

Clinica chirurgicală (Cond.: Conf. Păpai Zoltán) și Clinica fiziologică
(Cond.: Prof. Zeno Barbu) ale I.M.F. Tg.-Mureș.

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA LOBILOR HEPATICI SUPRANUMERARI

Păpai Zoltán, Grépály András

Anomaliile de formă ale ficatului sînt probleme puțin abordate în literatură. Această observație este valabilă atît în ceea ce privește anomaliile congenitale, cit și modificările de formă survenite în urma proceselor nepatogene. În timp ce în literatură au apărut o serie de comunicări în legătură cu anomaliile de poziție ale ficatului, mai ales cu hepatoptozele congenitale și cîștigate, precum și cu dislocarea spre linia mediană a lobului stîng sau a întregului organ, dispunînd de multe date valoroase în ceea ce privește anomaliile de mărime ale ficatului, în ceea ce privește modificările de formă ale ficatului în urma proceselor nepatogene avem numai cîteva observații, care se ocupă cu despărțirea în mai mulți lobi a organului. Din acest punct de vedere este interesantă comunicarea lui Moser care vorbește despre un caz, în care ficatul era împărțit în 16 lobi și cazul lui Tischendorf publicat în 1951, la care s-a pus în evidență un ficat secundar, complet separat de organul mamă, fiind așezat în epiplonul mare.

O cauză a neglijării anomaliilor de formă ale ficatului o constituie faptul, că după observațiile facute pînă acum, acestea nu influențează funcțiunea integrală a organului. În urma plasticității țesutului hepatic, organul cu noua configurație exterioară se adaptează perfect împrejurărilor, nu influențează organele din vecinătatea lui nici în funcția lor, nici în așezarea lor și în aceste condițiuni majoritatea autorilor nu au acordat nici o importanță practică acestor anomalii.

Dezvoltarea considerabilă a chirurgiei toracice, realizată mai ales prin activitatea valoroasă a autorilor sovietici, perfecționarea mijloacelor de diagnostic, precum și obținerea rutinei necesare examinărilor de depistare, vor asigura importanța convenită acestor anomalii.

Prima noastră bolnavă în vîrstă de 52 de ani, a suferit de 8 ani de dureri toracice, localizate pe partea anterioară și externă a peretelui toracic, care s-au exacerbât după eforturi fizice. În cursul muncii a fost de mai multe ori silită să stea în repaus din cauza dispneei. Cînd își schimba poziția corpului respirația devenea mai ușoară și își putea continua munca. Cu un an în urmă a fost nevoită să-și schimbe ocupația, din cauza simptomelor amintite dar în urma șederii prelungite cu corpul aplecat înainte, poziție pe care trebuia s-o petreacă conform ultimei ocupații (cusut de saci), constată că suferințele i se exacerbază, durerile devin tot mai exprimate, avînd o senzație permanentă de apăsare la baza hemitoracelui drept, grețuri și cefalee intensă. Cu ocazia unei examinări periodice a muncitorilor din fabrica unde lucra, radiologul constată cu ajutorul microfotografiei, că mijlocul diafragmului drept bombează în hemitoracele respectiv sub forma unei umbre semicircu-

lare, omogene de mărimea unui pumn de femeie, avind suprafața netedă. Vîrurile și cîmpurile pulmonare erau libere. Hilurile congestionate. S-a emis părerea, că formațiunea amintită corespunde probabil unui chist hidatic pulmonar. Pe baza examenului radiologic repetat și în clinică pe baza eozinofiliei, ca și a celorlalte examinări referitoare la chist hidatic, se menține părerea, cu toate că examinările de laborator specifice chistului hidatic au rămas negative. Se rămîne astfel la diagnosticul de chist hidatic pulmonar și, luînd în considerare suferințele exprimate ale bolnavei, ne hotărîm pentru o explorare chirurgicală. Deoarece pneumotoracele aplicat preoperator nu a putut exclude o așezare abdominală a formațiunii, am hotărît o laparotomie explorativă de la început. La intervenție explorăm cavitatea abdominală și constatăm integritatea tuturor organelor din etajul abdominal superior în afară de fața anterioară a lobului hepatic drept unde constatăm pe fața convexă a organului, prezența unei formațiuni de mărimea unui pumn de bărbat, care făcea corp comun cu restul ficatului. Această formațiune se ridică în afară din masa ficatului sub forma unei proeminențe cu margini șterse, spre hemitoracele drept, iar în partea ei mediană prezența unei mici proeminențe. Diafragma era normal, tonusul muscular părea a fi păstrat. Pe diafragm nu am constatat părți cu rezistență variabilă, mușchiul urmînd cu regularitate variațiile de presiune intratoracica. Am considerat această formațiune ca lob hepatic supranumerar și constatînd consistența lui moale la palpare, corespunzătoare ficatului normal, iar în jur neobservînd nici o reacție patologică nu am găsit indicată exereza lui și am închis plaga abdominală. Prezența acestei formațiuni în forma ei s-a pus în evidență și prin pneumoperitoneul efectuat postoperator. Pentru a înlătura suferințele bolnavei am practicat infiltrații paravertebrale cu novocaină cu rezultate satisfăcătoare, dar trecătoare.

A doua bolnavă în vîrstă de 31 ani, stă sub observația noastră de 14 ani. Suferințele lui au început în anul 1938 sub formă de dureri localizate la baza hemitoracelui drept, care se exacerbau la eforturi fizice și la anumite mișcări. Durerile iradiau spre baza hemitoracelui stîng și spre linia mediană. Uneori și în aceste regiuni durerile erau tot atît de exprimate ca și în partea dreaptă. Aplicarea corpușului înainte provoca dureri foarte pronunțate sub rebordul costal stîng, bolnavul avînd senzația că aerul nu-i poate pătrunde în plămîni. În astfel de ocazii era nevoit să se îndrepte și în urma unor respirații profunde, să-și calcizeze satea de aer. Suferințele lui se exacerbau și cu ocazia meselor copioase cînd avea senzația de balonare post prandială, depresiune, grețuri și crampe abdominale. Aceste senzații dispăreau la 30—40 minute după mîncare, în timp ce durerile persistau. Cu aceste simptome bolnavul a fost consultat în două rînduri la clinici universitare unde deși toate examinările de laborator pentru chist hidatic au fost negative, s-a pus diagnosticul de chist hidatic al lobului pulmonar inferior drept, pe baza examenului radiologic, deoarece această examinare a arătat prezența unei umbre omogene, cu contur neted, de mărimea unui pumn de bărbat la baza hemitoracelui drept, care urma mișcările respiratorii într-o oarecare măsură. În anul 1950 cînd bolnavul s-a prezentat la clinica noastră am practicat pneumoperitoneul pentru a lămurii așezarea precisă a formațiunii paradiafragmatice (cum recomandă *Rautenberg*). Această examinare ne-a arătat, că toracele este complet intact. La explorarea chirurgicală a ficatului am constatat prezența unei formațiuni hepatice cu totul identică cu cea observată în cazul precedent, dar de dimensiune mai mare. Diafragma era și în acest caz de aspect normal, cu tonicitate păstrată și urma riguros mișcările respiratorii. După vindecarea plăgii operatorii am putut alina tranzitoriu suferințele bolnavului cu ajutorul infiltrațiilor paravertebrale cu novocaină.

Noi considerăm, aceste formațiuni anormale ale lobului hepatic drept ca lobi hepatici supranumerari, cu toate că ele nu dispun de pedicul vascular-biliar aparte, ca și „lobus quadratus” și „lobus caudatus hepatis”. În geneza lor ar juca rol probabil, toți factorii care influențează formarea ficatului în condițiuni normale și anume: plasticitatea ficatului și efectul compresiv al organelor vecine asupra organului în plină dezvoltare. Dacă ținem cont de datele embriologice, conform cărora în luna III-a a vieții intrauterine cînd ficatul este încă de consistență moale, spongioasă pînă cu sînge și este alcătuit din doi lobi cu totul identici, dintre care cel drept conform

posibilităților locale se poate dezvolta în mod normal; pe când lobul stîng poate fi împiedicat în dezvoltarea lui, de stomac organ dezvoltat timpuriu, - de masa intestinală conținînd meconiu, de însușirile organului în dezvoltarea și de faptul că aceste cauze pot explica constituirea asimetrică a ficatului; atunci pare verosimil faptul, că și în dezvoltarea lobilor supranumerari observați de noi acești factori au avut o înrîurire hotărîtoare, ținînd cont de caracteristicile ficatului și de situația existentă în cavitatea peritoneală în timpul dezvoltării. Așa dar, dacă configurația ficatului corespunde totdeauna acelor influențe pe care le produc organele învecinate, atunci este foarte probabil; că și în cazurile noastre, organele din hemitoracele drepte au asigurat mai mult loc de dezvoltare ficatului și acesta conform posibilităților existente a reacționat prin formarea de lobi supranumerari. Prin metodele de investigație clinică nu am găsit modificări la nivelul organelor toracice prin care să putem confirma ipoteza noastră. Se poate însă presupune ca fenomenele amintite și însușirile țesutului hepatic scot la iveală aceste modificări ca pe niște malformații de dezvoltare, care și fac loc spre cavitatea toracică.

Această presupunere este sprijinită de *Thomas* — elevul lui *Assmann*, care a observat uneori chiar la persoane normale dar mai cu seamă la suferinți în vîrstă, cu afecțiuni ale căilor respiratorii, în special la cei cu diminuarea permeabilității bronșilor drepte sau a expansiunii pămîntului, ca la inspirația profundă partea anterioară și mijlocie a diafragmului drept se relaxează și că această porțiune diafragmatică era în întregime umplută de țesut hepatic. Această relaxare începe anterior, cu o lățime de un deget înapoiă sternului, iar posterior depășește cu ceva punctul în care venea cavă inferioară, respectiv prelungirea liniei trasate pe marginea posterioară a inimii, încrucează boita diafragmatică. Autorul explică această observație frecventă, prin faptul că diafragmul caută să contracționeze insuficienta cantitate de aer inspirată în plămîni, cu ajutorul unei contracții progresive, dar partea cea mai slabă, constituită din regiunea anterioară a diafragmului, care în aceste cazuri este și mai puțin rezistentă nu poate să se opună acțiunii de aspirare progresivă a cavității toracice; această parte nu urmează în mișcare diafragmul și rămîne imobilă împreună cu vena cavă inferioară sub forma unei bolții în cavitatea toracică. Partea slăbită a diafragmului suportă mai greu presiunea mărită abdominală și astfel acest factor joacă de asemenea rol în producerea bolții. Pilierii care iau parte la formarea diafragmului delimitează zona slabă diafragmatică și patrund adînc în țesutul hepatic care umple boita formată, dînd naștere la jghiaburi evidente. Compresiile pilierilor duc la alterări ale țesutului hepatic asemănătoare leziunilor hepatice așa numite „de corset”.

Am observat acest aspect la un bolnav de 58 de ani, care s-a prezentat la clinica noastră pentru o afecțiune a membrului inferior drept, cînd cu ocazia examinărilor am delectat bolțirea diafragmului descrisa de *Thomas*. În baza tratamentului aplicat, am avut posibilitatea de a explora ficatul. Intraoperator, partea antero-interna a diafragmului drept ne apare atonă subțiată și friabilă pe o întindere de o palmă de copil, spre deosebire de restul diafragmului aceasta făcînd excursii respiratorii diminuate mai cu seamă în inspirație. Partea bolnavă era delimitată în afară de o fișe musculară îngroșată cu un diametru de aprox 4 cm. Modificarea constatată la nivelul diafragmului avea correspondentul ei pe fața superioară a ficatului, unde am observat o bombare a parenchimuului, corespunzătoare bolțirii diafragmului, atît în ceea ce privește forma, cît și mărimea ei. Această formațiune umplea complet bolțirea diafragmului, fiind delimitată în afară, de un jghiab corespunzător fișei musculare. Practicăm biopsii din zona bombată a ficatului și din marginea lui anterioară. Examenul histologic ne-a arătat, că parenchimul hepatic își păstra aproape în întregime structura lui normală, în afara unei ușoare hiperplazii a țesutului conjunctiv, survenită în urma traumatismelor repetate.

Dacă am voi să explicăm formarea lobilor hepatici supranumerari, prin mecanismul descris în legătură cu cel de al treilea caz al nostru, atunci ar fi trebuit să găsim și la ceilalți bolnavi aspecte asemănătoare ale diafragmului. Apariția relativ precoce a acestor formațiuni fără îmbolnăviri simultane ale aparatului respirator, precum și integritatea diafragmului și lipsa jghiaburilor de delimitare, ne duc la concluzia

foarte probabilă ca acești lobi hepatici supranumerari au apărut secundar în urma anomaliilor de dezvoltare ale diafragmului.

Deși este verificat faptul că în anomaliile congenitale de formă și în cele care nu au la baza un substrat morbid, integritatea funcțională a ficatului rămâne în majoritatea cazurilor neatinsă, și că, compoziția sângelui portal distribuit diferitelor segmente hepatice este aceeași (*Cantlie*), totuși, observațiile noastre adevărate că lobi hepatici supranumerari, indiferent de modalitatea lor de formare, constituie o problemă practică deosebită. Simptomele aparțin fie organelor abdominale ale etajului superior, fie organelor toracice, dislocate sau influențate în funcția lor, sau diafragmului interesat.

Dintre simptomele care ne pot face să bănuim existența acestor malformații, durerile de la baza hemitoracelui drept ce se exacerbează la flexiuni ale trunchiului, sau la eforturi fizice, tulburările de respirație ce însoțesc durerile, precum și nevralgiile din teritoriul nervului frenic, par să fie cele mai frecvente.

Trebuie să ținem seama de lobi hepatici supranumerari și în diagnosticul diferențial al afecțiunilor din jurul diafragmului. Modificările sînt ușor observate radiologic, însă natura organului interesat nu poate fi clarificată nici prin radiografii, nici prin insuflații ale colonului. Hepatografiile sînt rar practicate din cauza acțiunii nocive a substanțelor de contrast. O metodă prețioasă de diagnostic este pneumoperitoneul care ne-a dat rezultate bune în toate cazurile noastre. Nu a fost necesar să combinăm pneumoperitoneul cu insuflația colonului. Atitudinea terapeutică în cazuri de lobi hepatici supranumerari, care produc tulburări, nu este încă rezolvată. Rezecțiile parțiale de ficat constituie intervenții șocante, iar riscu lor depășește însemnata tulburărilor produse de afecțiune. Infiltrațiile paravertebrale cu novocaină au dat rezultate bune, însă tranzitorii în toate cazurile noastre.

Sosit la redacție: 11 noiembrie 1955.

Bibliografie

1. *Assmann H.*: Die Röntgendiagnostik der inneren Erkrankungen. 1934;
2. *Bockus H. L.*: Gastro-Enterology, 1948; 3. *Eppinger H.*: Die Lebererkrankheiten, 1937;
4. *Fischel A.*: Lehrbuch der Entwicklung der Menschen. 1929; 5. *Ledoux, Lebard*: Manuel de Röntgendiagnostic chirurgique, 1949; 6. *Monod și Azoulay*: Mém. Ac. Chir. 1943;
7. *Schinz, Baensch, Friedl*: Lehrbuch der Röntgendiagnostik; 8. *Schittenhelm*: Lehrbuch der Röntgendiagnostik, 1924; 9. *Tischendorf*: Zur Kenntnis der Nebenleber. *Excerpta Med.* 1951. V. No. 10.

НАБЛЮДЕНИЯ О ПРАКТИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ МНОГОДОЛЬЧАТОЙ ПЕЧЕНИ

З. Папай, А. Грэйлы

Наблюдения авторов доказывают, что, хотя врожденные морфологические изменения печени не отражаются на ее функции, все-таки имеют практическое значение. Вызывают жалобы со стороны органов грудной и брюшной полости, зависящие от локализации печени и торможения функций этих органов. Об этом свидетельствует: локализация болей в правом подреберье, которые усиливаются в согнутом положении и усиленной нагрузке.

К этим болям присоединяется затруднение дыхания и боли по ходу правого диафрагмального нерва. Многодольчатая печень имеет значение при дифференциальной диагностике околодиафрагмальных заболеваний.

Паравертебральное введение новокаина дало хорошие, но временные результаты.

L'IMPORTANCE DU LOBUS HEPATIS SUPPLEMENTAIRE DANS LA PRACTIQUE

Z. Pápai, A. Gréply

Les auteurs constatent, que les difformités congénitales du foie n'ont en général pas d'influence sur la fonction de l'organe, mais elles sont quand même une certaine

signification pratique. Elles peuvent causer des troubles gastroorganiques d'une part ou thoracoorganiques d'autre part, à cause de leur empêchement dans leur localisation ou leur fonction; et encore par le contact diaphragmatique. Les plaintes localisées sur la partie inférieure du côté droit du thorax et qui accroissent en se penchant ou pendant des efforts physiques; la dyspnoea qui accompagne ces plaintes, ainsi qu'une sensibilité le long du nerf phrénique, laissent croire à une difformité. Les lobes supplémentaires du foie ont une grande signification dans la diagnose de différenciation d'autres maladies diaphragmatiques. La Novocaine injectée paravertébralement a un effet bénéfique mais transitoire.