

## DOUA CAZURI DE NEUROFIBROM PARIETAL, IMITIND MODIFICĂRI TORACICE

Pápai Zoltán, Bibó Sándor

Pîna acum aproape 20 de ani, existau două păreri în legătură cu apartenența neurofibroamelor: unii, luînd ca punct de plecare elementele nervoase, au considerat neurofibroamele ca tumori caracteristice ale nervilor periferici, alții în schimb au crezut că aceste tumori sînt excrescențe ale țesutului conjunctiv care se plasează între fibrele nervoase sau lângă ele, dar nu prezintă caracteristicile tumorilor nervoase. Verocay a scris un studiu sintetic și fundamental asupra neurofibroamelor, bazat pe cercetarea unor cazuri publicate. În acest studiu, autorul disînge, în afară de neurinoame de origine glială, fibroneurinoame și ganglioneurinoame. În fibroneurinoame preponderanța o are țesutul conjunctiv peri sau endoneural, iar în ganglioneurinoame celulele ganglionare. Abrikozov consideră neurofibroamele ca adevărate tumori nervoase, acest punct de vedere a fost adoptat și de Petrowschi, în cursul șederii sale la Budapesta, operînd un caz cu aspect de tumoare mediastinală în care tumoarea s-a situat extrapleură, lângă vertebre. Aceeași părere o afirmă și Hortolomei care a publicat împreună cu Burghete un caz de aneurinomă gastrică. De asemenea Lindström, Anansini, Naegeli împărtășesc și ei aceeași părere, comunicînd fiecare cite un caz de neurofibrom cu diverse localizări. În sfîrșit Mayo

și Barber publică în 1934, 17 cazuri de neurofibrom al gîtului.

Toți autorii sînt de acord în a susține că neurofibroamele, dacă nu constituie un simptom general de imbolnăvire ca fenomenul parțial al maladiei lui Recklinghausen prezintă o importanță practică minimă. Potrivit referințelor cuprinse în comunicările de pînă acum, unele din imbolnăvirile cu caracter general ce apar ca un simptom neuric, sau neurofibroamele ce se ivesc ca o tumoare solitară, au fost în majoritatea cazurilor mute și nu au cauzat acuze decît atunci cînd excrescența a fost limitată de un spațiu restrîns și în felul acesta, au pricinuit simptome de compresie. Excepție fac neurinoamele acustice și neurinoamele izolate ale rădăcinilor posterioare ale măduvei, care după cercetări mai recente, nu sînt nici pe de parte așa de rare cum s-a crezut mai de mult.

Prima bolnavă a noastră avea la internare, către sfîrșitul anului 1950, 26 de ani. Boala a început cu 8 luni înainte de internare, prin dureri în partea dorsală dreaptă, sub formă de junghiuiri, care au devenit mai intense după eforturi fizice. Durerile au fost însoțite de inapetență, surmenaj, temperatură, amețeli și scădere în greutate. Date fiind aceste simptome și faptul că mama bolnavei murise cu

cițiva ani înainte de începutul bolii de tuberculoză, medicul a indicat imediat examenul radiologic. Examenul a arătat în jumătatea dreaptă a plămînelui un infiltrat de aspect tuberculos de mărimea unei nuci verzii. Stabilindu-i-se diagnosticul de tuberculoză pulmonară, bolnava a fost internată într-un spital de provincie, unde timp de 4 săptămîni i s-a aplicat tratament roborant, cu repaus la pat 5 săptămîni executîndu-i-se și un pneumotorax terapeutic asociat cu rezecție de aderențe.

În urma tratamentului, starea generală a bolnavei s-a ameliorat considerabil, pofta de mîncare i-a revenit, temperatura a dispărut, și-a recîștigat greutatea normală — în schimb, examenul radiologic nu arată nici o ameliorare a presupusei leziuni pulmonare. Mai trziu la cerere, i s-a extirpat o tumoră de mărimea unei alune, din peretele abdominal, și în ciuda durerilor toracice care persistau, bolnava a părăsit spitalul. Timp de trei luni și-a reluat ocupația, dar revenindu-i acuzele de mai sus, s-a internat la clinica noastră. Examenul radiologic a indicat probabilitatea că imaginea asemănătoare infiltratului pulmonar e situată în peretele toracic: pentru clarificarea acesteia am executat un pneumotorax de diagnostic.

Noul examen radiologic a confirmat presupunerea noastră și pe baza răspunsului primit de la sanatorul T.B.C. care tratase bolnava, — răspuns în care se preciza că la analiza histo-patologică a tumorii îndepărtate din peretele abdominal s-a constatat prezența multor elemente nervoase — am bănuit existența unei tumorii, pornind din nervul intercostal.

Efectuînd intervenția chirurgicală, am descoperit sub coasta dreaptă V. o tumoră avînd lungimea de 5,9 cm. diametrul de 2,5 cm și greutatea de 13,30 g. concretă cu nervul intercostal pe care îl îngroșea în chip de fus; am extirpat atît tumorăa cît și nervul intercostal. Închiderea plăgii a fost urmată de vindecare. Bolnava s-a însănătoșit. La examenul histo-patologic secțiunile din tumoră au arătat prezența unor fibre groase de țesut conjunctiv, ramificîndu-se foarte variat. Aceste fibre erau distanțate unele de altele, astfel încît între ele se puteau observa niște fibrile fine. În fasciolele îngroșate am găsit relativ puțini nuclei. În formă de fus, în timp ce în rețeaua in-

termediară numărul nucleilor rotunjiți a fost cu ceva mai mare. În rețeaua conjunctivă laxă se puteau distinge numeroase capilare. Coloritul fibrelor țesutului conjunctiv, în general era roșu închis.

Diagnostic: neurofibrom.

Al doilea caz al nostru e o femeie de 34 de ani, a cărei boală a început cu un an și jumătate înainte de a fi internată, prin dureri arzătoare sub scapula dreapta, iradiînd în umărul drept și în clavicule. Durerile și senzația de arsură deveneau mai intense la efort. Uneori a avut frisoane și a tușit, dar nu a eliminat spută. În ultimele luni aceste simptome au fost însoțite de oboseală, epuizare fizică și transpirație în timpul nopții. În răstimp de un an a slăbit 8 kg. Bolnava a fost consultată în repetate rânduri de medici care au interpretat aceste acuze drept un proces pulmonar tuberculos, recomandîndu-i odihnă la pat, roborante ca: ciuic i. v. împachetări toracice și schimbare de aer. Un examen radiologic ce i s-a făcut în anul 1954, a confirmat diagnosticul de mai sus, stabilind în cîmpul pulmonar inferior-drept prezența unui infiltrat de mărimea aproximativ a unei nuci verzii. În ciuda examenului de spută negativ, bolnava a fost izolată. Din cauza acestor simptome și a faptului că înainte de internare cu cîteva săptămîni s-a descoperit prezența unei tumorii nedureroase de mărimea unui virf de deget, în spațiul intercostal VII., în direcția scapulară, bolnava s-a internat, la sfîrșitul lunii noiembrie 1954, în clinica noastră. Radiografia regiunii tumorale a arătat eroziunea coastelor din vecinătatea tumorii, iar radioscopic s-a stabilit, în afară de urmele unui proces închis de pleurezie, aderența tumorii la peretele toracic, ceea ce a făcut să apară o umbră pe cîmpul pulmonar inferior drept. Puncția tumorală a rămas fără rezultat. Am procedat la efectuarea intervenției chirurgicale pe baza diagnosticului de tumoră a peretelui toracic. Extirparea tumorii care era foarte bogată în sînge, nu a fost posibilă decît după îndepărtarea parțială a coastelor învecinate, cînd a devenit vizibilă partea tumorii, de mărimea unui ou de pombel situată sub coastă, care presînd asupra peretelui pleural, se contura în cavitatea toracică. Am desprins tumorăa albicioasă și moale la palpat de pe peretele pleu-

ral și am închis rana, strat cu strat. La examenul histo-patologic s-a constatat că tumoarea era alcătuită din fibre conjunctive de orientare neregulată, colorabile prin Van Gieson într-o nuanță brună, cu nucleii celulari situați în rânduri paralele. Nucleii erau de mărimi diferite, având formă ovală sau puțin prelungită.

Printre ei am observat mai mulți în stadiu de dezagregare. Diagnostic: neurofibrom.

În primul caz a fost vorba de o bolnavă săracă în simptome, având în antecedente mai multe localizări tumorale, dar prezentând una singură în momentul intervenției. Situația tumorii pe al cincilea nerv intercostal, simptomele de iritație pleurală precum și rezultatele examenelor de laborator au îndreptățit presupunerea de proces tuberculos. Acestea au făcut ca bolnavul să fie supus unui tratament inelucace de câteva luni și să rămână într-un mediu infecțios. În al doilea caz al nostru, neurofibromul celui de al șaptelea nerv intercostal drept precum și simptomatologia dăruind un an și jumătate, inclusiv examenele de laborator, au imitat semnele tuberculozei pulmonare. Cu mici întreruperi, în acest răstimp bolnavei i s-a aplicat tot timpul un tratament antituberculos. Boala care a rezistat acestui tratament greșit, a fost socotită nevindecabilă. Dar tratamentul causal aplicat pe baza unui diagnostic sta-

bilit prin întrebuițarea celor mai corecte procedee, a adus vindecarea.

Oricât ar fi de rare, neurofibroamele peretelui toracic au o importanță practică; după stabilirea diagnosticului, ele trebuie extirpate cât mai repede, pe de o parte fiindcă cauzează dureri și pe de altă parte fiindcă numeroasele lor complicații — compresiuni, sîngerări și degenerescențe — pot avea consecințe grave.

*Primită la redacție: la 11 noiembrie 1955.*

#### BIBLIOGRAFIE:

1. Ackermann și Del Regati: Cancer, 1942; 2. Avancini P. L. V.: Zbl. Chir. 1943, No. 28.; 3. Abrikozov A. I.: Policlinico, Lez. chir. 1938, H. 12 Ref. Zbl. Chir. 1939, No. 51.; 4. Bailey P.: Die Hirngeschwülste. Stuttgart 1936. 5. Biasini A.: Policlinico, Sez. chir. 1938, H. 12, Ref. Zbl. Chir. No. 51, 1939. 6. Dentlicke P.: Zbl. Chir 1937.; 7. Hortolomei N. și Burghel T.: Zbl. Chir. 1937, No. 50.; 8. Linäström Nils: Acta orthop Scand. (Stockh.) 7, H. L. Ref. Zbl. Chir. 1937, No. 40.; 9. Mayo C. V. și Barker K. W.: Surg. etc. 59, 1934, ref. Zbl. Chir. 1835 No. 45.; 10. Neageli Th.: Zbl. Chir. 1938, No. 38.; 11. Rogger H.: Traité de Médecine, 1949; 12. Székely János: A Bp-i III. sz. Seb. Klinika Tudományos munkáinak gyűjteménye, 1951.