

OBSERVAȚII ÎN LEGĂTURĂ CU TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL CHISTULUI HIDATIC PULMONAR

Păpai Zoltán, Csizér Zoltán, Zeno Barbu, Naftali Zoltán, Nagy Ferenc, Emil Bancu

În ultimii 10 ani (1946—1956) în clinica chirurgicală din Tg. Mureș au fost operați pentru chist hidatic pulmonar 55 de bolnavi față de 39 bolnavi la cari chistul a fost localizat extrapulmonar (28 în ficat, 3 în splină, 3 în rinichi, 1 în mediastin, 1 în tiroidă și 3 în pelvis).

Dintre cele 55 de chisturi hidatice pulmonare 47 au fost solitare, 4 multiple și 4 bilaterale. Necomplicate au fost 40 și complicate 15. Dintre acestea din urmă am notat 8 supurații intraçavitate, 4 asociate cu empiem pleural, 1 complicat cu hemoptizie și 2 cu bronșiectazie.

Atît în privința metodelor de explorare cit și a tehnicii chirurgicale adoptate, activitatea noastră poate fi împărțită în două perioade. Pînă în anul 1956 ne-am mulțumit cu explorări clinico-radiologice simple, am operat în anestezie loco-regională, executînd toracotomii minime topografice urmate de puncția evacuatoare și deschiderea chistului, apoi scoaterea membranei cuticulare. Cavitatea intraparenchimatooasă ori am suturat-o cu un surjet ori am capitonat-o. Cavitatea toracică nu am drenat-o decît rareori.

Pînă la data de mai sus am fost mulțumiți cu acest procedeu, considerînd statistica primelor 55 de cazuri ca satisfăcătoare față de condițiile modeste tehnice de care dispuneam atunci. În 51 de cazuri rezultatul obținut a fost bun, înțelegînd prin aceasta vindecarea „per primam” a plăgii, reexpansiunea completă a plămînilui fiind de 25 de zile. Într-un caz a survenit postoperator o pleurezie purulentă, în altul s-a produs o supurație intrapulmonară. 2 bolnavi au decedat (unul pe masa de operație cu fenomene de sincopă, iar celălalt mai tîziu în urma complicațiilor pleurale purulente).

După 1956 urmînd calea progresului general în domeniul chirurgiei toracice și valorificîndu-ne experiența proprie cit și pe cea dobîndită în serviciul profesorului Cărpinișan, tactica noastră chirurgicală a fost modificată în multe privințe.

Astăzi acordăm o importanță cu mult mai mare explorării complexe radiologice și de laborator precum și probelor funcționale cardio-respiratorii. Ne-am convins de valoarea deosebită a bronhoscopiei, bronhografiiei, tomografiei, pneumoperitoneului, și pneumomediastinului (mai ales în cazurile complicate). În felul acesta am izbutit să diferențiem mai sigur chistul hidatic de o serie de pneumopatii ce imită chistul și să precizăm astfel sancțiunea terapeutică. Din 1957 întrebăm exclusiv anestezia generală prin intubație în circuit închis (anestezilog Dr. F. Tenbaum E.) și astfel putem evita mai ușor pericolul șocului pleural, al inundației bronșice, al atelectaziei și hipoxemiei ce ne amenința mereu în trecut, cînd întrebîntam anestezia locală. În afară de aceasta, anestezia prin intubație ne permite ca în caz de diagnostic greșit cu orice complicație survenită în timpul operației să putem executa orice altă intervenție necesară (lobectomie, pneumonectomie).

În privința alegerii procedului operator am devenit mult mai prudenți și mult mai puțin exclusiviști, adoptînd atitudini diferite de la caz la caz.

1. În caz de chist solitar, mic (cu un diametru nu mai mare de 3—4 cm) intact, necomplicat, ușor accesibil, fără comunicare evidentă cu arborele bronșic și situat într-un țesut pulmonar tînăr și sănătos, puncționăm chistul și aspirăm conținutul său cu un ac subțire, apoi deschizînd teaca conjunctivă extirpăm în întregime membrana cuticulară prin aspirație sau o pensă en coeur. Spălăm cavitatea rămasă

cu alcool, apoi o umplem cu o soluție de novocaină și umflînd plămînul prin balonul aparatului de narcoză, controlăm dacă nu există comunicare bronșică. Dacă nu găsim fistulă lăsăm cavitatea restantă fără nici o sutură și umflînd din nou plămînul incidem peretele toracic. Pentru a asigura reexpansiunea completă a plămînului lăsăm în colțul plăgii, pînă la plasarea ultimelor fire pe piele, o sondă Nélaton prin care extragem tot aerul din cavitatea pleurală. După terminarea aspirației îndepărtăm sonda. Chisturi atît de „ideale“ sînt însă foarte rare.

2. În toate celelalte forme de chist care nu îndeplinesc condițiile de mai sus, drenăm și aspirăm cavitatea pleurală pînă la reexpansiunea completă a plămînului.

3. Orice chist cu un diametru mai mare de 4—5 cm, a cărei cavitate restantă comunică larg cu bronșiile, mai ales cînd are un conținut infectat, necesită pe lîngă drenajul cavității pleurale încă un drenaj, anume al cavității restante. Acesta din urmă se realizează printr-o sondă Nélaton subțire, lăsată în cavitate și scoasă la perete printr-un orificiu separat și aspirat separat de tubul pleural. Cu ajutorul acestui procedeu am avut totdeauna o evoluție postoperatorie foarte simplă și în chistele cele mai mari și supurate și am putut evita sigur epanșamentele intrapleurale, pneumotoracele de supapă, deplasarea mediastinului precum și transformarea cavității restante în pungă supurată.

În ultimul timp am înlocuit prin acest procedeu capitonajul cavității, metodă atît de tentantă pentru chirurgul general, dar care are totuși riscurile și surprizele sale neplăcute ca: hemoragii, atelectazii, etc. De altfel, capitonajul adesea nici nu rezolvă cavitatea restantă, cum în general înclinăm să credem.

4. În caz de sechele vechi, intraparenchimatoase ale chistului hidatic pulmonar, precum și în majoritatea chisturilor gigante, cu orificii bronșice larg deschise, situate într-un parenchim profund remaniat, asociat cu bronșiectazii, desigur exereza este intervenția care ne oferă soluția cea mai sigură.

5. În chisturile pulmonare unilaterale multiple rezolvăm toate chisturile într-o singură ședință, iar în hidatoza bilaterală începem de obicei cu partea cea mai gravă, pentru a dispune în caz de complicații de un plămîn eficient din punct de vedere funcțional.

6. În hidatoza toraco-abdominală concomitentă (lobul inferior al plămînului drept și regiunea subdiafragmatică a ficatului) ambele chisturi le rezolvăm într-o singură ședință prin freno-toraco-laparotomie, nedrenînd decît cavitatea pleurală.

Trebuie să menționăm că marsupializarea nu o mai întrebuițăm niciodată și nu suturăm plămînul de perete. De asemenea extirparea perichistului, adică extirparea peretelui conjunctiv al cavității rămase după scoaterea membranei cuticulare, procedeu recomandat de Perez-Fontana, nu l-am efectuat niciodată, deoarece îl considerăm nerațional și periculos. Este nerațional fiindcă peretele cavității rămase nu poate fi socotit ca o membrană separată, fiind din punct de vedere histologic o parte organică a țesutului pulmonar înconjurător; este periculos fiindcă provoacă hemoragii și embolii (Fusu Pimen 2).

Urmînd principiile de mai sus și aplicînd în mod diferențiat, de la caz la caz procedeele descrise, am reușit începînd din anul 1956 să soluționăm și cazuri extrem de grave fără mortalitate, reducînd durata medie a tratamentului la 16 zile. Rezultatele tardive, urmărite și din punct de vedere funcțional cardio respiratoric, au fost în mare parte ameliorate. În anul 1957 am operat astfel 15 cazuri de chist hidatic pulmonar, iar în 1958 3 cazuri, fără complicații și fără mortalitate.

Următoarele cazuri confirmă punctul nostru de vedere:

B. Zs. femeie în vîrstă de 50 de ani, a fost internată prin serviciul de salvare, ca urgență, în februarie 1954. La primire prezenta simptome clinice și radiologice de empiem pleural sting acut, sufocant. În cursul toracotomiei de urgență (operator prof. Mátyás M.) din cavitatea toracică stîngă s-a eliminat o mare cantitate de puroi gros și fetid. S-a aplicat un sifon-drenaj tip Bulau. După 4 săptămîni, bolnava ameliorată părăsește clinica purtînd o cavitate restantă endotoracică drenată la liber cu un tub mic de cauciuc.

Bolnava pierdută din vedere, revine abia după trei ani, anume în februarie 1957. Până la aceasta dată s-a tratat acasă purtând mereu tubul de cauciuc în spat și evacuind zilnic o cantitate mică de puroi. În ultimele luni afirmă că starea sa generală s-a înrăutățit, tușește, uneori expectorează sînge și e subfebrilă. A slăbit mult în greutate.

Examenul radioscopic arată o lipsă parțială a coasteilor 8 și 9 stg. Jumătatea inferioară a hemitoracelui stîng e ocupată de o cavitate goală fără nivel de lichid net delimitată în partea superioară de un parenchim pulmonar intact. Peretele cavității este subțire iar pleura cu care cavitatea vine în contact direct, nu prezintă nici urmă de pachipleurită. Mișcările diafragmului nu sînt limitate.

Văzînd acest aspect curios ne-am pus următoarele întrebări: de ce natură este cavitatea și cum s-a format ea? E intrapleurală sau intraparenchimatooasă? Ce legătură are cu sistemul bronșic?

Datele din anamneză ne-au permis să presupunem o origine parazitară. Am aflat că bolnava înainte de a fi operată lucra la un abator, și că atunci, cu ocazia unui examen micro, i s-a spus că în cîmpul pulmonar stîng are o umbră rotundă de mărimea unei nuci. Procesul supurativ survenit mai tîrziu era probabil consecința unui chist hidatic spart și infectat.

Cliseul radiografic din față și profil (vezi radiografia nr. 1 și 2) demonstrează cele văzute la radioscopie, arătînd că este vorba de o cavitate net delimitată, avînd pereții subțiri și că este situată înre lobul superior și inferior stg. Pleura din vecinătate nefiînd îngroșată, presupunem că locul cavității e în scizura interlobară, iar pereții ei sînt formați de pereții chistului evacuat.

Proba cu a'bastu de metilen pune în evidență legătura largă a cavității cu arborele bronșic. Cliseele bronhografice au arătat că întregul lob inferior, dar mai ales segmentul al VIII-lea s-a dislocat în sus și înapoi, în timp ce segmentul lingular al lobului superior s-a dislocat înăuntru. S-a presupus de asemenea comunicarea directă a cavității cu bronșiile segmentare 8 și 9.

Pleurografiile executate în diferite poziții au arătat mărimea și forma exactă a cavității.

Pleurografiile executate în momentul expirației și inspirației (vezi radiografiile 2 și 3) ne-au ajutat să obținem unele date importante în privința indicației operatorii. Anume, am stabilit că pungea ce apărea la inspirație de mărimea unui cap de sugăr, a dispărut complet la expirația forțată, devenind virtuoasă. De aici am tras concluzia că pereții ei sînt elastici, iar lobii pulmonari și-au păstrat capacitatea lor de reexpansiune.

Aceste date ale explorării complexe pneumologice au confirmat presupunerea că pungea toracică observată inițial radioscopic nu e altceva decît cavitatea rămasă după evacuarea unui chist hidatic gigant și infectat. Cavitatea este situată intraparenchimatooasă sau intrascizurală cu comunicare largă și multipă cu arborele bronșic, fără să aibă însă legătură cu cavitatea pleurală.

În fața acestui tablou ne-am dat seama că orice tratament conservativ ar fi de prisos și prelungînd procesul ar favoriza dezvoltarea amiloidozei. Nici aspirația activă și continuă a cavității nu ar fi fost eficace din cauza fistulelor bronșice largi. O eventuală toracoplastie ar fi înrăutățit situația. Astfel au rămas două posibilități: sau să se efectueze o exereză pulmonară parțială sau să se extirpe numai peretele chistic și să se sutureze orificiile bronșice, lăsînd reexpansiunea pulmonară pe seama aspirației continue. Această ultimă posibilitate fiind mai puțin șocantă, mai ușor realizabilă tehnic, fără sacrificiu de parenchim pulmonar, nu trebuia neglijată.

Am ales totuși exereza (operator Csizér Zo'tán) considerînd-o ca unicul procedeu radical ce poate rezolva cazul. În anestezie prin intubație cu circuit închis am făcut o toracotomie largă postero-laterală stîngă la nivelul coastei a VI-a folosînd eter-oxigen și protoxid de azot. După desfacerea manuală a aderențelor pleurale s-a încercat prin ocuirea peretelui chistic să se izoleze pedicolul segmentar sau lobar al acestuia. Din cauza puternicelor aderențe nu am reușit. Chistul s-a

deschis și am pătruns în cavitatea infectată de mărimea a doi pumni, conținând un puroi gros și comunicând arg prin mai multe orificii cu sistemul bronșic al segmentelor învecinate ale lobului superior și inferior.

Întrucât în acest mediu infectat extirparea parțială a plămînului ar fi însemnat un risc prea mare, iar extirparea întregului plămîn ar fi fost un risc și mai mare, ne-am mulțumit să extirpăm parțial peretele chistic. Răsfringînd fragmentul rămas al acestuia pe deasupra orificiilor bronșice, l-am suturat în trei straturi închizînd ermetic astfel orice comunicare cu arborele bronșic. Drenînd cavitatea toracică cu un tub de cauciuc pentru aspirație activă, am închis peretele toracic.

Tactica aplicată s-a dovedit justă, deoarece după o aspirație continuă de 4 săptămîni s-a obținut o vindecare clinică și radiologică, care s-a menținut și la controlul efectuat după un an.

Cazul nr. 2: M. I. fetiță de 14 ani este trimisă de dispensarul de boli pulmonare din Tg. Secuieș, fiind suspectă de pleurezie exudativă dreaptă, abces pulmonar sau hernie diafragmatică dreaptă. (?)

Boala a debutat brusc cu o săptămîină în urmă, cu stare generală rea, vărsături și hemoptizii abundente. La internare este febrilă (38,2) tușește și are o expectorație purulentă, uneori hemoptoică.

La examenul clinic găsim un hemotorace drept rigid, cu matitate la bază și respirația abolită. Din rezultatele examenelor de laborator se reține viteza de sedimentare 120/130 mm și eozinofilia de 8%. Baciloscoopia este negativă.

Pe radiografie (nr. 5) se observă o umbră neomogenă în formă de inel care ocupă treimea inferioară a cavității toracice drepte fără să deplaseze mediastinul.

Pentru a exclude posibilitatea unei hernii diafragmatice am efectuat un pneumoperitoneu. Radiografia astfel executată, a arătat că procesul e situat deasupra diafragmului. Un clișeu din profil (radiografia nr. 7) a demonstrat că formațiunea de mărimea unui pumn se află în lobul inferior dr. și probabil e vorba de un chist hidatic, fiindcă prezintă o umbră hidroaerică neomogenă în care înnoată două formațiuni ovale. Luînd în considerare și eozinofilia presupunerea noastră devine și mai justificată. Numai un chist hidatic pulmonar deschis, în parte evacuat și infectat prezintă acest tablou.

Tomografiile executate la 8 și 10 centimetri ne-au demonstrat în plus existența unui ganglion limfatic mărit în hil, atelectazia lobului mijociu și îngustarea lumenului bronșic al acestui lob. Cutireacția la tuberculină fiind negativă am exclus adenita traheo-bronșică specifică. Proba pozitivă cu albastru de metilen a pus în evidență o largă comunicare între cavitatea chistică și arborele bronșic. Pentru a preciza aspectul morfologic al chistului am executat radiografiile în diferite poziții ale corpului. Aceste radiografii au arătat membrane chistice mișcîndu-se liber în cavitate fenomen care a exclus posibilitatea unei colecții pleurale.

Bronhografiile din față și profil au indicat atât legăturile largi între chist și bronșiile lobului inferior cît și poziția și atelectazia lobului mediu. De asemenea s-a putut stabili poziția chistului pe teritoriul segmentului 10 și deplasarea în sus a segmentului 6, înăuntru a segmentului 7 și înainte a segmentului 8 și 9.

Ținînd seamă de mărimea chistului, de conținutul lui supurat și de comunicarea largă cu sistemul bronșic am considerat exereza singura soluție chirurgicală.

Operația efectuată în ziua de 19 iunie 1957 (Păpai Zoltán și Zeno Barbu) a confirmat justetea acestei indicații. Exereza lobului inferior drept efectuată în anestezie în intubație cu circuit închis, din punct de vedere tehnic s-a dovedit relativ ușoară. Deși chistul s-a deschis în cursul intervenției, mersul postoperator a fost fără accident. La 9 zile după intervenție bolnava părăsește serviciul vindecată clinic și radiologic (vezi clișeul nr. 8).

Un rezultat bun am obținut și în cazul bolnavei F. M. extirpîndu-i un chist gigant supurat, situat în segmentul pectoral al lobului superior drept, aderent de pericard și cu largi fistule bronșice. În acest caz, după ce am extirpat membrana cuticulară, am drenat și aspirat cavitatea restantă separat de aspirația cavității

Cazul nr. 1.



Fig. nr. 1.
Pungă chistică cu tub.



Fig. nr. 2.
Conirastografia pungii în inspirație



Fig. nr. 3.
În expirația forțată punga se golește și dispare.



Fig. nr. 4.
Starea imediat după intervenție.

voțarea st. s. pe care nu le abordăm fiind secundare, menționind numai că nici pînă în prezent nu este elucidat felul de înmulțire a ouălor, necunoscîndu-se dacă provin prin înmulțire gematogenă sau schizogonică. Unii susțin că ouăle se transformă în larve în tubul digestiv al omului, alții că ouăle se elimină din organism prin fecale. În practica de toate zilele larvele se pot pune în evidență în 80% din fecale și în 90% din sucul duodenal, în schimb ouăle apar mult mai rar în fecalele individului infectat (8).

Important din punct de vedere epidemiologic este faptul că st. s. produc infecții nu numai la cei care lucrează în mine, cum se credea în trecut, presupunîndu-se un paralelism între frecvența st. s. și anchilostomei duodenale. Majoritatea bolnavilor din țara noastră și din Ungaria nu lucrau subteran. Astfel se explică frecvența relativ mare a st. s. și la copii. Nici unul din cele 3 cazuri observate de noi nu lucrau subteran.

Tabloul clinic al strongiloidozei este foarte variat: la tropice apare ca o boală infecțioasă generală. Astfel, s-au pus în evidență larvele în viscerele abdominale, în miocard, în exudatul pleural serohemoragic. Cercetătorul japonez *Yamaguchi* făcînd experiențe la ciini a aflat larve chiar și în creierul animalelor (8, 9, 10, 11).

La noi *Viorel Gligore* și colab. au descris 4 forme clinice și anume: hepatoduodeno-colecisto-patice, apendiculare, alergice și neurastenice (7). Din cauza tabloului clinic variat bolnavii sînt tratați ani de-a rîndul cu diagnostic greșit. Mulți sînt supuși intervențiilor chirurgicale, cînd se extirpa apendicele (ca și în cazul nostru) sau colecistul. Alte ori se indica laparotomia explorativă. Deseori st. s. nu produce nici un simptom.

În hemogramă pe lîngă anemie feriprîvă se observa frecvent și eozinofilie, care deseori poate fi moderată, cum afirmă recent mai mulți autori. Aceasta se explică prin faptul că eozinofilia este în concordanță cu reactivitatea alergică (7, 5, 12, 13, 14). În cazul nostru eozinofilia varia între 15—18%. La început apare și leucocitoza, pe care noi nu am observat-o însă.

Pentru a găsi tratamentul eficient s-au făcut experiențe cu mai multe medicamente atît în vitro, cît și in vivo. În legătură cu această problemă este de remarcat lucrarea sintetică a lui *Páll* și colab. (15). Tetraclor-etilenul, timolul, hexilrezorcinolul și glicerina azi nu se mai întrebunțează. Violetul de gentiană per oral este ineficace, iar administrat intravenos produce de multe ori flebite grave. Majoritatea autorilor întrebunțează violetul de gentiană intraduodenal; *Viorel Gligore* și colab. preconizează administrarea fracționată prin sondă. Noi am administrat-o timp de 20 zile lără rezultat, în schimb producea la bolnava noastră greață și o stare generală alterată. Tot așa st. s. nu este influențat nici de neosalvarsanul intraduodenal. Noi am obținut cel mai bun rezultat cu papaina, după care larvele dispăreau în scurt timp, din fecalele și sucul duodenal al bolnavei noastre și nici la examinări repetate nu s-a mai putut pune în evidență. Astfel rezultatele noastre terapeutice confirmă observațiile lui *Páll* și colab.

Sosit la redacție: la 12. aprilie 1958.

Bibliografie

1. *Lourekovich I., Tomcsik I., Lörincz. I.*: Bacteriologia, Parazitologia, Budapesta, 1935, 523—25;
2. *Hajeganu-Goia*: Tratat elementar de semiologie și patologie medicală Vol. II., 3. *Rökay, Berger*: Orv. Hetilap 5, 1926; 4. *Friedrich L.*: Orv. Hetilap 47, 1948; 5. *Borhegyi L., Széplaki S., Dozsán G.*: Orv. Hetilap, 27, 181, 1954; 6. *Páll G., Vánky K., Pump K.*: Orv. Hetilap 7, 181, 1956; 7. *Viorel Gligore, Strlmbu V. și colab.*: Viața Med. 5, 14, 1956; 8. *Jones C. A.*: Semiology 1951; 9. *Faust E. c. de Groat A.*: Am. J. Trop. Med. 20, 359, 1940; 10. *Faust E. C., Craig C.*: Clinical parasitology Sanders Philadelphia, 547, 1954; 11. *Whitehall R., Miller M.*: Bul. Johns Hopkins Hosp. 75, 169, 1940; 12. *Friedrich L.*: Orv. Hetilap 12, 330, 1955; 13. *Borhegyi L.*: Orv. Hetilap 12, 334, 1955; 14. *Hun N., Döczy P.*: Katonaorvosi szemle, Budapesta 10, 907, 1956; 15. *Páll G., Vánky K., Kalapos*: Orv. Hetilap 24, 654, 1957.

ДАнные О ЧАСТОТЕ И КЛИНИКЕ СТРОНГИЛЕИДОЗА
(*Strongiloides stercoralis*)

Гун Н., Биро И.

Авторы обнаружили яйца глист кишечной угрицы в стуле и ее личинку в дуоденальном соке у трех больных. В двух случаях клиническая картина была бессимптомна, в одном случае клиническая картина была разнообразная. Временная рвота, запах изо рта, набухшая полнокровная слизистая носовых ходов, похудание и анемия.

При лечении папайном личинки исчезли. Больной наблюдался в последующем в течении 18 месяцев. Симптомы заболевания не повторялись.

DONNÉES SUR L'OCCURRENCE ET LE CARACTÈRE CLINIQUE
DE *STRONGILOIDES STERCORALIS*

N. Hun, I. Biró

Les auteurs ont aperçu des oeufs de *Strongiloides stercoralis* dans les fèces de 3 malades et des larves dans leur muqueuse duodénale. Deux cas étaient sans aucun symptôme quelconque, mais un des cas révéla un tableau pathologique curieux: emesis périodique, halitose, muqueuse nasale hyperémique et gonflée, émaciation prononcée et anémie.

Après l'administration de Papaine, les larves avaient disparues, puis après 18 mois d'observation, les symptômes ne se répétèrent plus.
