



ANA GHERMAN CIPERE

1167
UNIVERSITATEA " RECHIDE FERDINAND I " CLUJ - SIBIU.

91687
FACULTATEA DE MEDICINA.

No. 1763

BRONHIOSCOPIA SI NEOPLAZMELE BRONHO-PULMONARE

T E Z A

pentru

Doctorat in medicina și Chirurgie,

prezentată și susținută în ziua de1940

de

ANA GHERMAN CIPERE

Post externă titulară a Cassei Asigurărilor
Sociale din Cluj.

Post medică benevolă a Clinicii Oto-
rino-laringologice din Cluj.

24 MAY 2005

FACULTATEA DE MEDICINA.

D E C A N : Prof. Dr. V. PAPILIAN

P R O F E S O R I :

Anatomie umană	Prof.Dr. V.Papilian
Chimie generală.....	" " St.Secăreanu
Chimie biologică	" " I.Manta
Istologie și embriologie.....	" " I.Drăgoiu
Fiziologie și fizică medicală....	" " Gr.Benetato
Anatomie patologică.....	" " T.Vasiliiu
Bactereologie.....	" " V.Baroni
Patologie generală și experimen- tală.....	" " A.Botez
Igienă și medicină preventivă....	" " I.Moldovan
Clinica medicală I.....	" " I.Hațieganu
Clinica Medicală II.....	" " I.Goia
Clinica chirurgicală.....	" " Al.Pop
Clinica chirurgicală și boalele căilor urinare.....	" " E.Teposu
Clinica obstetricală și ginecolo- gică.....	" " Tr.Grigoriu
Clinica dermatologică și sifili- grafică.....	" " C.Tătaru
Clinica infantilă și puericultură	" " Gh.Popoviciu

Clinica neurologică.....	Prof. Dr. I. Minea
Clinica psihiatrică.....	" " C. Urechea
Clinica oftalmologică.....	" " D. Mihail
Clinica balneologică și diete- tică	" " M. Starza
Clinica oto-rino-laringologică	" " Gh. Buzoianu
Clinica stomatologică.....	" " I. Aleman
Medicina legală.....	" " A. Kernbach
Radiologie.....	" " D. Negru
Istoria medicinei.....	" " V. Bologa
Farmacologie.....	" " V. Baroni
Igienă și medicină prevent. Agr.	" M. Zolog
Clinica boalelor contagioase	Conf. " I. Gavrilă.

JURIUL DE PROMOTIE.

PRESEDINTE :	Prof. Dr. Gh. Buzoianu
MEMBRII :	" " V. Bologa
	" " I. Aleman
	" " I. Goia
	" " Gr. Benetato
	" "
SUPLEANT :	Conf. Dr. I. Gavrilă

I N T R O D U C E R E .

Diversele țesături din care este constituit aparatul respirator, pot servi drept punct de plecare pentru diferite tumori maligne de tip epitelial sau conjunctiv.

Tumorile bronho-pulmonare primitive se întâlnesc mai des la dreapta decât la stânga și mai des în lobii superiori decât la bază.

Îndeosebi lobul superior drept este foarte des atins. Explicația acestei localizări preferite nu se cunoaște. Cancerul bronho-pulmonar este o afecțiune rară cu aspecte variate și foarte greu de diagnosticat, de regulă tumorile pleacă de la mucoasa unei bronșii mari și se întinde, de la hil spre periferie, dând naștere unor bande radiare de țesut infiltrat. Ele duc relativ frecvent la stenose bronșice, fie prin escrescențe polipoase, care obstruiază lumenul unui important conduct aerian, fie prin compresii externe asupra acestuia.

În stadiu de leziuni canceroase propriu zise în tumorile bronho-pulmonare se poate constata constant și leziuni secundare. Printre acestea trebuie să amintim reacțiunile inflamatorii pericanceroase, care uneori pot naște tumora, apoi atelectaziile datorite stenozării unei bronșii sau compresiei pe care tumorile o exercită asupra parenchimului pulmonar intact. Fluctuațiile evolutive, pur inflamatorii

sunt deasemenea des întâlnite. Mai menționăm că o tumoare bronho-pulmonară poate da metastaze în același organ. Aspectele histologice ale tumorilor bronho-pulmonare sunt extrem de variate ; mai importante sunt epiteliomul malpighian bazo-sau spino-celular, adeseori mixt sau un epiteliom cilindric și un epiteliom microcelular având o tendință foarte pronunțată la necroză.-



TECNICA BRONHOSCOPIA

Instrumentarul bronhoscopic este foarte numeros, care trebuie să fie perfect întreținut și mințios construit. Bronhoscopul lui Chevalier Jackson este un tub drept cilindric. La extremitatea proximală are un mâner indicator de poziție și la cealaltă extremitate patru orificii, care asigură trecerea aerului din bronhiile vecine când tubul se află într'un segment bronhic. Tubul bronhoscopului prezintă pe partea laterală două conducte paralele : conductul porte-lampă și canalul de aspirație. În interiorul conductului porte-lampă se află tija lampii care la un capăt prezintă sistemul pentru a se primi firul electric și la extremitatea opusă un mic bec cât un bob de orez. Canalul aspirator care se găsește în partea opusă a peretelui tubului bronhoscopic, canalul acesta favorizează vizibilitatea prin evacuarea continuă a secrețiilor bronhice.

Bronhoscopul lui Chevalier Jackson prezintă aproape de extremitatea proximală un mic tub lateral, care se deschide în tubul bronhoscopului, putând fi

tubul bronhoscopului, putând fi legat cu un dispozitiv pentru insuflație bronhoscopică de oxigen sau pentru anestezie generală. Lampa este în partea superioară a câmpului endoscopic. Sunt două sisteme de luminat, proximal când sursele luminoase se află în apropierea operatorului și distal când este la extremitatea depărtată.

Materialul din care este construit e cupru, Peroni din Milan a construit unul din nichel. Lungimea tuburilor poate fi de 40-50 cm. iar diametrul de 5 mm. de la 1 an până la 5 ani. Peste 6-7 ani, tuburile de 6-7 mm., la adolescenți, 8-9 mm. La adulți se poate folosi fără pericol tuburi de 10 mm.

Bronhoscopul lui Brunnings are luminaj proximal.

Este format dintr'un dispozitiv de luminaj compus dintr'un be de 8-10 Volți, o lentilă și o oglindă înclinată de 45° care, reflectează razele luminoase paralel cu axa tubului și în interiorul său oglinda prezintă o despicătură verticală, care permite o viziune directă. Tuburile bronhoscopice se adaptează la acest mâner, putându-se prelungi la nevoie printr'un alt tub care alunecă în interiorul celui dintâi. &

Guissez preferă luminajul frontal, folosindu-se de o lampă Klar modificată.

Bronhoscopul lui Kohler este aproape la fel cu al lui Brünnings.

Aspiratoare. Secrețiile bronhice pot fi aspirate printr' o sondă care se introduce în interiorul tubului sau printr' un canal situat în peretele bronhoscopului. Chevalier Jackson întrebuițează un port-tampon bronhic la care adaptează tampoane, pentru îndepărtarea secrețiilor. În clinica O.R.L. din Cluj - Sibiu se folosesc tampoane de vată montate la un port-tampon. În afară de bronhoscop, pentru a efectua o examinare mai avem nevoie de o serie de instrumente ca :

Pensa cu dinți, pensa cu curbură laterală, pensa cu rotație și cu brațele terminale cu vârfuri ascuțite și indoite în unghi de 90° .

Pensa Cosselbery pentru secțiunea endoscopică a acelor și firelor metalice.

pense pentru țesuturi, pentru ablația fragmentelor biopsice din căile aeriene.

Ansa bronhoscopică, pentru ablația formațiuni-

nilor tumorale.

Dilatatoare, întrebuințate înșt stenozele traheo-bronhice.

Electrocauter pentru întrebuințare endoscopică.

Siringă endoscopică pentru injectarea soluțiilor de radin pentru anestezie locală și alte medicamente.

Un instrument necesar închiderii acelor de siguranță.

Chiuretă mecanică cu extremitatea în formă de lingură.

Peșe tip Killian cu brațele fenestrate.

Irigator cu dublu curent pentru spălarea bronșiilor.

Port-tampoane.

Balon cu oxigen pentru însuflarea bronhosco-
pică.

Deschizător de gură.

Atât aparatul bronhoscopic cât și instrumen-tele sus enumerate înainte de începerea manoperei trebuie să fie aseptice pentru a evita complicațiile datorită neglijenței.

Istoric.

În afecțiunile bronho-pulmonare ideea tratamentului endo-bronhic este veche, încă dela 1901 Bessault propune introducerea unei sonde în trahee, cu scop de a injecta substanțe modificatoare.

Bronhoscopia propriu zisă datează dela Kirstein și Kilian 1895. La început, bronhoscopia a fost o metodă excepțională rezervată extracției corpiilor străini. Acest procedeu a fost aplicat de mai mulți autori ca : Ynglas, Kahler, Houre, Garel, Lermoyez, Guisseez, Brinnings și Chevalier Jackson. Acepția au inventat și perfecționat tehnica și instrumentarul. Chevalier Jackson datorită instrumentarului și tehnicii pe care el o precizează începând ca anul 1905, lărgește câmpul de întrebuințare a bronhoscopiei.

Astăzi această metodă este foarte mult întrebuințată în patologia internă, dovada cea mai bună o face statistica școlii din Philadelphia unicul oraș unde există o clinică modernă cu o catedră de bronho-esofagoscopie, unde în 90 % a afecțiunilor medico-chirurgicale bronho-pulmonare se intervine pe cale endoscopică.

In țara noastră până de curând se întrebuițea examenul direct al căilor aeriene aproape numai pentru extragerea corpiilor străini, azi se folosește pentru : biopsii, intervenții, precizare de diagnostic etc.....



Noțiuni anatomo- fiziologice a bronșilor.

Bronșiile sunt două conducte, rezultate din bifurcarea traheei, care se face la nivelul vertebrei 4-a sau a 5-a dorsală.

Cele două bronșii sunt situate din punct de vedere anatomic în mediastinul anterior, în general forma lor este aceea de cilindru gol cu partea anterioară convexă, cu cea posterioară și laterale plane. Bronșia stângă se află pe un plan mai anterior ca cea dreaptă, ambele au terminația la nivelul hilului pulmonar situat la întâlnirea celor trei părți anterioare a feței interne a plămânului cu treimea posterioară. Bronșia dreaptă e în raport cu esofagul și cu atriul drept. Cea stângă cu arcul aortei. Bronșia dreaptă este mai scurtă cu aproximativ 25 mm. și mai mare ca volum cu 4-5 mm. Cea stângă e mai strâmtă, mai lungă și orientată mai mult orizontal. Ambele bronșii la nivelul hilului se împart în bronșii pediculate secundare. Dispoziția bronșiilor pediculate secundare diferă ca ramificație atât la dreapta cât și la stânga.

1.- La dreapta, bronșia, după ce dă ramura denu-

mită "bronșic pediculată" secundară superioară, se divide la nivelul hilului în două : bronșii pediculate secundare, mijlocie și inferior.

2.-La stânga. bronșia se bifurcă la intrarea în hil în două bronșii pediculare secundare superioare și inferioare. Bronșiile se împart dihotomic în nenumărate ramuri din ce în ce mai fine, până ce ajung bronșii intralobulare și apoi bronșii acinoase și respiratorii.

Structura anatomică a bronșiilor. Bronșia prezintă două straturi anatomice importante și anume : tunica externă și cea internă.

Tunica externă este fibrocartilaginoasă, care constituie scheletul bronșiilor, acesta la rândul său este format dintr'o membrană fibroelastică și din inele cartilaginoase, ultimul strat e format din fibre musculare dispuse în partea posterioară.

A doua tunică este cea internă sau mucoasă care acoperă toată suprafața interioară a canalului bronșic, prezentând numeroase cute longitudinale și transversale. Pe mucoasa bronșică se deschid numeroase glande. Tot pe mucoasă există un strat de celule ciliate. Mucoasa bronșică este subțire, semitransparentă, foarte aderentă

de straturile subiacente. Mucosa aceasta din punct de vedere istologic se compune dintr'un epiteliu prismatic stratificat ciliat și din corion, care este constituit dintr'un țesut conjunctiv și din numeroase fibre elastice.

Noțiuni anatomico-fiziologice a plămânului.

Plămânul, organul respirației externe, ocupă loc în cutia toracică. Privit în totalitatea lui, plămânul are forma unui con trunchiat cu baza infundată, compus din două jumătăți inegale. Jumătatea dreaptă mai mare / 600 gr, are trei lobi, cea stângă mai mică / 500 de gr. / are numai doi lobi. Scizura interlobară dreaptă superioară are un plan aproape orizontal, în consecință este ușor explorabil la radiografie, cele inferioare străbat plămânul într'un plan oblic de sus în jos și dinapoi înainte. Suprafața externă a plămânului este acoperită de seroasa pleurală, care trecând apoi și asupra peretelui toracic, /pleura peritoneală /asupra diafragmului și mediastinalui formează o cavitate virtuală închisă în care domnește o presiune atmosferică.

În regiunea în care pleura viscerală se resfrânge asupra mediastinului se găsește hilul pulmonar, constituit din

din cele două bronșii, vasele și nervii cari pătrun.
in fiecare plămân.

Structura plămânului Plămânul este un organ pere-
che de dublă circulație : arterială și sanghină și ca atare
construit din două sisteme de canale extrem de numeroa-
se și intin intricate : Sistemul bronho-alviolar și siste-
mul vascular sanguin, cărora ii atașăm și pe cel al circula-
ției limfatice.

Lobii pulmonari sunt împărțiți prin septele inter-
lobulare, in lobuli, formațiuni piramidale, in care pătrun
rond bronșiile și vasele interlobulare. Lobulii la rândul
lor se impart in 50-100 de acini, cari conțin alviolen. Aces-
tea constituie adevărata suprafață respiratorie, a cărei
intindere poate fi evaluată la 200 m². Alviolenle sunt tap-
petate cu două feluri de celule, considerate azi de natu-
ră endotelială : plăci mari 10-100 microni, transparente,
fără nucleu și celule granuloase, bogate in granulațiuni
grăsoase și glutatation. Aceste celule se pot desprinde dir
peretele alviolar și căzând in lumenul lui formează așa
numitele "Staubzellen" numit astfel după conținutul lor
in pigment feruginos, provenit din emății distruse.

Tumorile bronho-pulmonare.

Anatomia patologică.

Din punct de vedere anatomic, tumora malignă plecată dela bronșie sau plămân poate prezenta diferite forme. Așa sunt :

Forma circumscrișă / nodulară / in care caz tumora are un aspect macro-nodular și poate fi localizată indiferent in ce regiune a plămânului, adeseori ea se găsește in vecinătatea hilului și este probabil plecată dela mucoasa unei bronșii principale. Suprafața de secțiune a neoplasmului se prezintă masivă, bine conturată, cu o ușoară reacțiune inflamatorie in jur. Aspectul masei tumorale este albicios, lăptos, consistența este moale și friabilă. Aceste tumori uneori pot avea centrul necrozat sau pot da naștere unor adevărate caverne canceroase. Uneori tumora ocupă un lob intreg de regulă acrlui drept superior și este bine delimitată.

Forma masivă este caracterizată printr'oinfiltrațiune neoplazică intinsă a parontimului, fără ca aceasta să respecte limitele lobilor. In această formă adeseori este invadat un plămân intreg. Plămânul invadat apare considerabil mărit de volum.

Forma hălară, zisă și bronșică. In forma aceasta

tumora pleacă de la mucoasa unei bronșii mari având o întindere, de la hil spre periferie, țesutul infiltrat are forma unor bande radiare.

Etiologia și patogenia cancerului bronhopulmonar.

Cancerul bronho-pulmonar primitiv nu este o afecțiune frecventă. Localizare la aparatul respirator nu implică pentru tumorile maligne o etiologie aparte, ea este aceeași pentru toate cancerile și până în prezent necunoscută. Sexul masculin este mai des atins de tumori pulmonare decât cel feminin. Ca și în tumorile cu altă localizare, așa și în cele pulmonare jumătatea doua a vieții este vârsta predilectă pentru dezvoltarea cancerului cu toate că ele pot surveni și la copii și adolescenți. În fine, rasa apare a influența și ea., întrucâtva, survenirea cancerului pulmonar, căci s'a observat că el este mult mai rar întâlnit la negri decât la albi. Pentru a explica frecvența mai mare a tumorilor pulmonare în ultimul timp, se invocă o serie întreagă de momente favorizante, cari lipsseau în trecut. Ele pot fi de ordin chimic, fizic sau infecțios. ~~Re~~ Printre cele chimice figurază intoxicațiile cu gaze asfixiante, neoplazmele pulmonare, sunt mai frecvente în

orașele industrializate, decât la țară. Dintre agenții fizici, capabili să exciteze o predispoziție pentru apariția cancerului pulmonar, mai figurează încă de multă vreme, traumatismul toracic. În rol cancrigen îl se recunoaște și corpurilor străine intrabronhice, dacă staționează multă vreme în căile aeriene. Mai nou s'a vorbit de rolul predispozant al diferitelor irradiațiuni spre spre exemplu razele Röntgen, sau emanațiunile de radium. Agenții infecțioși cari se consideră drept factori predispozanți pentru tumori pulmonare sunt gripa, pneumonia, sifilisul și tuberculoza. Mai frecvent se întâlnește asociația patologică cancer-tuberculoză. Cele două afecțiuni se pot dezvolta simultan, sau una dintre ele poate premerge, cele mai dese ori premerge tuberculoza.

Sintomatologia și diagnosticul neoplasmelor.

Bronho-pulmonare. În toate tratatele clasice se insistă asupra dificultății pe care o întâmpină clinica, pentru a recunoaște în cursul vieții bolnavului, o tumoră pulmonară și cu atât mai mult de a face un diagnostic precoce. Începutul evoluției clinice a unei tumori bronho-pulmonare este de obiceiul să greu de stabilit, căci multă vreme neoplasmul nu produce nici un simptom și atinge une-

ori dimensiuni considerabile, neobservate nici de bolnav, nici de medic. Rarori se întâmplă totuși ca un cancer să fie surprins în această fază latentă, grație unui control radiologic ce se face din altă cauză. Se poate spune deci că debutul acestei suprafețe afecțiuni este insidios și necaracteristic.

Semnele funcționale clasice ale cancerului pleuro-pulmonar sunt constituite prin tetrada simptomatică: durere toracică, dispnee, tuse și expectorație. Durerea toracică este un semn de o constanță remarcabilă, nu trebuie însă pierdută din vedere că există cazuri când ea poate lipsi cu desăvârșire. Dispnee este poate semnul cel mai fidel în tumorile pulmonare. Ea este foarte precoce și atinge uneori o intensitate ce nu este proporțională cu întinderea leziunii. Tusea de cele mai multe ori n'are particularități caracteristice, uneori însă este chintoasă și foarte penibilă. La început tusea este seacă, mai târziu ea se însoțește de o expectorație banală jucoasă sau muco-purulentă. La examenul citologic al expectorației se poate evidenția

celule de proveniență neoplazică. Dintre metodele de explorare clinică mai are o importanță mare și examenul radiologic.

Traheo-bronhoscopia. Cancerul bronho-pulmonar este greu de stabilit sigur prin metode clinice și radiologice deoarece ele au un caracter prezumptiv.

Traheo-bronhoscopia este o metodă de explorare care poate furniza date importante la diagnosticul unei tumori maligne a traheei, a bronșiei sau a plămânului. Bronhoscopia ca metodă de diagnostic dă posibilitatea de a arăta modificarea mucoasei din bronhia însăși și totodată face posibilă luarea biopsiei din țesutul bronșic afectat. Prin metoda aceasta în toate cazurile putem avea un diagnostic sigur.

Următoarele două cazuri arată clar importanța clinică a bronhoscopiei în diagnosticarea tumorilor bronho-pulmonare. Observațiuni în legătură cu cazurile următoare se datoresc sanatorului de tuberculoză dela clinica de boli interne din Cluj.

Observațiunea I-a. Mădru Alexandru, de 60 de ani greco-catolic, pensionar, săcătorit, originar din Sub

cetate, Mureș.

Antecedente eredo-colaterale : La vârsta de 20 ani el suferi o afecțiune pulmonară pe care nu o poate preciza. Trei ani înainte de a se prezenta la clinica de boli interne, a simțit dureri la articulațiile mâinii drepte și tusea ei. El consultă un doctor ortoped care constată o artrită tuberculoasă. Este un fumător vechiu, alcoolic moderat, neagă boli venerice. În luna August 1939 pleacă la Techir-Ghiol pentru a face o cură de băi de nămol, indicată pentru artrita sa. El de la început a simțit dureri în hemitoracele stâng, a tusea mult, a expectorat o spută sero-muco-purulentă, uneori prezentând striiațiuni de sânge, el pierde pofta de mâncare și slăbi. Mai târziu, survine transpirația nocturnă și durerile s'au accentuat. El consultă un doctor, care îi pune diagnosticul de tuberculoză pulmonară și îi recomandă o ședere mai îndelungată sub observația continuă la un sanator. La 3 Octombrie 1939 intră bolnavul în serviciul de tuberculoză de la clinica de boli interne / condusă de conferențiarul Dr. Daniello/, boala aceasta face ca bolnavul să aibă un țesut celulo-adipos cu mucoasele și pielea palidă, ganglioni nepal-

pabili. Nu prezintă turburări nervoase cardiace, degistive și renale.

La examenul pulmonar se constată o matitate cu caracter lemnos la vârful stâng atât anterior cât și posterior. Are o respirație suflantă cu raluri crepitante și subcrepitante.

Examenul radioscopic arată în regiunea apicală și intercleido-hilară stângă o masă umbrită destul de densă cu conture în mod vag delimitate în partea inferioară iar la centru, se întinde o imagine cavitară de dimensiunea unei piese de 250 lei unde apare bine în evidență un nivel orizontal de lichid. La examenul articulației mâinii drepte se constată o tumefacție care progresaază, că mișcările executate sunt dureroase.

Examenul de laborator, practicat de bolnavul acesta a dat următoarele rezultate:

Urina negativă, expectorație de mai multe zile de homogenizare, este negativă, Sedimentația globulelor roșii 90. Seroreacția Wassermann negativă,

cultura făcută din spută a scos în evidență prezența pneumococilor, streptococilor viridans. / Examenul institutului de igienă Cluj /. Se presupune că boala de care suferă pacientul ar fi o altă afecțiune ca tuberculoza, dar cu tabloul radiologic similar. Atunci s'a gândit la posibilitatea unui proces tumoral. S'a luat măsură ca expectorația să fie analizată de institutul de anatomie patologică ; rezultatul arată că la mijlocul culturai micozele sunt în creștere aparținând grupului streptothrix. Pentru turburările gastro-intestinale s'a făcut examenul sucului gastric și s'a constatat că sonda Foucher nu se poate întoruce, din cauza unui obstacol,, care se presupune a fi o neoformație a esofagului. Pentru convingere și cu atât mai mult că boala produceo jenă retrosternală la deglutiție s'a practicat o esofagoscopie și o traheoscopie cu colaborarea clinicei oto-rinolaringologice.

Examenul esofagoscopic afară de un ușor spasm n'a arătat nimic.

Bronhoscopia arăta un țesut de neoformație la nivelul bronșiei stângi, precum și la dreapta ; după

părerea domnului Profesor Dr. Gh. Buzoianu, care a practicat această manoperă, este vorba de un neoplasm cu punctul de plecare din bronșii.

Pentru biopsie s'a scos atât din dreapta cât și din stânga o mică bucată și institutul de anatomie patologică care a făcut examinările, dădu rezultatul în scris în buletinul No. 1 /7848/ D din 5 luna XI 1939.

"Din fragmentul trimis s'au văzut alveolele cu celulele rotunde dispuse în epitelii, cu protoplasma abundentă, celulele prezintă diferite dimensiuni și s'a văzut puțin țesut colagen. Prezintă celule cu partea din mijloc înmugurită, dând impresia de celule monstruase, prin urmare este un carcinom epidermoid probabil a bronșiei."

Bronhoscopia prin posibilitatea ce o dă de a se putea lua o porțiune din chiar organul afectat în cazul de față de pe procesul endobronșic a îndepărtat diagnosticul de tuberculoză pulmonară stabilind precis acela de neoplasm bronhopulmonar.

Explorația esofagiană, s'a făcut pentru constatarea leziunii dacă există de pe traiectul acestui canal care dă intoleranță intermitentă în deglutiție. De această dată s'a inspectat lumenul esofagului pe

până la nivelul cardiei, prin introducerea esofagoscopu lui pe un traiect de 45 de cm. fără a da de o leziune obiectivă și fără ca să se poată localiza originea spasmului. Intregul lumen esofagian este liber și tolerează un tub de 12 mm lărgime tip Brunnings-Kohler.

Explorația bronho-scopică, executată imediat după esofagoscopie după ce în prealabil hipofaringele a fost anesteziat prin badijonări cu o soluție de pantocaină de 2 %.

Tubul bronhoscopic de 12 mm diametru a pătruns fără greutate prin glotă de-a lungul traheei, pe traiectul cărui nu s'a semnalat nici o anomalie. La ajungerea regiunii pintenului traheal s'a constatat deodată o modificare frapantă. În această regiune leziunile sunt rare. La locul crestei mediane care desparte aproape simetric cele două bronșii, se observă un pinten fără creastă, voalat, datorit unui proces infiltrant local. Pintenul este imobil, care e în stare anormală, care a făcut ca din primul moment să fie vorba de un neoplasm.

Lumenul bronșiei stângi este aproape complet obliterat. La partea proximă a orificiului traheal tumefacția mucoasei este neregulat circulară cu un

orificiu de 2-3 mm unde se face trecerea aerului.

Tubul bronhoscopului nu poate trece lumenul bronșei stângi, lumenul bronșei drepte este la fel diminuat, cauzat de un proces infiltrant al ~~mucoasei~~ ~~mucoasei~~ mucoasei bronșice, aici obliterarea lumenului este mult mai puțin accentuată ca la cel stâng. Bronhoscopul nepătrunzând în bronșii, s'a efectuat ablația câtorva fragmente mici din mucoasa infiltrată a celor două bronșii cu ajutorul unei pense lungi de biopsie. S'a scos 2 fragmente de la mucoasa bronșei stângi și un fragment de la cea dreaptă.

Fragmentele biopsice din punct de vedere anatomo patologic la microscop au o structură carcinomatoasă. Din cercetările de mai sus reiese că neoplasmul se întinde pe toată regiunea pintenului bronșic, apoi orificiul celor două bronșii principale și o parte din plămân este invadat.

Observațiunea 2-a.

Nudelmann Ioan, de 65 ani a fost internat la secția de boli pulmonare de la clinica de boli interne din Cluj pentru dureri continue la hemitoracole drept precum și pentru expectorațiunea sero-muco-purulentă

cu striațiuni de sânge, inapetență și anorexie
electivă pentru carne, apoi pierderea progresivă a
poftei. În mai multe rânduri a fost examinat de mai
mulți doctori cari au presupus prezența unei tumori
și i s'a recomandat radioterapie, după terminarea
ședințelor prescrise bolnavul simte o agravare a
boalei și se decide să intre în clinică.

La examenul fizic s'a constatat că pielea și
mucoasele palide, țesutul celulo-adipos redus, gang-
lionii axilari palpabili cu fosa supraclaviculară
și spațiile intercostale foarte vizibile, hemitoracele
le drepte prezintă pe toată întinderea sa o sub-
matitate mai accentuată dealungul marelui scizuri.

Respirația este insuficientă, cu caracter
sufiant, se percep raluri umede, crepitațiuni și
subcrepitațiuni în jumătatea superioară a câmpului
pulmonar.

La examenul radiologic se constată o ascensiune
marcantă a emidiafragmului drept cu mișcări
contrare și la jumătatea superioară a câmpului
drept o formațiune umbrită fără limită precisă.

și devine mai densă cu cât se apropie de vârf.

In regiunea retroclaviculară se observă o zonă clară vag delimitată care are dimensiunea unei piese de 100 lei. Câmpul pulmonar stâng are un aspect normal. Examenul in poziția O.A.D. arată că procesul se găsește situat deasupra mării scizuri drepte.

Examenul radiologic normal, oblic și secțiunile tomografice au confirmat diagnosticul radioscopiei. Celelalte organe nu prezintă nimic de semnalat.

Examenul de laborator dă următoarele rezultate : Urina normală, n'are bacil Koch in spută. Sedimentațiunea globulelor roșii e de 120. După evoluția clinică a boalei, aspectul radiologic și paralizia spontană a diafragmului s'a presupus diagnosticul de cancer pulmonar escavat.

Pentru confirmarea diagnosticului s'a indicat bolnavului o traheo-bronhoscopie exploratoare care totodată a permis ablația unui fragment de neoformație necesar biopsiei.

Examinarea traheo-bronhoscopică a fost făcută în clinica oto-rino-laringologică din Cluj de profesorul Dr. Gh. Buzoianu, la acest examen s'a constatat imobilitatea pintenului traheal, tumefierea și deformația acestui pinten, o porțiune bombată difuză cu aspect papiliform la lumenul bronșiei drepte.

Tot la nivelul bronșiei drepte o stenoză neregulată și reflexe accentuate de tuse când se expectorează secrețiuni muco-purulentă.

Respirația este dureroasă prin bronșia dreaptă. Prin luarea unui fragment de biopsie din această bronșie bolnavul simte o ușurare în respirație care devine mai pronunțată după câteva zile. Rezultatul biopsiei comunicat de Institutul de Anatomie Patologică din Cluj, buletinul No. 1 / 7979/ B arată că este vorba de un carcinom epidermoid / spino-bazo-celular/.

C O N C L U Z I I.

1.-Bronhoscopia este o metodă importantă pentru diagnosticul cancerului pulmonar, prin posibilitatea ce o dă de a vedea interiorul bronșic și traheei.

2.- Mulțumită acestei metode se poate constata anomaliile pe care le prezintă mucoasa bronșică, conformația lumenului și prezența neoformațiilor.

3.- Cu ajutorul bronhoscopiei se poate face ablația unui fragment din tumoră, dacă există, necesară examenului microscopic.

4.- Prin bronhoscopie putem vedea secrețiunea patologică a bronșicilor și se face posibilă recoltarea ei pentru analiză.

5.- Bronhoscopia prin calitățile sale dă în unele forme de cancer bronhopulmonar posibilitatea unui diagnostic sigur, nu prezumtiv.

Văzută și bună de imprimat.

DECAN :

s.Prof.Dr. V.PAPILIAN

PREȘEDINTELE TEZEI :

ss.Prof.Dr.GH.BUZOIANU

B I B L I O G R A F I E

Gh. Buzoianu : Corp strein a bronhiei drpte / semințe de dovleac / extras prin traheo-bronhoscopie "Clujul Medical" pag. 179 Martie 1936.

Gh. Buzoianu : Traheo-bronhoscopia in diagnosticul și tratamentul afecțiunilor pulmonare / Revista Stiințelor Oto-Rino-Laringologice din Cluj No. 1, Ianuarie 1938/.

Gh. Buzoianu : Traheo-bronhoscopia in diagnosticul și tratamentul tumorilor maligne / Clujul Medical No.7, Iulie 1937/.

Chevalier Iackson : Presse Méd. No. 97 1932. Traitement endoscopique de maladies suppurées des bronches et des poumons.

Hațieganu-Goia : Tratat elementar de Semiologie și Patologie Medicală Vol. I. Cluj 1934.

Drăgoiu Ion : Elemente de Istologie și de Tehnică Microscopică / Vol. II. Fascicula 2-a/.

Testut Iacob : Traité d'anatomie humaine vol. IV.

I. Guisnez : Notre pratique du traitement des suppurations bronho-pulmonaires par les méthodes directes / les Annales d'oto-laringologie No. 1 1932/.

E. Plante : Bronhoscopie et suppuration pulmonaire. / Presse Med. No. 99, 1932/.

Chevalieré Lawrence-Iackson : La diagnostique bronhoscopique et le traitement des tumeurs bronchique / Les Annales d'oto-laringologie No. 9 1936/.

Chevalier -Iackson-Ch. L. Iackson et Jaque Vialle : La bronhoscopie dans les affections bronho-pulmonaire.

M. Conzales Loza : Contributions diagnostique du cancer pulmonaire Role de la bronho-pnaumographie contrastée et de la bronhoscopie / Revue de laryngologie, ethologie, rhinologie No. 71 936/.