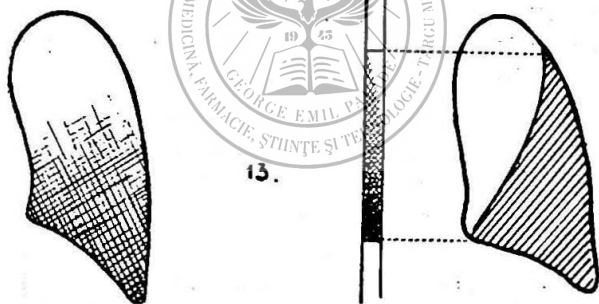
monar stâng, delimitată în jos printr'o linie oblică întinsă dela axilă în jos spre umbra cardiacă cu care se confundă. Linia inferioară corespunde traectului scizurei interlobare.

Deci examinările în pozițiile: oblice, transversă, sau lordotică, vor clarifica falsa aparență dată de examinarea făcută în poziția frontală. (A se urmări schițele).

După aspectul radiologic se pot prezenta mai multe posibilități:



12.



13.

Plămănul stâng - imaginile lobare.

În fața unei umbre omogenă se pune diagnosticul diferențial între o lobită medie încă neexcavată și o pleurezie interlobară dreaptă încă neevacuată. Pe când lobita dă o umbră triunghiulară, cea a pleurezei are forma unei bande transversale cu marginea inferioară descriind o umbră cu convexitatea în jos din cauza greutatea lichidului. În pleurezii e caracteristic că una dintre limite este ștearsă (de obicei cea inferoară) din cauza comprimării parenchimului pulmonar subjacent.

O umbră neomogenă, neescavată pledează pentru o infiltrație tuberculoasă.

Când în mijlocul umbrei apare o imagine cavitară se pune întrebarea, dacă este o pleurezie interlobară deschisă printr'o vomică, sau este o lobită cavernoasă. Răspunsul îl vom obține numai în urma coordonării semnelor fizice cu datele radiologice și din evoluția boalei.

Ar mai fi o eroare de diagnostic, când un focar de umbră triunghiular, pneumonic, situat la baza lobului superior ar fi luat drept lobită medie. Tratamentul fiind același, chestiunea nu prezintă o prea mare importanță.

În lobitele bacilare limita leziunilor lobare apare mai opacă, pentru că interlobii de obicei sunt sediul unei leziuni inflamatorii hiperplazice, de unde rezultă o îngroșare a lor.

Diferite aspecte radiologice ale lobitelor. Mai întâi să vedem ce concluzii se pot trage din aspectul radiologic al lobitelor în privința constituției lor anatomopatologice. Din acest punct de vedere interpretarea trebuie făcută cu prudență, deoarece intensitatea umbrelor este în funcție numai de densitatea și greutatea atomică a țesuturilor traversate de raze; așa că nu trebuie să se uite că diferitele grupe anatomopatologice distincte, pot da imagini analoage. Deaceia pe lângă caracterele opacității lobare trebuie notate și modificările observate în statica și cinematica toracică determinate de procesul tuberculos: rețracțiunea coastelor, deviațiunea organelor mediastinale, ascensiunea sau deformarea scizurei interlobare.

Lobitele tuberculoase se prezintă la examenul radiosopic sub *trei aspecte*; între cari se pot găsi toate intermediarele, pentru că ele corespund la diferite stadii de evoluție ale condensăției pneumonice.

Există cazuri în cari tuberculoza lobară dă o umbră care prezintă aceiași intensitate pe toată întinderea ei, deci o *umbră omogenă*. — Să luăm spre exemplu lobita superioară dreaptă.

Uneori această opacitate interesează toată aria lobului; alteleori vârful rămâne liber. În ultimul caz imaginea va lua o formă triunghiulară cu baza axilară, vârful îndreptat înspre hil, marginea inferioară netă formată de scizura interlobară, iar limita superioară, mai mult sau mai puțin ștearsă, opacitatea scăzând progresiv în intensitate cu cât se apropie de vârf. Este aspectul

umbră din pneumoniă francă lobară. (Triunghiul lui Weil și Mouriquand). Analogia aceasta avocă ideea unui proces asemănător, deci o inflamațiune pneumonică, o broncho-alveolită tuberculoasă. Leziunea fiind aceeași pe tot lobul, umbra va fi omogenă.

Când însă procesul pneumonic invadează deodată lobul întreg, umbra se întinde dela vârf la interlob și acoperă nu numai regiunea subclaviculară dar și tot vârful — (care se proiectează între partea posterioară a primei coaste și claviculă). — Scizura interlobară însă ocupă situațiunea ei normală. Opacitatea lobului atins contrastează totdeauna net cu claritatea restului parenchimului și este în general mai închisă decât umbra cardioaortică.

Alteori umbra este compusă din confluența unor mici pete de intensitate și dimensiune care variază. Este o *umbră neomogenă fără imagini cavitare*. Petele mai opace denotă existența unor focare caseoase sau fibro-caseoase unite prin zone mai clare datorite foarte probabil unor leziuni de broncho-alveolită.

Restul parenchimului este radiologic normal și această unilateralitate a leziunilor este într-adevăr o particularitate constantă a tuberculozelor pneumonice lobare la debutul lor. Numai excepțional putem observa în regiunea apicală a părții opuse existența unor leziuni vechi, scleroase și neevolutive.

Unele tipuri radiologice de lobite prezintă în mijlocul unora dintre umbre *imagini cavitare*. Imaginile cavitare pot fi mici, multiple, diseminate pe toată aria lobului pulmonar la o mică distanță una de alta, transformând lobul într'un adevărat burete; sau uneori confluențe, încât iau aspectul de „miez de pâine” descris de autorii francezi. Alteori se formează una sau două caverne mai mari — (de mărimea unei nuci) — situată mai des în partea externă a regiunii scizurale sub claviculă; mai rar la vârf cri în partea internă. Această localizare ar fi în legătură cu faptul că hepatizația pneumonică debutează în regiunea juxta-scizurală externă.

Aceste caverne pot să se întindă excentric, prin topirea zonei de caseificație (dacă procesul de scleroză e mai puțin activ) putând să intereseze întreg lobul. În acest caz se impune diagnosticul diferențial cu un pneumotorax parțial, suprascizural după cum au demonstrat E. Sergent și H. Bordet. Dacă semnele pledează mai mult pentru o cavernă, peretele ei extern va putea

fi desolat printr'un pneumotorax artificial — (dacă nu-s aderențe) — și va apare ca o bandă mai umbrită pe un câmp foarte clar, lipsit de desemnul pulmonar normal.

Când într'o lobită procesul scleros intră în joc, intensitatea umbrei devine foarte mare, de multeori omogenă, eventual cu câteva zone clare, indicând prezența unor caverne. Intensitatea umbrei poate fi uneori așa de mare încât poate masca umbra coasteilor. Ceiace caracterizează însă sclerozele lobare din punct de vedere radiologic sunt urmările procesului de retracțiune și anume *deformațiunile scizurei interlobare și modificările statice și cinematice toracelui* — (această cicatrice masivă se retractează în toate dimensiunile, gradul de retracție variind cu intensitatea procesului de scleroză).

Scheletul prezintă alterațiuni sub aspectul cunoscut al retracțiunilor costale, când oblicitatea coastelor se exagerează, iar spațiile intercostale devin mai înguste; deasemenia și câmpul pulmonar respectiv, constatându-se și o depresiune a foselor supra și subclaviculare. Coloana vertebrală poate prezenta scolioză de partea lobului sclerosat, însă totdeauna trebuie să ținem seama ca să eliminăm deformațiunile de altă origină (rachitism, morbul lui Pott etc.).

Procesul de scleroză pulmonară atrage către sine mediastinul. Banda de claritate corespunzătoare tracheei, normal prevertebrală, câștigă marginea coloanei vertebrale și sfârșește chiar, prin a se proiecta pe partea internă a spațiilor intercostale în afara vertebrelor și a marginii sternale.

Deformațiunile scizurei interlobare se traduc printr'o ascensiune sau o încurbare (Rist și Ameuille).

În lobita inferioară notăm printre reacțiunile toracelui o deplasare foarte mare a inimii supunându-se la o dextrocardie sau la o sinistocardie completă. Trachea și originea vaselor mari se lasă și ele antrenate. Umbra pulmonară se confundă cu cea cardiacă care este greu de delimitat.

Deplasările amintite pot fi datorite unui proces fibros întrecând exclusiv numai parenchimul pulmonar (când putem institui un colaps total al plămânului); adesea însă se notează și coexistența unei pachipleurite care acoperă în formă de cască lobul pulmonar contribuind la modificarea semnelor stetoscopice cât și a celor radiologice căci împiedecă un colaps eficace al lobului.

Imaginile fiziopatologice deasemenea se referă atât la schelet (hipocinezie costală) cât și la mediastin. În cursul inspirației plămânul sclerosat atras de presiunea negativă intrapleurală, urmează mișcările costale; cum elasticitatea lui e nulă, întotdeauna va atrage după sine și trachea și umbra cardio aortică (H. Béclère).

În cursul expirației fenomenele petrecându-se invers rezultă o mișcare pendulară (Holzknecht).

În mod analog se explică ascensiunea scizurei interlobare în fiecare inspirație — după cum au demonstrat Rist și Aneuille.

Aspectele infiltratelor delimitate scizural ar putea fi date de: revărsări interlobare, scizurite și leziuni juxtascizurale.

Pleurezia interlobară dă o umbră suspendată (oprită), de o întindere variabilă, cu limitele superioară și inferioară, rectilină. În poziții oblice și transverse această umbră va avea aspectul de fus oblic. Examenul lordotic va servi mai ales pentru a izola partea inferioară a scizurei și va permite să găsim o umbră rectilie la baza umbrei pleurale.

Diagnosticul va fi discutat cu abcesul plămânului (destul de frecvent), cu dilatația bronhiilor, cu pleurezia închistată nu interioară, cu procesele pneumonice juxtascizurale tuberculoase sau nu.

Scizuritele apar la ecran ca niște bande mai mult sau mai puțin groase de o culoare cenușie, întinse transversal, formând o limită netă leziunii lobare. Când însă în leziunea lobară predomină procesul de scleroză, interlobul se deformează dând aspectele radiologice studiate de Rist.

Cât privește *leziunile juxtascizurale*, pozițiile la ecran oblice, transverse și mai ales cea lordotică, le arată cu toate caracterele lor. Găsim o imagine juxtascizurală de o opacitate homogenă și mărginită linear. (Mai găsim și imaginea propriuzisă scizurală care e situată fie în prelungirea umbrei dense, fie în contiguitatea acesteia). Imaginile juxtascizurale pot avea formă triunghiulară, lanciolată sau formă de pintene, aceste imagini pot corespunde fie prezenței de modificări parenchimotoase juxtascizurale consistând în splenopneumonie sau hepatizație, fie la mici revărsări lichide. Poate fi însă vorba și de un focar de dilatație bronșică cu reacțiunea sa parenchimotoasă și pleurală periferică.

Deplasări patologice ale scizurilor. Pentru limitarea tuberculozelor lobare nu este indispensabil să avem o simfiză scizurală. Integritatea interlobului se verifică în cursul insuflațiilor pleurale când putem observa o disociațiune a celor doi lobi prin aerul care se insinuează între foițele pleurale.

Când lobul superior, spre exemplu, e atins de scleroză cicatricială retractilă, interlobul se deplasează și se deformează. Dacă nu există aderențe în jurul scizurei; ea va urma o mișcare de ascensiune către vârful pulmonar; extremitatea sa internă va rămâne fixă iar partea sa externă se urcă până la nivelul coastei a II-a și uneori chiar până la claviculă. În acest caz de ascensiune a scizurei, ea rămâne rectilinie.

Când din contra, există aderențe pleurale visceroparietale la nivelul scizurei interlobare (acompaniind un proces de scleroză lobară) interlobul se lasă să fie deformat în porțiunea centrală, singura rămasă mobilă, așa că limita inferioară a blocului lobar nu mai este dreaptă ci concavă în jos.

Această incurbație centrală a planului scizural este însoțită și de o incurbație sagitală, așa că vizibilitatea interlobului nu se mai poate supune legilor lui Bécclère. Când această dispozițiune își are sediul la stânga, se pot naște erori de diagnostic în ce privește limitarea lobară a leziunilor. Anume, razele traversând partea posterioară (orizontală) a scizurei, o vor proiecta deasupra leziunilor din partea antero inferioară ale lobului; astfel că leziuni cu sediul în lobul superior vor apare la ecran ca aparținând lobului inferior. Pentru a evita această eroare trebuie făcut un examen de profil.

c) Clinic.

La acest capitol avem de studiat *sindrome fizice lobare și sindrome fizice periscizurale*.

Primele le vom studia mai amplu la capitolul simptomatologiei lobitelor, acum rămânând să ne ocupăm numai de secundele, adică de sindromele fizice periscizurale.

Scizura și regiunile parenchinului care o învecinează constituie un punct de plecare pentru localizările tuberculozei. Pe de altă parte scizura constituie o linie de demarcație între localizările lobare ale focarelor tuberculoase formând între lobi un fel de barieră.

Aceste noțiuni determină clasificarea marilor sindrome anatomo clinice scizurale.

1. *Sindromul scizural propriuzis* corespunde leziunilor proprii ale pleurei scizurale; acestea sunt scizuritele și pleureziile interlobare.

Scizurita — după Pehn și Brochier — este o inflamație plastică sau aderențială care atinge fie numai buza, fie totalitatea unei scizuri interlobare (acest termen nu se aplică decât formelor de pleurezie seacă). În perioada acută a pleuritelor limitate ale marei cavități putem nota superioritatea ascultațiunii asupra radiologiei care nu poate indica nimic anormal, câtă vreme ascultatoric notăm un focar de frecături. Dacă pleurita e strict limitată la interlob și nu trece la pleura marei cavități, frecăturile nu sunt perceptibile.

Pleurezia interlobară fiind rară, nu ocupă decât un loc limitat în patologia pleurală.

Clinic vom găsi în antecedente o pneumopatie acută sau mai des o pneumonie. Examenul va arăta prezența unui sindrom splenopneumonic sau pseudopleuric fie întins în tot hemitoracele, fie oprit; de cele mai multeori însă nu relevăm nici un semn interlobar propriuzis.

2. *Sindromele periscizurale* corespund la localizarea periscizurală a focarelor tuberculoase parenchimotoase. Aceste localizări sunt mult mai frecvente decât se crede în general. Vulgarizarea examenului radiologic ne furnizează dovezi în fiecare zi, arătând chiar destul de des contrastul dintre integritatea vârfului și regiunea periscizurală atinsă.

3. *Sindromele lobare* (delimitate prin bariera scizurală). Această noțiune asupra căreia a insistat Rist și Ameuille are o importanță doctrinală considerabilă în istoria evoluției anatomo clinice generală a tuberculozei pulmonare. Tuberculoza se întinde în tot câmpul unui lob fie că-l invadează în totalitate, fie în mici focare parțiale mai mult sau mai puțin conglomerate. Ea apare atunci cu caracterele unei veritabile pneumonii lobare a cărei generalizare comportă o semnificație evolutivă particulară. Faptul că această localizare lobară se acompaniază foarte frecvent de reacțiuni inflamatorii ale pleurei scizurale cari pot merge până la o simfiză mai mult sau mai puțin totală a interlobului, sfârșește prin a da acestei concepțiuni o incontestabilă valoare (în istoria tuberculozei pulmonare).

Lobitele tuberculoase

a) Considerațiuni generale. (Sediu, frecvență).

Polimorfismul leziunilor tuberculozei pulmonare, caracterul evolutiv diferind după gradul virulenței infecțiunii și după rezistența terenului, făcea să fie complicată încercarea pentru o clasificare anatomo clinică, până când întrebuintarea sistematică a radiologiei — (această anatomie patologică a omului viu) — n'a venit să clarifice anumite puncte.

Examenul sistematic la ecran al tuberculoșilor a relevat într'adevăr că, deseori tuberculoza invadează — de odată sau progresiv — totalitatea unui lob pulmonar, rămânând strict limitată la întinderea acestui lob prin scizura interlobară, care pare a-i forma măcar pentru un timp o despărțitură închisă, separându-l de restul parenchimului.

Piese anatomice cari figurează în lucrările clasice asupra tuberculozei, prezintă uneori această predominantă lobară a leziunilor.

Actual, prin datele radiologice s'a putut confirma importanța procesului pneumonic în cursul tuberculozei. Radiologia a arătat frecvența invaziunii masive și totale a unui lob, odată cu debutul evolutiv al ftiziei cronice ulceroase.

Pneumonia și bronchopneumonia cazeoasă au fost considerate mult timp ca singurele forme de tuberculoză în cari se putea invoca un proces pneumonic. Aceste forme acute foarte grave și rapid mortale se opuneau însă tuberculozei pulmonare cronice, în care foliculii tuberculoși și granulațiunile determinau prin dezvoltarea lor conglomeratiile și ramolismentele observate la autopsiile ftizicilor.

În general, infiltrațiunea pulmonară duce la cazeificație cu formațiuni de caverne. Transformațiunea scleroasă se poate produce și fără ca să fi avut formațiune de leziuni specifice; pro-

cesul pneumonic ducând direct la pneumonia hiperplazică și la scleroză.

În ceiace privește *localizarea* exactă a leziunilor, pentru a o determina sunt insuficiente semnele fizice numai. Pentru a-și putea face cineva o idee precisă despre întinderea și natura leziunilor, este nevoie de radiologie care, numai ea, ne permite diagnosticul de lobită tuberculoasă, punând în evidență limita scizurală a leziunilor și astfel, putând fi în stare să judecăm într-o oarecare măsură și caracterul lor evolutiv.

Nu toate lobitele sunt procese pneumonice. În unele, leziunile pot avea un caracter nodular, iar altele fibros. Nu există însă diferență între natura leziunilor pneumoniei sau bronchopneumoniei cazeoase și cele ale lobitelor tuberculoase. Este numai o diferență de evoluție care trebuie că depinde de factori multipli încă rău cunoscuți.

Unilateralitatea leziunilor, care este excepție în tuberculozele nodulare de o oarecare întindere, este aproape regulă în tuberculozele pneumonice. Această unilateralitate ce se observă așa de frecvent în lobitele tuberculoase, ne indică foarte net instituirea unui pneumotorax artificial permițându-ne, în timpul curei de a încerca să realizăm colapsul lobului bolnav, cu excluderea lobului sau lobilor sănătoși.

Ca frecvență, localizarea tuberculozei lobare se observă mai des la lobul superior drept. Procentul poate că e așa de ridicat și prin faptul că scizura dreaptă superioară când este hiperplaziată, e vizibilă fără o mare variație de incidență a ampulei. Vedem că este tocmai contrariul de ceiace avem în stânga unde uneori întâmpinăm dificultăți pentru punerea în evidență a scizurei interlobare.

În statistica secției de boli pulmonare de pe lângă Clinica Medicală din Cluj făcută de Doc. Dr. Daniello în 1929 am găsit următoarele:

- Lob superior drept 12 cazuri, adică 50%
- Lob superior stâng 8 cazuri, adică 33.3%
- Lob mijlociu 1 caz, adică 4.2%
- Lob inferior drept 1 caz, adică 4.2%
- Lob inferior stâng 2 cazuri, adică 8.3%

Ca localizări periscizurale tipice are 19 cazuri, dintre cari 14 în dreaptă și 5 în stânga.

b) Anatomie patologică.

Lobitele tuberculoase prezintă aceleași forme ca și tuberculoza în general, adică ele pot fi: congestive (splenopneumonie Grancher) cazeoase, fibrocazeoase și fibroase.

În lobita tuberculoasă însă, foarte rar putem face studiul anatomo-patologic al leziunilor ce constituiesc *blocul lobar* când e vorba de lobita pe care o vedem primitiv la ecran. Imaginea radioscopică nu este prin urmare controlabilă decât în caz de deces prin cauze intercurrente. Având o benignitate relativă, lobitele tuberculoase prin ele însăși nu sunt mortale; încât nu există în literatura medicală observațiuni necropsice în ceiace privește faza cu totul incipientă a lor. Pe de altă parte deși au o tendință marcată spre staționare, ele totuși evoluează și se transformă, încât în cazurile cari au fost observate, la autopsie s'au găsit leziuni polimorfe și în diferite faze evolutive.

Din punct de vedere anatomo-patologic examinarea la ecran nu ne dă date precise, deoarece caracterul umbrelor (după cum am amintit) nu depinde de constituția histo-patologică a leziunilor, ci de greutatea atomică a substanțelor cari le compun și de densitatea lor. Ori aceste condițiuni de natură diferită, încât diferitele procese de hepatizație roșie, cenușie sau albă, pot da opacități de aceeași intensitate pe ecran sau clișeu.

Vedem deci că reconstituirea istoriei leziunilor din lobitele tuberculoase, se poate face numai din confruntarea datelor radiologice cu cele necropsice.

Să luăm spre exemplu o *lobită cu umbrire homogenă*, apărută brusc sub formă de invazie masivă și cu clarificare progresivă constatată la radioscopii succesive. Faptele par (pentru că nu s'a putut verifica anatomo-patologic) asemenea proceselor terminale constatate la tuberculoșii morți în urma evoluției spontane a tuberculozei — unde autopsia verifică totdeauna diagnosticul focarului pneumonic relevat de către examenul clinic. Histologic, imaginile corespund bronchio-alveolitelor constituite printr'un exudat edematos, fibrinos, cu diapedeză leucocitară, iar colorația Ziehl relevând prezența a numeroși bacili.

În unele regiuni se poate vedea chiar, debutul unui proces care atinge traveele alveolare.

În cazurile de lobite cu umbrire homogenă putem presupune — ajutați de datele radiologice — că ne găsim în fața leziunilor pneumonice dezvoltate împrejurul leziunilor latente vechi.

Béthoux a studiat *lobita cu umbrire nehomogenă*, în care constatările anatomo patologice verifică aspectul radiologic.

Examenul histologic relevă leziuni de alveolită difuză fibrino leucocitară, părând recentă și prezentând infiltrațiuni cu tip pneumonic în mijlocul cărora noduli tuberculoși vechi diseminați, fără nici un caracter evolutiv și cu topografie peribronșică. Aceste leziuni sunt limitate de un proces de scleroză foarte întinsă.

In general, din punct de vedere histologic leziunea este caracterizată printr-o scleroză colagenă intensă remaniind profund parenchimul pulmonar. Structura alveolară este dispărută în ^{2/3} din suprafață, iar în punctele unde ea persistă, alveolele au pereții neregulați subțiri, rupți sau sunt îngroșați prin scleroză.

Bronșiiolele sunt de nerecunoscut, pe când bronșiile mari din contra, sunt intacte și mărginite de un epiteliu cilindric a cărui bordură ciliată e perfect respectată.

Unele artere de calibru mijlociu — în contrast cu integritatea bronșiilor mari — sunt sediul unei endarterite proliferante foarte vizibilă, reducând mult lumenul vascular.

Foliculii tuberculoși recenți sunt constituiți din celule rare epiteloide cu nucleu subțiat și hiperchromatic, cari înconjoară un grup de celule gigante uneori foarte voluminoase; o ușoară infiltrație limfoidă amestecată cu câteva plasmocite este răspândită în țesutul scleros care înconjoară imediat foliculul.

Foliculii mai vechi au partea centrală ocupată de o zonă cazeoasă de dimensiuni variabile.

Leziunea tuberculoasă deci, în evoluție are caracterul scleros dominant. Scleroza apare când independentă de foliculii tuberculoși însăși, când, din contra, net sistematizată la periferia nodulilor cazeoși amorfi fără activitate intensivă în aparență.

Lângă leziunile vechi neevolutive și încercuite de un proces de scleroză, se constată leziuni recente în plină activitate cu numeroase celule gigante și epiteloide. În acest stadiu focul lobar nu mai prezintă nici o regiune sănătoasă.

Leziunile tuberculoase în lobite pot fi foarte variate: leziuni pneumonice în diferite stadii de splenizație, hepatizație ori cazeificație; apoi tuberculi mari, recenți, tuberculi fibroși ori calcari și mici tuberculi miliari. Mai putem avea caverne, mici ori multiple, de diferite mărimi și în fine insule sau bande de scleroză.

Leziunea lobară este probabil constituită la debut, dintr-o invazie cu tip pneumonic provocată printr-o redeșteptare a leziunilor vechi, fie parenchimotoase fie pleurale. Prin urmare rezoluția exudatului intraalveolar poate să se producă, lăsând ca singură urină, fie noduli tuberculoși, fie o scizură. — Singure clișeele seriate permit de a determina ce constituie rămășița puseului lobar și ce aparține leziunilor preexistente.

Leziunile pot să evolueze spre cazeificație mai mult sau mai puțin rapid, putând, în majoritatea cazurilor, să rămână bine delimitate și să evolueze spre cicatrizare, grație predominenței reacțiunii fibroase totdeauna foarte intensă în aceste localizațiuni tuberculoase cu formă lobară.

Pentru complectarea datelor anatomo patologice ne interesează deasemenea *starea foitelor pleurare și a parenchimului din restul plămânului:*

Leziunile pleurale variază după cum considerăm pleurele interlobare sau pe cele visceroparietale. În faza incipientă a boalei, integritatea pleurei visceroparietale este aproape o regulă. Într-o fază mai înaintată însă, se produc leziunile obișnuite cari se asociază tuberculozei pulmonare cronice sub formă de îngroșeri și simfize visceroparietale.

În schimb pleura interlobară este interesată dela început; putând rămâne destul de des însă și intactă căci leziunile ei nu sunt indispensabile pentru ca să poată delimita procesul lobar.

În cazul când în leziunea lobară predomină procesul de scleroză, interlobul se deformează.

Frecvența leziunilor pleurei interlobare se explică desigur prin faptul că tuberculoza adesea începe în jurul scizurei, care constituie un punct de chemare pentru leziunile tuberculoase.

Spațiul interlobar apare format dintr-o dără scleroasă groasă, foarte bogată în vase congestionate, prevăzută cu formațiuni tuberculoase în interior. Pe cele două fețe se implantează pereții alveolari îngroșați iar plăgile de scleroză parenchimotoasă se înfundă insensibil cu elementele constituind simfiza scizurală.

c) Patogenie.

„Se admite azi în general, că infiltrațiunea din care se dezvoltă ftizia adultului, cât și cele regresive, trebuiesc considerate ca leziuni de reinfectiune, căci majoritatea absolută a oamenilor contractă o primoinfectiune tuberculoasă în copilărie. Excepție

fac numai acele forme de ftizii cari se produc direct în urma unei primoinfecțiuni contractată în vârsta adultă de indivizi transplantați, cari n'au avut ocazia să se infecteze în mediul lor de origină, și pe cari infecțiunea îi găsește dezarmați. În aceste cazuri primoinfecțiunea trece direct într'o ftizie întinsă și evolutivă cu caracter acut.

„Dacă asupra caracterului de „reinfecț” al procesului ftizic autorii sunt de acord, părerile însă nu sunt nici decum unitare în ce privește originea bacililor cari dau naștere reinfecțiunii. Chestiunea reinfecției endo- sau exogenă este încă și astăzi una dintre cele mai controversate în ftiziologie. În cele ce urmează vom căuta să cercetăm cu ce poate contribui clinica la clarificarea ei.

„Toate ftiziile și infiltrațiunile noastre trebuiesc considerate drept leziuni de reinfecțiune și aceasta nu numai în baza concepțiunii general admise în această privință, dar și în baza existenței unor leziuni anterioare infiltrațiunii, constatatele cu ajutorul examenului radiologic. Aceste leziuni caracterizate prin prezența unor noduli calcefiați cu localizare pulmonară și hilară, trebuiesc considerate ca resturile unor complexe primitive datând din copilărie. Se poate afirma că în toate cazurile, ftiziile sau infiltrațiunile regresate constatate, au evoluat pe un teren tuberculos și au fost datorite unei reinfecțiuni. — Complexele primare calcefiate, deci cliniceste vindecate, trebuiesc considerate ca *rezervoare de virus* din cari pot pleca reinfecțiuni endogene. Se știe de multă vreme că nodulii cretacei pulmonari sau ganglionari găsiți la autopsierea unor indivizi sucombați de alte maladii decât tuberculoza, dacă sunt triturati și inoculați la cobai, pot să transmită acestuia o infecțiune. Acești noduli latentți în tot cursul unei vieți, mai conțin deci bacili vii și virulenți (Sergent). Am văzut deja, că unii autori cum este L. Bernard spre exemplu, atribue o mare însemnătate îndeosebi calcefierilor ganglionare localizate în hili și sunt de părere, că dela ele pot să plece, pe cale limfatică, reinfecțiuni ftizogene. Nu există nici un motiv pentru care să nu atribuim aceeași capacitate de a produce metastaze și nodulilor calcefiați aflători în parenchimul pulmonar și Hübschmann, spre exemplu insistă chiar asupra acestui fapt. Spre deosebire de L. Bernard el este de părere că metastazele s'ar face pe cale hematocă.

„În afară de alterațiunile aparținătoare perioadei de primo-

infecțiune, într'un anumit număr de cazuri, se mai pot găsi alte leziuni pulmonare, tot anterioare ftiziei sau infiltrațiunii. Aceste leziuni trebuiesc să fie datorite și ele unor reinfecțiuni ulterioare complexului primar. Unele dintre aceste leziuni pot fi localizate la vârfuri sau predilect perihilar și constau dintr'un proces de scleroză peribronhovasculară sau focare nodulare calcefiate cari radiologicește se traduc printr'un desen pulmonar foarte accentuat și existența unei rețele de elemente umbroase, longitudinale ce pleacă în toate sensurile, dar mai ales spre baze și vârfuri, din hilul care adeseori și el apare ceva mai mărit. Acestea sunt leziunile pe cari Bezançon le-a numit *tramite*, considerându-le drept faze precursore ale ftiziei adultului.

Vom reaminti că în foarte multe cazuri în practică este extrem de dificil să te pronunți într'un caz dat, dacă desenul pulmonar perihilar este cel normal, sau dacă avem deja de-aface cu o exagerare patologică a lui, fiindcă între normalul tipic și patologicul incontestabil există toate formele de trecere. Și mai greu, dacă nu imposibil, este să te pronunți în privința naturii leziunilor cari au dat naștere unei *tramite* perihilare, fiindcă în afară de tuberculoză mai intervin o serie întreagă de afecțiuni cari pot produce o scleroză perihilară — multe din ele nespecifice și datorite unor inflamațiuni cronice ale căilor respiratorii superioare, altele pot fi foarte probabil puse în legătură cu o infecțiune sifilitică, în fine ele pot fi de natură cardio-vasculară.

„Din cele de mai sus reese, că deși principala condițiune a unei reinfecțiuni endogene, adică prezența unui rezervor de virus în organism este dată pentru majoritatea ftiziilor, fie prin cea a unei leziuni epicale sau perihilare, modul cum se produce reinfecțiunea nu este nici decum elucidat. Admițând probabilitatea reinfecțiunilor endogene în patogenia ftiziei, constatările clinice nu permit o precizare în privința căii pe care se propagă această infecțiune. A priori toate căile sunt posibile, rolul preponderent al căii bronșice sau a celei limfatică nu este încă științificește demonstrat. În ceea ce privește calea hematică există anumite fapte clinice cari pledează cu destulă probabilitate în favoarea originii hematogenă a anumitor ftizii. Din punct de vedere numeric acestea constituiesc însă o infimă minoritate, față de celelalte în cari nu se poate ști nimic sigur privitor la calea pe care a utilizat-o virusul care le-a produs.

„Urmează să cercetăm dacă posedăm noi oarecari argumente

ce pledează în favoarea ipotezei unei origini exogene recente a reinfecțiunii din care se dezvoltă ftizia. Toți autorii cari s'au ocupat de infiltrațiunile pulmonare precoce au insistat asupra faptului că foarte deseori aceste infiltrațiuni își fac apariția la indivizi cari au avut ocazia să vină în contact cu o sursă de reinfecțiune exogenă.

Assmann a descris primele infiltrate la studenți și doctori în medicină, Redeker poate pune în evidență prin anchete amănunțite făcute prin dispensar, existența sursei recente în 70% a infiltratelor sale. În Franța L. Bernard are convingerea că măcar o parte din tuberculozele sale perihilare sunt de origină exogenă. Acestei păreri se atașează și câțiva anatomo-patologi.

Aschoff crede că infiltratul precoce este faza recentă a focarelor de reinfecțiune exogenă pe cari le-a descris elevul său Puhl; Hübschmann este de părerea că infiltratul nu poate fi decât o reacțiune pneumonică datorită unei reinfecțiuni masive venite din afară.

Se poate de altfel că raporturile să fie și mai complicate și ftizia să se datorească în același timp unei duble reinfecțiuni endo- sau exogene, dintre cari cea de-a doua să joace rolul, așa după cum o presupune Redeker, de declanșatoarea celei dintâi". (Daniello).

Patogenia lobitei n'a putut fi definitiv elucidată. Nu sunt decât ipoteze sugerate de ansamblul datelor publicate de difriți autori și de constatările relevate asupra numeroaselor observațiuni studiate.

Această patogenie ridică diferite probleme:

1. *Localizarea* așa de frecventă a leziunilor tuberculoase la lobul superior drept, este atribuită de Freund, Schmorl, Hart și alții, osificației prea precoce a cartilagiilor costale, care face ca lobul superior drept să se găsească în condițiuni defavorabile din punct de vedere circulator și prin aceasta propice invaziunii și dezvoltării bacilului tuberculozei. Alți autori cred că frecvența localizării leziunilor în acest lob trebuie căutată în diviziunea și implantarea asimetrică a vaselor și bronșiei superioare (precum și orientarea ei) într'un plămân cu trei lobi; de unde rezultă că retențiunea și dezvoltarea microorganismelor patogene este favorizată de insuficiența ventilatorie a lobului superior și de slaba circulațiune sanghină și limfatică.

La acestea se mai adaugă și faptul că o leziune anterioară la

nivelul unui lob ar determina localizarea secundară a pneumoniei tuberculoase și se știe că aceste leziuni abortive, (timpurii) se localizează cu predilecție la lobul superior.

Leon Bernard și Béthoux prezintă lobita superioară dreaptă ca reprezentând sfârșitul „primei infecțiuni“ a copilăriei. Aceste leziuni sub influența unei reinfecțiuni endogene ar relua un mers extensiv, limitat printr'o reacțiune scizurală; lovind atunci în masă totalitatea parenchimului lobar.

2. *Limitarea scizurală* indică evident o delimitare netă între lobi. Limitarea lobară este posibilă fără nici o simfiză interlobară ci numai grație scizurei interlobare.

3. *Cauza invaziunii* generale a unui lob și natura invaziunii alveolare. După cum au demonstrat L. Bernard și Béthoux, invaziunea totală a unui lob se produce în general la bolnavii a căror tuberculoză a evoluat insidios, dar la cari după un timp destul de lung o cauză anergizantă sau un incident acut a venit să constituie agentul provocator și să redeștepte leziunea latentă. Puseurile evolutive provocate de bacilul Koch difuzează focarul tuberculos provocând o reacțiune inflamatorie de tip pneumonic.

Invaziunea masivă poate fi considerată ca un fenomen alergic și se produce în lob în cursul unei reinfecțiuni masive de origine endogenă sau exogenă. Invaziunii masive a lobului îi poate urma, fie rezoluția, fie mai adesea cazeificarea precoce și mai mult sau mai puțin întinsă a blocului de hepatizație pneumonică, ajungând uneori la o adevărată evidare lobară.

Tuberculoza lobară pe care o studiem, relevă un proces pneumonic, o alveolită exudativă lobară a cărei invazie trebuie să corespundă aceluiași legi ca pneumonia franc-lobară acută cu care ea prezintă, la debut, multă analogie.

Lobita tuberculoasă, se poate considera ca rezultatul unei suprainfecțiuni, mai des endogenă, dezvoltat împrejurul unei leziuni vechi sau puțin active la care se supraadaugă o cauză anergizantă mai mult sau mai puțin lezătoare de pus în evidență.

Faptul că invadarea masivă poate fi urmată de o rezorbție sau — mai des — de apariția unui proces de sclerozare pe lângă cel de cazeificare și nu ia mersul pneumoniei cazeoase, se explică prin punerea în joc a mijloacelor de apărare ale organismului. Tot astfel se explică tendința pe care o are procesul tuberculos de a rămâne mult timp localizat la un lob pulmonar.

Intensitatea reacțiunii în reinfecție va fi subordonată la

doi factori: doza bacililor infectanți și gradul impregnației tuberculoase locale.

d) Simptomatologie.

1. *Debutul.* Din istoricul boalei reese că debutul poate fi acut sau insidios.

Faza acută este precedată de o perioadă prodromală caracterizată prin „semne de impregnație bacilară” ca: guturai, o bronșită, un episod acut febril, tuse, expectorație, câteva dureri toracice, o diminuare a forțelor, anoraxie, o oboseală neobișnuită. În mijlocul unui astfel de tablou, atât de banal în tuberculoza pulmonară cronică, sub influența unor cauze ocazionale (frig, surmenaj, etc.), apar brusc fenomene asemănătoare cu acelea din pneumonia francă-lobară. Bolnavul simte deodată un junghiu într-un punct oarecare al toracelui: sub mamelon, în axilă, sub claviculă ori la bază etc., care se menține mai departe sub forma unei dureri exacerbată de tusă și de mișcările respiratorii. Respirația e jenată și accelerată. Aceste fenomene sunt însoțite de ascensiunea temperaturii la 39° — 40° . Dispnea, de obicei mai puțin accentuată decât în pneumonia francă-lobară dispare în general repede. Apare în schimb tusea, seacă, chintoasă la început, apoi urmată de o expectorație puțină și mucoasă în primele zile, mai târziu muco-purulentă sau chiar hemoptică. Dela început trebuie căutat bacilul Koch în spută, de o importanță capitală pentru diagnostic; el se poate găsi de multeori în primele zile.

Uneori putem avea un debut brusc printr'o hemoptizie destul de abundentă, care permite să bănuim natura tuberculoasă a maladiei.

Aceste manifestări acute, cu caracter pneumonic se observă în majoritatea cazurilor de lobită. Ele au putut fi etichetate de medic ca, gripă, pneumonie gripală, congestie pulmonară etc. Numai prezența fenomenelor și caracterele expectorației au permis să se bănuiască o tuberculoză, care s'a confirmat prin punerea în evidență a bacilului Koch în spută.

Alteori boala începe *insidios* cu fenomenele obișnuite ale tuberculozei pulmonare cronice: slăbire, inapetență, pierderea forțelor, tusă cu sau fără expectorație, ușoară febră, etc. Intre cazurile cu debut brutal și aceasta din urmă se pot observa toate formele de trecere și de multeori chiar și în formele cronice dela

început, se poate pune în evidență câte un episod acut de câteva zile.

Debutul brusc denotă formarea unui focar pneumonic, ceea ce se confirmă și prin examenul radiologic. Rezorbția poate fi parțială, excepțional completă, când vom asista la atenuarea sau dispariția semnelor clinice (cari după cum știm sunt în strânsă legătură cu evoluția leziunilor pneumonice). Alteori evoluția ulterioară ia toate caracterele pneumoniei cazeoase având un sfârșit fatal.

Când debutul a fost brusc, faza acută durează 1—4 săptămâni, în care timp febra prezintă oscilațiuni mai mult sau mai puțin importante pentru ca să se stabilească mai târziu între 37°—38°; deasemenea poate surveni și apirexia completă. Ascensiuni termice de o durată și importantă variabilă pot tulbura mersul boalei. Dispnea dispare cu timpul, durerile în torace se mențin având o intensitate variabilă. Tusa devine mai puțin penibilă, expectorația muco-purulentă și hemoptiziile se pot repeta. Starea generală se ameliorează; pofta de mâncare și forțele revin.

2. *Semnele fizice* pe cari un examen obiectiv al bolnavilor le pune în evidență se pot grupa în două mari sindrome: un *sindrom de „condensație lobară”*, care precede din punct de vedere evolutiv un alt sindrom numit „*scavitar*”.

a) Ca întindere semnele cari compun *sindromul de condensație lobară* pot corespunde uneori destul de precis întinderii și sediului unui lob pulmonar; această limitare însă nu e constantă și e departe de a fi așa de netă ca la ecran — dacă am lua ca tip lobul superior drept, am vedea că schema de densificație este uneori mai manifestă înapoi, alteori în partea anterioară.

Inspecția, ne dă semnele pe cari le obținem obicinuît în tuberculoza pulmonară, în ceea ce privește statica și cinematica toracică: asimetrii respiratorii cu o neînsemnată diferență în amplitudine a excursiilor toracice sau cu o întârziere unilaterală a lor.

Palpația ne informează despre sensibilitatea exagerată sau chiar dureroasă a musculaturii într'o anumită regiune toracică, variind de altfel cu sediul leziunii. Tot cu ajutorul palpației ne mai putem da seama despre transmisiunea vibrațiunilor vocale la periferia peretelui toracic, bine înțeles când infiltrațiunea este mai întinsă.

Ascultația nu este înfalibilă căci sunt numeroase infiltrațiile cari sunt situate în profunzimea parnchimului și complectamente mute, chiar dacă ocupă o întindere destul de însemnată.

Percuția va fi în stare aproape totdeauna să pună în evidență diferențe de tonalitate sau chiar submatități când este vorba de infiltrațiuni ceva mai avansate. Este bine de a determina totdeauna întinderea modificării sunetului de percuție pentru a putea determina limitele infiltrației.

În caz de lobită superioară dreaptă submatitatea se întinde înainte până la nivelul mameleonului, înapoi până la mijlocul spațiului interscapulovertebral, iar în axilă în partea de tot superioară a ei.

Lobita medie dă o matitate cu o dispoziție analoagă cu cea a pleureziilor interlobare, căreia Dieulafoy i-a dat numele de „suspendată“, în treimea mijlocie a hemitoracelui drept.

Când condensatiunea interesează lobul superior stâng sau lobii inferiori, modificările sunetului de percuție iau o întindere mult mai puțin caracteristică.

În lobite, vibrațiunile sunt exagerate într'un teritoriu corespunzător.

Ascultația dă semne cari privesc modificările murmurului vezicular, ale vocii sau ale tusei. De la respirația suflantă se pot auzi diferitele grade de tranziție până la suflul tubar (indicele unei condensatiuni pneumonice).

Ca zgomote supraadăugate se aud raluri subcrepitante, fine sau mijlocii, precedate uneori — la început — de crepitante. Când începe dezintegrarea vre-unui focar, apar cracmentele.

Pectorilocvia afonă este unul dintre semnele cele mai sensibile ale densificației pulmonare.

Matitatea cu exagerarea vibrațiunilor vocale, broncho-fonia, linișea respiratorie sau suflul bronșic cu pectorilocvie afonă sunt semnele comune sclerozei pulmonare și condensatiunii pneumonice a debutului.

Tusea se percepe ușor, cu un timbru caracteristic sub vreche.

Toate semnele descrise apar aproape simultan și traduc aceeași modificare fizică a parenchimului pulmonar limitată la un lob.

Uneori li se adaugă și semne de reacțiune pleurală sub forma de frecături.

Sindromul cavitar este datorit formării de caverne în mij-

locul condensățiunii patologice a unui lob pulmonar. El poate fi mai mult sau mai puțin caracteristic, dar în general este rar de a observa toate semnele clinice. Acestea compun o triadă descrisă de Laenec apoi de Jaccoud; formată din suflu cavitărilor cavitare, pectorilocvie. Suflul cavernos este înconstant adesea respirația fundamentală constă dintr'un suflu bronșial, tubar, sau tubocavitărilor. Sgomotele supraadăugate sunt rări subcrepitante cu bule mari, timbru consonant sau garguilmente.

(Suflul cavernos pare a corespunde mult mai des la un ramolismenț întins al lobului, cu aspect de miez de pâine, decât la o imagine cavitărilor netă, de dimensiuni mari).

Percuția poate da uneori sgomotul de oală spartă, fenomenul lui Wntrich etc.

Modul de grupare al acestor semne fizice, este foarte variabil. Ele pot lipsi, încât caverna va fi descoperită numai la examenul radiologic, sau o vom bănuși din abundența expectorației și caracterele ei. Acestea sunt cavernele mute ale autorilor francezi ca Mantoux, Ribadeau, Dumas și alții.

Când procesul anatomo-patologic ajunge la o scleroză lobară, pe lângă atenuarea până la dispariție a semnelor generale și funcționale, vom asista și la o modificare a semnelor fizice. Matitatea sau submatitatea e adesea micșorată din cauza sclerozei retractile; respirația aspiră sau suflantă, diminuată sau uneori chiar abolită.

Aris a demonstrat, că unul dintre semnele caracteristice ale sclerozelor lobare este că, în opoziție cu tuberculoza fibroasă difuză cu emfizem, jena în circulația mică fiind minimă, repercusiunea asupra cordului este puțin accentuată, în consecință asistolia e rară, iar tensiunea la acești bolnavi rămâne aproape normală.

„Pericolul constă mai puțin în cord, decât în reprimă evoluțivă a leziunilor“. Ceeace denotă că vindecarea clinică trebuie primită cu rezervă.

3. *Semne radiologice.* O bună radiografie va rămâne totdeauna mijlocul de investigație cel mai sensibil, pentru că această metodă permite o mai precisă localizare a leziunilor și o descoperire a lor chiar în cazurile când întinderea lor este puțin însemnată sau localizarea nefavorabilă unei exteriorizări prin semne fizice.

Odată stabilit diagnosticul topografic ne va interesa încă să știm și stadiul anatomic în care se găsește leziunea. O opacitate întunecată indică o condensare omogenă. Alteori găsim pete și marmorajii mai mult sau mai puțin confluenți cari indică condensări neomogene. Când blocurile întunecate prezintă pete clare ne vor desvălui pierderi de substanță cari pot da imagini de „miez de pâine“ sau „cuib de albine“. Putem să mai avem cavități confluenți sau spelunci enorme cari pot ocupa lobul în întregime. Cavernele sunt uneori net delimitate printr'un cercăncăn întunecat, indicând hiperplazia fibroasă.

În general lobul e micșorat de volum, scizura foarte îngroșată și deplasată uneori.

Deoarece datele radiologice ale lobitelor tuberculoase le-am expus pe larg la capitolul respectiv nu cred că mai este nevoie să insist.

e) Evoluția.

Evoluția este în funcție de leziunea anatomică.

Dacă până acum am considerat lobitele mai mult din punct de vedere static, atât clinic cât și anatomo-radiologic; în acest capitol voi încerca să studiez succesiv evoluția locală a leziunii lobare privită din toate punctele de vedere, apoi evoluția leziunilor asociate secundar apărute.

1. *Evoluția anatomică și radiologică intrinsecă.* Dacă luăm în considerare modul de evoluție obicinuit al unui proces tuberculos oarecare, ar fi logic să credem că diferitele aspecte radiologice ale lobitelor reprezintă tot atâtea etape succesive în evoluția leziunilor lobare. Sergent și Aris admit acest mod de evoluție, pe când Béthoux îl consideră ca fiind extrem de rar.

Sergent și Aris admit, în ce privește *modul de constituire*, că se poate întâmpla ca un proces pneumonic să invadeze deodată un lob întreg; alteori o pneumonie juxta-scizurală se întinde progresiv asupra totalității lobului sub forma unor noduli broncho-pneumonici confluenți sau a unei infiltrații pneumonice, cu ocazia unui nou puseu febril. În ambele cazuri rezultatul va fi o pneumonie lobară, care la ecran dă imaginea cu aspect homogen.

După ce s'a constituit, leziunea lobară poate suferi diferite

modificări intrinseci, care se traduc prin transformarea umbrei radiologice ce se observă fie la ecran, fie pe clișee seriate.

Evoluția se poate îndrepta fie spre o rezorbția a leziunilor pneumonice, sau duce la apariția căvernelor.

a) *Rezorbția* excepțional poate fi totală; de obicei e parțială. Radiologic asistăm la o diminuare progresivă a ariei opacității lobare; limitele ei se șterg, lobita își pierde individualitatea sa și rămân câteva focare de umbră care vor suferi restul evoluției. Anatomopatologic — spune Sergent — o pneumonie tuberculoasă lobară este constituită din două categorii de leziuni: unele cu caracter specific, nodulare, care cresc în mod progresiv ca volum, fiind destinate ramoliției și excavației iar în jurul lor leziuni congestive fără caractere anatomopatologice specifice. Aceste leziuni care înconjură focarul tuberculos se șterg pe ecran. Rămân focare nodulare, cazeoase, eventual exulcerate, pe cale de scleroză. Dacă dispoziția e totală sau dacă focarele au fost puțin întinse și puțin numeroase, neulcerate, ele lasă ca urmă câțiva noduli calcificați ori reacții din partea interlobului sub forma unei bande negre de scizurită, atât de comună la examinările radiologice.

b) Mai obicinit însă, e *aparitia căvernelor*, de multe ori precede 2—4 săptămâni, dela debutul evolutiv. La ecran, umbra omogenă la început se modifică: se desemnează mici focare mai opace, marmorajuni circumscriind zone mai clare, care se transformă în imagini cavitare. Anatomopatologic — după Aris — cazeificarea și formarea căvernelor este aproape constantă. Ele preced apariția procesului de fibrozare, destul de constant și el, dar mai tardiv — 2—6 luni dela începutul boalei.

Această tendință evolutivă constantă spre scleroză constituită o deosebire fundamentală între lobite și pneumonia ori bronchopneumonia cazeoasă, care și ele pot realiza o lobită (cel puțin într'un anumit stadiu). Rezultatul este același: formarea unei *lobite fibrocazeoase* sau când predomină procesul fibros, *scleroza lobară*.

Sergent admite că, pe lângă acest mod de evoluție, se poate izola un altul, în care localizarea tuberculozei într'un lob pulmonar se face dela început sub forma fibroasă sau fibrocazeoasă.

Béthoux afirmă că n'a observat niciodată aceste transformări, probabil că există însă trebuie să fie rare. Cert este că lobita superioară se constituie foarte rapid, deoarece este ușor de

admis pentru varietatea primă (cu umbră omogenă), mai greu însă pentru celelalte unde sunt caverne de obicei sclerozate, printr-o leziuni vechi. În acestea par a fi două categorii de leziuni, cronologic diferite: caverne vechi și leziuni periferice recente de extensiune rapidă. În ceea ce privește evoluția ulterioară, cazeificarea sau rezorbția sunt rare; este frecventă însă *stabilizarea leziunilor* care ar putea fi asemănată cu diverse splenopneumonii cronice descrise de Armand Delille și alții. Aci imaginea radiologică și semnele clinice se mențin chiar când starea generală și semnele funcționale se ameliorează.

După o lungă perioadă staționară rezultatul final va fi o scleroză, care atrofiază parenchimul lobar, deformează scizura și produce reacțiuni costale și mediastinale.

În rezumat deosebirea între cele două concepțiuni asupra evoluției lobitelor este că, până când Sergent și Aris admit o transformare intrinsecă a leziunilor care — cel puțin la început — se petrece destul de rapid, Bèthoux insistă asupra tendinței marcate a lobitelor superioare de a rămâne staționare. În fața acestor două păreri care poate fi adevărul? Toți sunt de acord că rezorbția — cel puțin parțială — este posibilă. Formarea cavelor, neadmisă de Bèthoux, a fost observată de Rist și Ameuille, Sergent și Aris. Foarte probabil că observațiunile lui Bèthoux se referă la cazurile unde evoluția e benignă, datorită predominării procesului fibros. Ori sunt destul de frecvente și cazurile unde leziunile limitate un timp oarecare la un lob pulmonar, se extind și asupra restului pulmonilor, având o evoluție fatală.

Luând în considerare totalitatea cazurilor de tuberculoză lobară, reese, că din punct de vedere evolutiv ele se caracterizează prin tendința de a rămâne un timp relativ îndelungat *localizate*; evoluția spre o scleroză lobară putându-se observa destul de des.

Reacția scleroasă se poate produce fără clarificarea regiunii lobare la bolnavii cari prezintă o infiltrație veche cu aspect de pete și marmorare. Lobul e condensat și retractat, scizura sa îngroșată devenind progresiv din ce în ce mai oblică de sus în jos și din afară înăuntru. Limitarea scizurală în majoritatea cazurilor, pare a forma o barieră extinderii leziunilor, multumită procesului de scleroză care o întărește. Infiltrația fiind

rămasă bine delimitată poate suferi după aceea un proces de vindecare prin fibroza localizată la întreg lobul.

La toți bolnavii la cari leziunile evoluează în acest sens favorabil, starea generală este prea puțin atinsă, mai ales când bolnavul este pus și la repaos și la o viață regulată. Se pare că acești bacilari — a căror localizare a tuberculozei e bine limitată la un lob și la cari tendința la reacțiunea scleroasă întărește această barieră scizurală — se găsesc în condițiuni particulare favorabile pentru a lupta contra procesului tuberculos mai ales când starea lor generală fusese mai puțin atinsă.

Evoluția către scleroză constituie modul de vindecare cel mai frecvent al lobitei tuberculoase. Trebuie însă să fim foarte rezervați înainte de a vorbi de o vindecare clinică, pentru că putem avea surprize după vreo oboseală, surmenaj, răceală... așa că mai bine e să ne gândim la o vindecare mai mult aparentă decât reală.

2. *Evoluția anatomică și radiologică extrinsecă.* Cunoașterea ei este necesară pentru a stabili un prognostic, cât și pentru a institui un pneumotorax terapeutic.

Examinând bolnavii cari radiologic prezintă o lobită, deosebim: unii la cari tuberculoza este strict localizată la un singur lob, fără alte leziuni evolutive, cel puțin la începutul boalei; iar alții, unde lobita nu este decât localizarea unui proces de tubercularizare mai mult sau mai puțin întins la lobi vecini.

Lobitele din prima categorie — cari constituiesc acest studiu — arată la examenul radiologic, un contrast isbitor între intensitatea semnelor radiologice, de la nivelul lobului atins și aspectul normal din restul parenchimului cu transparența intactă. Umbrele hilare nu sunt mai pronunțate decât normal, uneori însă sunt mărite, de la ele plecând un desen peribronchovascular mai accentuat. Ele trebuiesc interpretate totdeauna cu multă prudență și spirit critic. Exceptional se găsesc în plămânilor de parte opusă leziuni vechi sclerozate, neevolutive.

Tuberculoza rămâne limitată la un lob timp mai mult sau mai puțin îndelungat, în general de la 6 luni până la 2 ani — după Aris —. Exunderea procesului este probabil, dependente de anumiți factori: dacă bolnavul este supus sau nu unor reinfecții exogene, apoi de condițiunile cari determină și evoluția intrinsecă a lobitei.

Cazurile unde s'a observat modul de extindere al leziunilor lobare sunt puțin numeroase. Totuși această extindere se face, cu tot procesul de scleroză dela nivelul scizurei, deoarece evoluția ulcerocazeoasă urmărind scizura poate să-i depășească limitele și să se întindă la ceilalți lobi. — In ceiace privește propagarea leziunilor dela un plămân la altul L. Bernard, Rist și Maignot arată că, vârful și baza plămânului atins ulterior sunt normale pe radiografiile cari le-au servit ca documente. Leziunile se sistematizează în mijlocul câmpului pulmonar. Dela hil — unde ele prezintă un minim de densitate — pleacă o serie de pete fine cu margini uneori mai nete alteori mai șterse, cari prin asociere dau un aspect de evantai. In general petele cari denotă leziunile cele mai vechi sunt mai aproape de hil; de aici s'ar face propagarea pe cale limfatică din vecinătate în vecinătate „ca un incendiu“. Acesta ar fi tipu cel mai frecvent și se poate aplica chiar și la extinderea leziunilor asupra lobului vecin după cum dovedește Aris într'un caz al său.

Aceste focare cu punct de plecare perihilar sunt totdeauna gafe prin tendința lor de cazeificare și prin evoluția lor centrifugă progresivă, căci sfârșesc prin a invade o mare parte a parenchimului pulmonar, ceiace face să agraveze prognosticul.

Din cauza numărului mic al cazurilor unde maladia a fost observată dela început, nu putem trage concluzii definitive in ceiace privește modul de extensiune al leziunilor. In fața radiografiilor cari reprezintă o lobită asociată cu leziuni în restul plămânilor, nu se poate spune dacă localizarea primă a fost cea lobară — de unde tuberculoza s'a propagat la ceilalți lobi — sau lobita a fost aceea care s'a adăugat ulterior unor leziuni din alte regiuni. Chiar și în cazurile unde lobita a fost prima localizare în timp, ar trebui să se demonstreze, dacă leziunile ulterior apărute nu cumva sunt datorite reînvierii unor leziuni vechi inactive.

Semnele stetacustice urmând o evoluție comparabilă, suflul cavitar cu sedul la nivelul regiunii lobare se poate întinde, iar șgomotele existente se vor percepe și la nivelul regiunilor nou invadate. Starrea generală a acestor bolnavi este foarte atinsă; slăbire, pierderi de greutate importante, temperatura ridicată, tusea se mărește și expectorația devine din ce în ce mai abundentă.

Ceiace este sigur, e că tuberculoza are tendința de a ră-

mâne localizată timp relativ îndelungat la un lob pulmonar. De acest timp trebuie să se profie pentru a putea institui un pneumotorax artificial, care oprește mersul extensiv al boalei, după cum o dovedesc, cu puține excepții, toate observațiunile.

3. *Starea staționară.* Lobita tuberculoasă are o tendință destul de pronunțată la stabilizare, în care timp imaginea radiologică și semnele stetacustice rămân cam aceleași, iar semnele funcționale și starea generală se ameliorează. — Ar fi bine să definim sub acest nume starea staționară a bolnavului și nu aceia a leziunilor lui. Aceasta pentru că persistența semnelor funcționale și fizice, indică o evoluție lentă, verificată deseori prin extensiunea care se vede producându-se în urmă la cei lași lobi.

Bolnavii nu pot duce o viață normală; cura de repaos și o viață absolut regulată sunt indispensabile pentru a le menține starea. Cea mai neînsemnată cauză anergizantă le provoacă un puseu febril, o înrăire a simptomelor generale. Evoluția vedem că nu pare mult diferită de aceia a unei baciloze nelobare. De amintit că la astfel de bolnavi cari prezintă leziuni ce par fixate printr'un proces fibros, o hemoptizie poate să e producă brusc — declanșată printr'o cauză hipertensivă — și să determine o însămănățare bronșică și o tuberculoză pulmonară generalizată.

4. *Evoluția clinică.* Rist și Ameuille au arătat că există probabil un raport între întinderea leziunii și tendința evolutivă generală. Când leziunile inițiate sunt destul de extinse, ele se trădează printr'un ansamblu de fenomene clinice destul de asemănătoare cu ale pneumoniei cu pneumococi; când ele înteresază un teritoriu mai redus, semnele clinice sunt mai atenuate. Există și leziuni mici, însă fără istoric clinic și-s abortive del: început.

La examenul fizic în această primă fază descrisă, se poate pune în evidență sindromul de condensăție pneumonică; radiologic imaginea este relativ omogenă, uneori marmorată. Tuberculoza lobară odată constituită, evoluția ei ulterioară se face în diferite direcții: uneori, după cum am văzut, leziunile trec într'un stadiu ulcero-regresiv, când lobita își pierde individualitatea sa anatomică iar semnele generale și funcționale se atenuază. Dintre semnele fizice, matitatea diminuează ca întin-

dere, sau dispăre, murmurul veziculelor revine; în rest suflul se poate menține sau poate deveni cavitar, ralurile iau caracterul bulelor mijlocii și mari, pe un teritoriu mai redus decât la început. Din umbra radiologică mai rămân câteva focare opace sau imagini cavitare reprezentând focarele de supraviețuire ale leziunilor tuberculoase. Regresiunea completă cu vindecarea clinică sunt excepționale. Alteori e vorba de o tuberculoză pneumonică acută, o pneumonie cazeoasă, cu evoluția cunoscută și sfârșitul letal.

În general, în lobită după o fază subacută, care durează aproximativ 1—4 săptămâni, boala ia un mers cronic, apoi devine staționară. Durata perioadei staționare este variabilă. Sunt cazuri unde după 6 luni @ ani, procesul tuberculos se extinde la lobi vecini, sau trece la plămânul de partea opusă, ceiace clinic se traduce prin repriza curbei termice, accentuarea tusei și expectorației; semnele fizice — aceleași ca în ori ce leziune tuberculoasă pulmonară — la început sunt puține din cauza profunzimei leziunilor (perihillare).

Boala poate evolua spre latență când starea generală devenind tot mai bună, bolnavii devin afebrili, sgomotele supraadăugate dispar încetul cu încetul și se instalează semnele fizice descrise la scleroza lobară. În perioada de latență nu există semne generale sau funcționale de activitate; se poate menține o tuse rebelă datorită interesării pneumogastricului de către procesul fibros retacil. Bolnavii aceștia pot muri de o maladie intercurrentă și numai la autopsie li se descopere leziunea lor lobară. Deoarece uneori scleroza se limitează în jurul unor caverne sau focare mici necrotice, cari conținând bacili vii, pot fi originea unor leziuni noi în restul parenchimului, de aceea în stabilirea prognosticului și a vindecării clinice se impune totdeauna o prudență foarte legitimă.

În rezumat, ceiace caracterizează lobitele din punct de vedere al evoluției este frecvența debutului pneumonic, potențialul evolutiv slab căruia i se datorește o perioadă staționară relativ îndelungată, precum și tendința unor cazuri de a evolua spre o scleroză lobară, echivalentă cu o vindecare clinică.

f. Diagnosticul.

Diagnosticului unei tuberculoze i se cere să fie precoce, adică să recunoască la timp natura boalei. (Sub cuvântul „boală“

înțelegând deranjarea echilibrului dintre infecțiune și capacitatea de apărare a organismului în detrimentul acestuia din urmă, în urma unei reinfecțiuni sau altă cauză, când tuberculoza până atunci latentă își recapătă activitatea).

Este bine ca prin mijloacele de cari vom uza pentru stabilirea diagnosticului să tindem a ști dacă ne găsim în fața: unui început, adică prima manifestare a unei *tuberculoze fibrocazeoase*, adică a *ftiziei* obișnuite, sau sfârșitului manifest al evoluției latente, neobservată, a unei forme fibroase, a ceace se numește *scleroza tuberculosă*. În sfârșit, ceace este mai rar, mai poate fi urmarea unei ftizii incipiente oprită precoce în evoluțiunea ei realizând ceace Bard a numit *tuberculoza abortivă* și care în definitiv este un proces fibros destul de apropiat de sclerozele veritabile.

1. *Diagnosticul etiologic* se face prin punerea în evidență a bacilului Koch în spută, singurul semn de certitudine pe care se poate baza diagnosticul tuberculozei lobare. Cercetările mai noi au dovedit în mod neîndoios că în tuberculoza fibrocazeoasă obișnuită expectorația este bacilară chiar dela primele începuturi ale boalei, pentru ca să rămână tot așa tot timpul. Bacilul Koch se poate pune în evidență în sputele bolnavilor din primele zile când aceștia încep să expectoreze, deoarece înainte de a ajunge la stadiul de scleroză, lobitele sunt tuberculoze evolutive, prin urmare tuberculoze deschise. Totuși punerea în evidență a bacilului în spută, în faza inițială, poate întâmpina dificultăți, dacă procesul de cazeificare este puțin activ; explicația se găsește în faptul, că bolnavul elimină numai în mod trecător periodic, bacili și descoperirea lor depinde de hazard sau necesită examene repetate. Tocmai fiindcă elimină periodic, absența lor nu exclude diagnosticul de tuberculoză. Omogenizarea sputei și în cazurile constant negative, inocularea la cobai trebuiesc făcute totdeauna.

În stadiul de excavare — care poate apărea foarte de timpuriu — se poate spune că prezența bacililor în spută este constantă. Dificultățile se ivesc din nou în cazurile de scleroză lobară masivă, când expectorația devine puțin abundentă. Vor fi necesare din nou, toate examinările amintite, dat fiind faptul că o scleroză lobară poate fi realizată și de alți agenți patogeni.

In rezumat, examenul bacteriologic ne permite să eliminăm ușor afecțiunile pulmonare netuberculoase ale căror semne ne-

amintesc lobita. Pentru a evidenția prezența bacilului Koch ne vom aminti omogenizarea, necesitatea examinărilor repetate și inoculările la cobai. La bolnavii cari nu scuipă, vom întrebuința metodele obișnuite, cu ingestie de iodură de potasiu, sau benzoat de sodiu. Dacă ei înghit sputa, recurgem la spălături gastrice, sau purgăm.

2. *Diagnosticul evolutiv* îl vom face din simptomele evolutive clinice și radiologice asupra cărora am insitat îndeajuns la capitolele respective, așa că nu ne mai rămâne aici, decât să facem o scurtă privire asupra examenelor de laborator. *Reacțiunea de sedimentare a hematiilor* s'a împământenit printre metodele diagnosticului de laborator în tuberculoză, având rezultate foarte satisfăcătoare și direct utilizabile în practică. Se știe că celeritatea de sedimentare a globulelor roșii suspendate în plasma sanghină, este în legătură cu cantitatea de fibrinogen din sânge. Această cantitate și cu ea celeritatea de sedimentare, este mărită ori de câteori în organism se petrec distrucții celulare: Accelerarea acestei viteze poate fi ce e drept datorită și altor cauze afară de tuberculoză. Se pare că ea nu este în raport — în cazurile recente — într'atât cu natura anatomică a leziunii, cât cu întinderea acesetia. Din cifra sedimentării deci, nu se poate trage nici o concluzie în ce privește modul cum va evolua infiltrațiunea. În infiltratele perifocale întinse, dar cari în scurtă vreme au regresat complet valoarea sedimentării a fost mult mai ridicată decât în infiltratele precoce, cari mai târziu au devenit evolutive. Mai nou Redeker chiar insistă asupra interpretării ce trebuie dată celerității de sedimentare și afirmă, că o celeritate foarte ridicată la o infiltrațiune recentă și relativ puțin întinsă, pledează mai degrabă împotriva, decât pentru natura tuberculoasă a aceleia. În ftiziile incipiente deja ramolite valoarea sedimentării atinge cifre cât se poate de ridicate și valori biorae aproape de 100 și chiar peste această cifră, aproape obișnuit. În formele regresate și transformate fibros, sau în cele staționare, valorile se abat relativ puțin dela normal (de regulă găsim cifre în jurul lui 15—20) sau pot fi chiar normale, ceea ce ne permite să enunțăm cu mare probabilitate latența completă a leziunii.

Redeker atribue, printe examenele de laborator o mare valoare *formulei leucocitare după Arneth* și variațiunilor ei. în cursul evoluției infiltratului.

8. *Diagnostical diferențial.* În formele acute sindromul clinic și radiologic ar putea fi pus pe seama unei pneumonii francă cu pneumococi. Deosebirea în baza semnelor clinice este mai mult o chestiune de nuanță. În pneumonia francă lobară lipsește fenomenele de impregnanțe bacilară, cari precedă faza acută a lobitelor bacilare. În schimb în aceasta din urmă lipsește faciesul vultuos, dipneea este mai puțin marcată, temperatura nu prezintă platoul acela așa de regulat și continuu, iar starea generală este mai puțin gravă decât în pneumonia cu pneumococi. Semnele fizice pot fi foarte asemănătoare, încât nu pot servi pentru a face un diagnostic diferențial. Aspectul radiologic poate fi identic, totuși imaginea în lobitele tuberculoase este mai puțin omogenă, în schimb delimitarea lobară e totdeauna mai netă decât în pneumonia pneumococică, în care se extinde adesea și asupra unei părți din lobul vecin.

Confuzia este foarte frecvent comisă în sens invers și se poate eticheta drept bronchopneumonie pseudolobară, congestie pleuropulmonară, sau spleno-pneumonie — primul episod clinic al unei tuberculoze evolutive. Numai examenul bacteriologic al sputei poate face în mod sigur diagnosticul.

Formele subacute — (cortico pleurita scizurală) — se pot confunda cu o condensare lobară. La dreapta în special, periscizurita simulează radiologic tuberculoza lobului mijlociu, printr-o umbră cu marginile neclare, neregulate. Formele cronice din cauză că dau loc la un sindrom de scleroză lobară, sunt cele mai greu de diagnosticat. Bolnavii nu au temperatură și se prezintă cu o stare generală bună, expectorând puțin sau aproape deloc; de multe ori negăsindu-se nici bacili în sputa lor.

Când nu avem nici noțiuni asupra manifestărilor pulmonare anterioare și asupra originii lor, diagnosticul este foarte greu de făcut cu sifilisul — căci el elături de tuberculoză e factorul cel mai important în producerea sclerozei pulmonare. — Schema radiologică și clinică e identică în ambele cazuri. Înainte însă de a elimina tuberculoza, trebuie să studiem și trecutul bolnavului examinând minuțios și de mai multe ori expectorația.

În ceea ce privește examenul radiologic trebuie să ne ferim de falsele opacități lobare, pe cari după un examen atent suntem în stare să le putem atribui unei scleroze pleuromdiastinale; aceasta determinând o deviație a tracheei, arterială și a organelor din mediastin care se traduce printr-o opacitate ce se proiectează

sub partea internă a claviculei în afara coloanei vertebrale simulând o lobită superioară.

Dilatațiile brônșice rămășițe ale unei infecțiuni banale, precum și sequelele pleurale, prin semnele și imaginile radiologice pot fi o cauză de eroare în diagnosticul lobitelor inferioare.

Umbrele rotunde relativ bine conturate pe cari le dau infiltrațiunile intraclaviculare tip Assmann pot fi uneori confundate cu metastaze tumorale sau cu chistul hidatic și numai evoluția lor ulterioară va rectifica diagnosticul.

Infiltrațiunile mai întinse de formă neregulată, cu sau fără focare de ramolism, localizate lobar, pot prezenta aspecte cu totul asemănătoare cu anumite supurații pulmonare (abcese gangrenoase) și deosebirea lor numai pe baze radiologice este deseori imposibilă.

Diagnosticul lobitei mijlocii tuberculoase, cu pleurezia interlobară, comportă multă delicatete. Este ușor de înțeles că numai în cazurile de localizări la dreapta ar putea fi vorba de un diagnostic diferențial al lobitei tuberculoase mijlocii cu pleurezia interlobară. Când umbra este omogenă nimic nu poate să diferențieze umbra transversală a unei pleurezii interlobare drepte, închisă, de umbra unei lobite mijlocii neexcavată. O mică diferență însă ar putea să ne permită o prezumțiune: lobul mijlociu merge lărgindu-se către periferie. De aceea umbra care corespunde unei condensări a lobului mijlociu are o formă triunghiulară cu baza externă — (triunghiul pneumonic). Din contra: umbra care corespunde scizurii interlobare (pleureziei interlobare) este mai largă înăuntru, spre hil, decât înafară spre marginea scizurii. Scizurile suntacompaniate de cele mai multe ori de o reacțiune a parenchimului suprajacent. Deja linia scizurală, întunecată net, pleacă o umbră indicând infiltrația tuberculoasă a parenchimului pulmonar a cărei opacitate se estompează în sus spre partea superioară a plămânului rămasă clară — acestea sunt ceea ce Sergent numește *lobite false*.

Periscizurile se deosebesc de acestea prin umbra lor cu margini neregulate și nehotărîte (vaporoase) însă de amândouă părțile interlobului, separând astfel două zone de transparentă normală.

g Prognosticul.

Prognosticul lobitelor este relativ benign, fiind în funcție de forma anatomică, precocitatea diagnosticului și tratament.

În fața unui debut net pneumonic nu trebuie să ne așteptăm totdeauna la o evoluție gravă, gândindu-ne la o evoluție cazeoasă; trebuie să așteptăm dacă boala își tradează tendința evolutivă, pentru ca să putem judeca. Când boala a intrat într-o fază staționară vom fi mai optimiști. Optimismul este motivat și prin posibilitatea instituirii unui pneumotorax artificial, dată fiind unilateralitatea leziunilor.

Prognosticul nu e legat așa de mult de evoluția locală a lobitei ci mai ales de extensiunea leziunilor la ceilalți lobi și la plămânul opus. Rol important mai joacă și suprainfecțiunile frecvente repetate și masive. Ori acestea se produc aproape fatal la un moment mai mult sau mai puțin tardiv al evoluției lăsată să evolueze în voe.

Este deci indispensabil să ajutăm printr'un tratament potrivit atunci când ea se prezintă ca o leziune perfect limitată.

În fața semnelor de scleroză lobară prognosticul devine mai bun.

În judecarea vindecării clinice se impune totdeauna multă prudență.

h. Tratamentul.

Tratamentul de predilecție al tuberculozei pulmonare subordonată unilateralității leziunilor și mai ales formei fibro sau ulcerocazeoase este actualmente *pneumotoracele artificiale*. Lobita, caracterizată just printr'o delimitare netă a leziunilor evolutive, constituie una dintre indicațiile cele mai tipice.

Dacă în unele cazuri, chiar numai sub singura influență a repaosului și prescripțiilor igienice poate surveni procesul spontan de vindecare prin transformări fibroase, de regulă însă dacă lășăm leziunile de sine — (așa de strict limitate la început) — tind să se întindă și să se generalizeze.

Avem două condițiuni locale cari pot împiedeca instituirea pneumotoracelui: *sinfizele pleurale și condensățiunile prea masive* ale lobului pulmonar.

Sediul și întinderea acestor aderențe variază după individ. Ele au fost bine studiate de Aris. Mai des se găsesc la nivelul axi-

lei între pleura parietală și scizura interlobară. Dacă ele sunt destul de întinse se poate întâmpla, ca pneumotoraxul să fie realizat numai dedesubtul aderențelor; lobul superior necolabând, metoda va fi de eficacitate redusă. Eșecul metodei este legat mai degrabă de existența aderențelor pleurale, simfiza interlobară izolată nefiind întru nimic un inconvenient. Nu este acelaș lucru când avem aderențe parietale generalizate cari constituiesc colapsului un mare inconvenient.

Cu vremea bridele pot să se lase întinse putându-se realiza un colaps suficient. Nu trebuie să forțăm însă măbind presiunea căci riscăm să producem reacțiuni și complicațiuni fatale — (perforațiuni pleuropulmonare).

În general, aderențele rareori sunt așa de extinse încât să constituie un obstacol la instituirea unui pneumotorace artificial. Uneori se poate obține colaborarea lobului superior atins, făcând insuflații, nu la bază, ci în partea superioară a axilei în spațiul al doilea intercostal, când vom obține o cameră de deslipire limitată prin scizură și care constituie pentru lobul superior un veritabil *pneumotorace electiv*.

Mai sunt cazuri — tot de lobite superioare — când gazul insuflat dacă nu este în cantitate prea mare se limitează să comprime lobul superior lezată. Lobii inferiori își reiau volunul lor obișnuit, în acelaș timp și funcțiunea respiratoare.

O altă cauză care împiedecă realizarea pneumotoraxului este infiltrarea masivă a lobului, încât acesta nici nu colaborează nici nu se lasă să fie comprimat. Există un volum limită care nu poate fi depășit chiar dacă se augmentează presiunea intrapleurală. Suprapresiunea în astfel de cazuri ar avea ca rezultat colaborarea lobului sănătos, deplasarea mediastinului și favorizează apariția unei reacții pleurale exudative.

Ceeace este de reșinut, e că în primele faze ale bolii aderențele pleurale fiind rare, lobitele oferă maximum de posibilități de realizare. Intrunind condițiunile și indicațiile optime, rezultatele vor fi dintre cele mai bune. Dat fiind faptul că leziunea este atât de bine limitată, se poate ajunge la realizarea unui pneumotorace electiv, care permite o bună funcționare a parenchimului neatins de leziunea bacilară.

Simfiza pleurală și imposibilitatea de a obține o cameră de deslipire, în cazurile unde leziunile evolutive sunt strict unilaterale au dus spre intervențiile chirurgicale.

Toracoplastia este o operație serioasă care pe lângă altele pretinde o stare satisfăcătoare a bolnavului. Este ceiace se numește operația lui *Tuffier* și constă în decolorarea pleuroparietală sau pneumoliza vârfului pulmonului printr'o grefă organică sau plombaj — (tesut adipos sau parafină bismutată). — Operația prezintă un avantaj foarte serios prin faptul să comprimă direct și la maximum posibil regiunile bolnave păstrând însă integritatea funcțională a părților inferioare sănătoase. Acțiunea terapeutică a metodei constă deci într'o colapsoterapie electivă, care produce imobilizarea câmpilor bolnavi, turtirea cavernelor, eliminarea puroiului.

Rezecția costală parțială cu decorticarea vârfului, pe care Jaquerod de Leysin a preconizat-o în cazuri de tuberculoză localizată, pare să dea rezultate bune. Intervenție limitată bine tolerată, ea favorizează procesul de retracție naturală și îndesarea electivă a lobului bolnav.

Mai amintim printre altele și *auroterapia*.

Tratamentul lobilelor asociate cu leziuni bilaterale. Când leziunile simetrice nu evoluează, ele nu par a contraindica pneumotoraxul; și aceleași leziuni dacă sunt evolutive dar foarte limitate pot indica pneumotoraxul bilateral. Acesta trebuie instituit de altfel cu foarte mare prudență, presiune foarte lent progresivă, începătura în doi timpi pentru a evita primejdiile așa de regretabile ale perforației pulmonare. Bine condus pneumotoraxul poate da rezultate surprinzătoare. Extensiunea leziunilor cu un prognostic slab, în general va indica abținerea. Tratamentul se reduce atunci, la o cură higeno-dietetică și la repaos, cari aci, încă pot da rezultate bune.

În rezumat, tuberculoza lobară, tipul de tuberculoză localizată, mult timp limitată, constituie una din indicațiunile cele mai evidente ale pneumotoraxului artificial.

În caz de eșec prin imposibilitatea de a obține un colaps eficient, intervențiile chirurgicale limitate și auroterapia par a da rezultate bune.

În cazurile de leziuni întinse, simetrice ale plămânului ne vom abține dela tratament și vom indica repaos complet, cură sanatorială prelungită și o viață sănătoasă, dacă este posibil la țară.

Statistică.

Din studiul statistic de față cuprinzând 1,400 cazuri de tuberculoză pulmonară Dr. Lambert de Cursay găsește că tuberculoza lobară întrunește un procent de 4^o/_o.

Sex: Bărbați 67^o/_o
Femei 33^o/_o

Vârsta: Sub 15 ani 1,2^o/_o
Intre 15—25 ani 51 ^o/_o
Intre 25—35 „ 30 ^o/_o
Intre 35—55 „ 17,5^o/_o

Localizare: Lobită superioară dreaptă 90^o/_o
„ „ stângă 10^o/_o

Mod de debut: Brusce cu tip pneumonic 7,5^o/_o
Progresiv cu incidente acute 37 ^o/_o
Progresiv fără incidente acute 62 ^o/_o

Lobite izolate: 51^o/_o

Lobite asociate: 49^o/_o

Evoluția lobitelor izolate (38 cazuri)

- a) Spre ameliorare netă 55^o/_o
Fără pneumotorax 16^o/_o
Cu pneumotorax 39^o/_o
- b) Starea staționară 9^o/_o
Fără pneumotorax 3^o/_o
Cu pneumotorax 6^o/_o
- c) Agravațiuni 36^o/_o
Fără pneumotorax 24^o/_o
Cu pneumotorax 12^o/_o

Evoluția lobitelor asociate (37 cazuri)

- a) Spre ameliorarea netă 21^o/_o
Fără pneumotorax 13^o/_o
Cu pneumotorax 8^o/_o
- b) Stare staționară 32^o/_o
Fără pneumotorax 32^o/_o
Cu pneumotorax —
- c) Agravațiuni 46^o/_o
Fără pneumotorax 35^o/_o
Cu pneumotorax 11^o/_o

Concluzii

Lobita tuberculoasă constituie o entitate anatomo-radiologică, caracterizată prin invaziunea totală a unui lob pulmonar, procesul fiind net delimitat de scizura sau scizurile interlobare. Este vorba deci de un sindrom de localizare aparte și nu de o formă specială a bacilozei. Frecvența lobitelor poate fi evaluată la aproximativ 4% din totalitatea tuberculozelor.

Cea mai obicinuită localizare a tuberculozelor lobare se întâlnește în lobul superior drept. S'ar putea totuși, după unii autori, ca această predilecție a proceselor tuberculoase lobare pentru lobul superior drept să fie numai aparentă și datorită facilității de recunoaștere a lor, rezultată după urma dispoziției anatomice particulare a scizurei interlobare drepte superioare.

Diagnosticul clinic al lobitei se poate face de cele mai multe ori cu ajutorul examenului radiologic; excepțional vom fi în situația să punem în evidență delimitarea lobară și prin metodele stetacustice.

Din punct de vedere anatomic lobitele tuberculoase se prezintă numai într'un mic procent al cazurilor ca pneumonii cazuoase tipice, de regulă procesele lobare sunt de tip fibrocazeos (cu sau fără cavități) și adeseori fibros.

Unii autori chiar insistă asupra caracterului relativ benign al tuberculozelor lobare, explicându-l tocmai prin această tendință la fibrozare.

Din punct de vedere patogenetic lobitele trebuiesc considerate ca tuberculoze de reinfectiune, ca orice alt proces fizic.

Dacă nu sunt tratate la timp, mai curând sau mai târziu, lobitele se transformă totuși în tuberculoze fibro sau ulcerocazeoase avansate de îndată ce în blocul lobar se constată apariția unei cavități; avem deci obligația să instituim un tratament energetic: pneumotoracele artificial. Cu toată întinderea leziunilor tuberculoase până la corticalitatea plămânului, pleura în lobite, este în majoritatea cazurilor, liberă și nu se opune colapsoterapiei. Rezultatele acesteia sunt cu atât mai bune cu cât tratamentul a fost instituit mai precoce.

Văzută și bună de imprimat:

Președintele tezei

Prof. Dr. I. Hațieganu

Decanul Facultății

Prof. Dr. Gh. Martinescu

Bibliografie

Aris Paul — Contribution à l'étude des tuberculoses. Thèse 1924.

Bernard Leon et *Louis Béthou* — La lobite supérieure droit. Revue de la tuberculose, sept. 1923.

Bernard Lon, *Rist* et *Maingot* — La localisation périciliaire initiale de la tuberculose propagée d'un poumon à l'autre. Revue de la tuberculose, sept. 1922.

Béthoux Louis — La lobite supérieure. Thèse 1924.

Bichat — Anatomie descriptive.

Béclère — Examen radioscopique. Presse Médicale. Mars 1922.

Chaubaud J. — La bilatéralisation au cours du pneumothorax artificiel et sa thérapeutique. Thèse Paris 1926.

Daniello Leon — Studiu clinic despre debutul ftizei la adult. 1929.

Daniello Leon — Conferințe. Problema tuberculozei. Iulie 1926.

Grancher — Spléno pneumonie. Soc. Med. des Hôp. de Paris 1883.

Hățeganu Iuliu — Conferințe. Problema tuberculozei. Iulie 1926.

Jaquerod — Les petites resections costale partielles in situ dans des cas de tuberculose chronique localisée. Presse Méd. 1926. 24/III.

Lambert de Cursay — Les lobites tuberculeuses. — (contribution sur....) Thèse Paris 1926.

Malloizel — Recherches anatomo-clinique sur les réactions pleuro-corticales. Thèse Paris 1907.

Moga Aurel — Lobita tuberculoasă. Teză. Cluj 1927.

Rouvière — Anatomie descriptive.

Rist et *Ameuille* — La pneumonie tuberculeuse. Paris Médi-

cal 1922. Deformation de la scissure interlobare dans la tuberculose pulmonaire. Soc. Méd. des Hôp. de Paris 1924 Dec.

Sabourin — Embolie Bronchique tuberculeuse.

Sergent E. et Durand — Scizurite et périscizurite. Bull. Méd. 1923. No. 42. La limitation scissural des processus pneumoniques tuberculeux. Paris Méd. Janv. 1924.

Sergent Emil — Nouvelles études cliniques et radiologiques sur le tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire. Maloine edit. 1926.

Tripier — Le processus pneumonique dans la tuberculose pulmonaire. Congrès de tub. Washington 1908.

Vasiliu Titu — Conferințe. Problema tuberculozei. Iulie-1926.

