

## PROBLEME DE DIAGNOSTIC ŞI INDICAŢIE CHIRURGICALĂ IN TUMORILE MEDIASTINALE\*

Z. Csizér, Z. Păpai, F. Nagy

Experienţa din ultimii 6 ani a Clinicii chirurgicale din Tîrgu-Mureş în domeniul chirurgiei toracice cuprinde un număr de peste 600 de intervenţii. Dintre acestea, 22 au fost efectuate la bolnavi purtători de neoplasme mediastinale, tumorale, pseudotumorale sau chistice. Studiul clinic al acestor cazuri, confruntat cu datele statistice ale celor 277 de cancere pulmonare prezentate într-o lucrare anterioară (13) ne-a dat posibilitatea să tragem unele concluzii utile şi destul de alarmante pentru practica medicală curentă. Analiza acestor cazuri a demonstrat că din totalul bolnavilor cu tumori intratoracice numai aprox. 1/3 a ajuns în stare de operabilitate în serviciile noastre de specialitate. Cauzele întârzierii stabilirii diagnosticului şi mai ales a indicaţiei operatorie sînt legate în 25% a cazurilor de neştiinţa sau indolenţa bolnavilor, iar în 60% vina o poartă şi medicii care au avut în observaţie bolnavii. O situaţie asemănătoare relatează şi alţi autori (5, 7), îndeosebi acei care analizează situaţia de pe raza unui teritoriu şi nu în lumina datelor statistice ale unui singur institut de specialitate unde bolnavii vin deja selecţionaţi. Datele prezentate sînt destul de elocvente şi justifică din plin necesitatea de a reveni asupra probelor de diagnostic şi de indicaţie chirurgicală ale tumorilor toracice în general şi ale celor mediastinale în special.

Urmînd în linii mari clasificarea lui *Bariety* şi *Coury* (1950) pe care o socotim cea mai folositoare în orientarea clinică, prezentăm mai jos cazuistica noastră.

### I. Neoplasme de ţesut tiroidian

Obs. I. Bolnava Sz. P. (F. de obs. nr. 2351-1962) de 61 ani, obeza, se prezintă cu dispnee răguşală, stridor, oboseală şi semne de hipotirozism. Clinic, tiroida nu pare mărită, dar radiologic se pune în evidenţă o formaţiune retrosternală de mărimea unui pumn de adult, avînd o formă rotundă neregulată, cu marginea inferoară bine delimitată, ce dislocă mult traheea spre stînga şi o comprimă. Formaţiunea în timpul deglutiţiei urmează foarte puţin mişcările laringelui. Scintigrama executată pune în evidenţă caractere de ţesut tiroidian fără semne de hiperfuncţie sau de malignitate. Avînd în vedere vîrsta bolnavei şi deficienţele sale organice multiple, se pune în discuţie terapia cu iod radioactiv sau intervenţie chirurgicală. Ne hotărîm pentru aceasta din urmă şi ne pregătăm pentru sternotomie longitudinală. La intervenţie am reuşit totuşi să luxăm cu oarecare dificultate formaţiunea din mediastinul anterior în plaga cervicală, fără sternotomie.

Obs. II. Bolnava S. I. în vîrstă de 32 ani (F. de obs. nr. 1327/58) se prezintă cu o formaţiune rotundă, de mărimea unei nuci verzi, bine delimitată, omogenă, situată paratraheal la dreapta, mediat deasupra emergenţei bronşiei lobare superioare drepte. Formaţiunea a fost descoperită accidentală fără ca bolnava să fi avut vreo suferinţă. Explorările clinico-radiologice, complexe nu au putut lămuri însă natura formaţiunii, ci numai localizarea, benignitatea ei probabilă, precum şi faptul că în decurs de 3 luni de observaţie a crescut cea 1 cm în diametru. Bolnava avînd în antecedente adenom tiroidian extirpat înainte cu 10 ani, ne-am gândit la o tumoare de ţesut tiroidian ectopic. Neavînd în acel timp radiozotopi la îndemînă, diagnosticul s-a contr-

\* Lucrare prezentată la cea de a IV. Sesiune Ştiinţifică a I.M.F., Tg.-Mureş, 21-22 dec. 1962.

mat numai posterior. Tumoarea a fost extirpata prin toracotomie posterolaterala dreapta. Examenul histopatologic: struma nodosa coloides.

Printre persoanele cu tumori mediastinale de origine tiroidiană nu am avut decât doi bărbați, dar și aceștia cu evoluție neobișnuită.

Obs. 7 B. I. în vîrsta de 50 de ani (F. obs. nr. 452/1961) se interesează cu semne de hipertiroidism, dispnee la efort, tuse iritativă, semne de compresiune traheală. Radiografia din față și profil pune în evidență o formațiune rotundă-ovoidă, situată în mediastinul anterior retrosternal, cu calcifieri multiple ce nu pare a avea legătură cu glanda tiroidă și nu urmează mișcările respiratoare. Avînd în vedere stare bolnavului, evoluția rapidă în decurs de cîteva săptămîni a fenomenelor copresive, durerile retrosternale apărute în ultima vreme am presupus o tumoare de origine tiroidiană probabil malignă și am indicat intervenție. Prin sternotomie longitudinală parțială am reușit să enucleăm un adenom tiroidian ce avea legătură cu lobul drept al glandei numai printr-o lamă fibroasă. Evoluție postoperatorie fără accidente, vindecare. Examenul histopatologic nu a pus în evidență semne de malignitate.

Neoformațiunile tumorale sau chistice ale tiroidei reprezintă după datele din literatură 5—7% din tumorile mediastinale. După cum arată și cazurile noastre, sînt mai frecvente la femei, raportul fiind 2 : 8. Majoritatea lor sînt de fapt guși plonjante retrosternale. Sînt considerate tumori tiroidiene ectopice acelea care nu au nici o legătură cu glanda tiroidă sau sînt unite cu aceasta numai printr-o lamă fibroasă. Diagnosticul lor este facilitat prin prezența unei formațiuni rotunde-ovoide sau policiclice, în mediastinul anterior, proiectată mai des spre bordura dreaptă a mediastinului. Cînd se constată și semne de hipertiroidism sau în antecedentele bolnavului se semnaleză o intervenție pe tiroidă, diagnosticul este și mai ușor. Examenul radiologic pune în evidență flexiunea traheei, iar în 25% a cazurilor arată și calcifieri în interiorul tumorii. Un mijloc mult mai precis de diagnostic al acestor tumori îl constituie radioiodocaptarea, o investigație care dă relații foarte prețioase nu numai despre natura tumorii, ci și despre starea ei funcțională și despre eventualele transformări maligne. Indicația operatorie este netă, căci numai astfel vom putea preveni accidentele grave de compresiune, apoplexia tiroidiană sau procesul de malignizare.

*Adenoame paratiroidiene mediastinale* noi nu am avut în observația noastră. Sînt afecțiuni foarte rare. Ne vom gîndi la ele în prezența unei tumori în mediastinul antero-superior cînd aceasta este asociată cu un sindrom sau sindroame osoase, viscerale și umorale caracteristice: tumefacții, deforțări și chisturi osoase, litiază renală hipercalcemie, hipofosfatemie, etc.

## II. Neoformațiunile timusului

Prezentăm un singur caz:

R. I. femeie de 57 ani a fost transferata de la clinica neurologica, avînd diagnosticul de sindrom de miastenie gravă suspectîndu-se o neoformație a timusului. Boala a debutat înainte cu 2 ani și a avut o evoluție progresivă, bolnava ajungînd în situația a nu mai putea umbla, de a nu-și putea ridica pleoapelor sau masticarea. Fînd enaciată, răgușită și dispneică, bolnava necesită doze zilnice repetate de prostigmină. Radiologic pe bordura stîngă a mediastinului se descoperă o opacitate neomogenă, de formă neregulată, de mărimea unei nucii verzii ce cuprinde și segmentul lingular al lobului pulmonar superior stîng. Avînd în vedere crizele tot mai grave de dispnee, indicația chirurgicală a fost netă. La intervenție se descoperă o tumoare timică dură cu suprafața boselată, aderentă de vasele mari, care se întindea nemijlocit și asupra segmentului lingular al plămînilui. Sternotomie mediană totală ne-a oferit un cîmp destul de larg, pentru a putea executa cu succes tinctomia și lobectomia superioară într-un timp. Evoluția postoperatorie a fost ușoară și bolnava a părăsit clinica fără a mai fi nevoie să

se adminstreze prostigimnă. Examenul histopatologic a arătat o tumoare limică limfo-epitelială cu caractere de malignitate

După 1 an și 7 luni bolnava mai este în viață. Miastenia a reapărut, dar într-o formă mai ușoară.

Neoformațiunile timusului (timoamele) sînt semnalate în literatură cu o frecvență de 6—14% din tumorile mediastinale (11). Vom suspecta cu mare probabilitate o tumoare timică ori de cîte ori în mediastinul anterior se pune în evidență o neoformațiune asociată cu semnele clinice ale miasteniei grave sau mai rar cu boala lui Hodkin și leucoze (16). Tumorile timice se asociază miasteniei grave în 65—75% a cazurilor. Sînt în schimb în cca. 10—30% miasteniei grave fără tumori timice (8). Ca mărime tumoarea prezintă variații mari de la 2 gr. la 2 kg. Ca formă de asemenea poate fi rotundă (chisturi timice), ramificată-invadantă (timo-epitelioame), ori lobulată (timo-lipoame). În diagnosticul lor pozitiv poate fi de mare folos tomografia în diferite planuri, radioiodocaptarea care o diferențiază de tumorile tiroidiene și în sfîrșit radio-kimografia și angiografia pentru excluderea malformațiilor vasculare.

### III. Neoformațiuni ale țesutului limfoid

În această grupă sînt cuprinse afecțiuni foarte variate ca: boala lui Hodkin, sindromul Besnier-Boeck-Schaumann, sindromul gigantofolicular al lui Brill-Symmers, leucoza limfoidă, limfosarcomul mediastinal, reticulosarcomul, metastazele canceroase ale ganglionilor limfatici, limfadenita tuberculoasă toracică, granulomul mediastinal, etc. Ele pot să apară în mediastin ca adevărate tumori primare sau cel mai des ca manifestări locale ale unei boli generale de sistem. Pentru diferențierea lor afară de procedeele de explorare amintite, se impune obligația de a cerceta amănunțit testele hematologice, tabloul histologic al puncției-biopsii, testele serologice ale inflamațiilor cronice specifice, reacțiile tuberculice cutanate, etc. Dacă majoritatea acestor tumori sînt nerezolvabile pe cale chirurgicală, uneori pot beneficia totuși de extirpare prin operație. Astfel unele forme de adenite tuberculoase mari, ce nu reacționează la tratamentul specific de durată sau prezintă pericolul diseminării endobronșice prin fistulizare, ne obligă să intervenim chirurgical.

În materialul nostru avem 3 cazuri din această categorie.

B. Z. bărbat în vîrstă de 40 de ani se internează cu diagnosticul de cancer pulmonar, probabil inoperabil, pentru precizare de diagnostic și de atitudine terapeutică. Bolnavul emaciat, inapeten, avînd dureri retrosternale, tuse iritativă și dispnee la efort, prezintă radiologic o opacitate paramediastinală dreaptă, care înfîltrează și lobul superior drept. O biopsie din ganglionii prescalenici, după metoda Daniels, pune în evidență celule Sternberg. Bolnavul a beneficiat de tratament cu citostatice și radioterapie care l-a menținut în stare generală bună timp de doi ani.

### IV. Neoformațiuni ale țesutului nervos

Alături de formațiunile chistice embrionare ale mediastinului neoformațiile de țesut nervos prezintă frecvența cea mai mare de 25—35% din toate tumorile și pseudotumorile acestei regiuni (2). Ele își pot avea originea în toate formațiunile nervoase ale mediastinului în nervii vagi, frenici, în lanțul simpatic, în rădăcinile spinale, în fibra nervoasă însăși (neurinoame), sau în teaca lui Schwann (neurofibroame). Cele mai frecvente sînt cele de origine simpatică, dintre care unele sînt benigne (ganglioneuromul), altele maligne (neuroblastomul). Așezate în marea lor majoritate în gutiera costo-vertebrală se prezintă ca tumori ovoide-rotunde, cu capsulă proprie, netedă, net delimitate la radioscopie. Ele se întîlnesc, după Santy, în 70% a cazurilor la femei. Diagnosticul lor pozitiv este asigurat prin simplă radiografie din diferite poziții, asociată cu pneumotorax care le diferențiază de tumorile pulmonare periferice. În practică se confundă des cu chisturile hidatice

intratoracice, mai ales dacă reacția Cassoni și eozinofilia nu sînt semnificative. Diagnosticul diferențial al acestor tumori de origine nervoasă trebuie întotdeauna făcut cu meningocelul mediastinal precum și cu tumorile de origine limfatică.

În materialul nostru am avut un singur caz.

B. I. muncitoare în vîrstă de 32 ani se prezintă cu inapetență, dureri de spate cu caracter de neuralgie intercostală. Radioscopic se pune în evidență o formațiune rotundă de mărimea unui ou de găină, net delimitată, cu excepția porțiunii posterioare, de intensitate subcostală, situată intratoracic în gîtera dreaptă costo-vertebrala imediat deasupra cruragului. Pare a fi chist hidatic dar o nouă radiografie făcută după instituire de pneumotorax a relevat apartenența ei parietală.

Poziția tumorii, forma ei precum și durerile pornite de la acest nivel ne-au îndreptat spre diagnosticul de ganglioneurom. Tomografiile executate au relevat însă și semne de malignitate: eroziuni și deformațiunea coastei adiacente. Intervinînd prin toracotomie postero-laterală diagnosticul nostru prezumtiv a fost confirmat.

#### V. Neoformațiuni ale țesutului conjunctiv:

Din această categorie avem 4 observații: două tumori benigne și două maligne. Prezentăm una din ele.

1. Bolnava K. I. în vîrstă de 34 ani (F. de obs. nr. 431/1958) a fost internată cu diagnosticul de tumoare mediastinală, descoperită întîmplător la radioscopie pulmonară înainte cu 2 ani și urmărită de atunci prin exanunări radiologice și clinice repetate.

La internare bolnava afară de o ușoară senzație de apăsare în piept și oboseala la efort, nu avea alte cauze. La examenul clinic s-au putut pune în evidență semne discrete de distonie neuro-vegetativă. Nu am decelat semne de compresie pe freic, recurent, lanțul simpatic, asupra arborelui bronșic sau vascular. Examenul radiologic standard a pus în evidență o formațiune ovoidă de mărimea unei nuci verzi, bine delimitată, cu marginile regulate, de intensitate subcostală, situată pe bordura dreaptă a mediastinului, între mediastinul anterior și cel posterior. Esofagografia baritată a pus în evidență o ușoară imprimare a peretului esofagian la acest nivel. Tomografiile au scos în evidență omogenitatea formațiunii. Mediastinografia gazoasă (*Zeno Barbu*) a arătat localizarea subpleurală a tumorii și delimitarea ei de organele învecinate (esofag, vena cavă). Bronhoscopia, bronhografia ca și examenele hematologice, serologice nu au adus nici un element pozitiv de diagnostic.

Avînd în vedere creșterea moderată a tumorii în decurs de doi ani am indicat intervenție chirurgicală cu diagnosticul prezumtiv de tumoare mediastinală benignă, probabil de origine hroidiană. Extîrpid tumoarea prin toracotomie postero-laterală, histopatologic s-a dovedit a fi un fibrom.

Dintre tumorile țesutului conjunctiv fibromul reprezintă potrivit datelor din literatură cca. 4% din tumorile mediastinale, iar lipomul 2%. Ele pot atinge măriri considerabile producînd cu timpul prin hipoxemie cronică de hipoventilație un sindrom osteo-artropatic, degete în baghete de tambur etc. *Leopold* (citată de *Mates*) comunică un caz de lipom care a atins greutatea de 8 kg, iar *Rajagh* (1962) un neuro-fibrolipom de 2 kg. Ele sînt situate de obicei în mediastinul anterior sau posterior, putînd avea și o porțiune extratoracică subcutanată.

În categoria acestor tumori de origine mezenchimatoasă mai avem observația unui *hemangio-endotheliom*. B. K. *Osipov* (1960) a adunat din literatură 17 cazuri, dintre care 10 au fost maligne.

Cazul nostru: R. M. băiat în vîrstă de 14 ani (Foata de obs. nr. 1107/1959) are o ușoară jenă retrosternală și dureri de spate. La radioscopie se descoperă în mediastinul anterior a formațiune ovoidă de mărimea unei mandarine, bine delimitată. Examele clinico-radiologice nefiind concludente, se intervine fără a avea un diagnostic precis

La deschiderea toracelui prin abord antero-lateral stîng în spațiul al IV-lea intercostal, se găsește o formațiune tumorală vasculară aderentă de vasele mediastinului între care se intersmiază adine. Tumoarea se extirpă numai în parte din cauza lipsei spațiului de elivaj și a hemoragiei care nu poate fi decit cu greu stăpînită. După o evoluție postoperatorie fără accidente, bolnavul s-a simțit bine timp de 3 ani cînd au apărut deodată o dispnee pronunțată și accese de sufocare. Controlul radiologic pune în evidență recidiva tumorii care a atins mărimea unui cap de lăt. Tracheotomia instituită nu aduce nici o ameliorare și bolnavul moare sufocat. Menționăm că la prima intervenție examenul histopatologic a aratat un hemangiom cavernos fără semne de malignitate.

#### VI. Neoformațiuni conjunctivo-epiteliale mixte, tumorale, pseudotumorale și chistice

Acest mare capitol al tumorilor și pseudotumorilor mediastinale cuprinde chisturile dermoide, chisturile celomice, bronhogene și gastrogene (1) precum și teratoamele acestei regiuni. *Bariety* și *Coury* înglobează aici și chistul hidatic.

*Chisturile dermoide* după datele lui *V. I. Lukiacenko* (1960) reprezintă cca 14% din toate tumorile mediastinale. Clinic, ele evoluează mult timp asimptomatic, crescînd foarte încet în volum. La un moment dat pot prezenta însă o creștere bruscă provocînd compresiune mediastinală sau se pot maligniza. Se situează de obicei în mediastinul anterior, retrosternal, ca formațiuni bine conturate. Unii autori arată că prin simple radiografii sau tomografii în interiorul tumorii pot fi puse în evidență formațiuni compacte în 25—35% a cazurilor. Peretii chistului adesea pot fi calcificați. În cazuri mai puțin caracteristice diagnosticul lor se face prin excluderea tumorilor timice și a celor tiroidiene. Noi nu am avut în observația noastră astfel de tumori.

*Chisturile bronhogene* reprezintă cca. 3—4% din tumorile mediastinale (*Petrovski*, 1960), *P. I. Logvinenko* (1962) arată că în ultimii 10 ani în U.R.S.S., au fost extirpate 24 de astfel de tumori. Diagnosticul lor se face de obicei postoperator, prin examen histopatologic cînd în peretele chistului se pun în evidență resturi de mucoasă bronșică și cartilagi. Ne vom gîndi și la un chist bronhogenic în toate cazurile cînd vom găsi în imediata apropiere a bifurcației traheei o formațiune chistică rotundă-ovală cu pereții subțiri și cu un conținut de lichid viscos.

Printre observațiile noastre figurează un caz (bolnava *N. A.* în vîrstă de 22 ani, I. de obs. nr. 1110 din 1962) care prezenta o formațiune asemănătoare pe bordura dreapta a mediastinului. Considerată drept chist hidatic, s-a făcut o toracotomie în a'l spital, dar din din culturi teinice tumoarea nu a putut fi extirpată. Reintervinînd după doua luni, am reușit după o disecție anevoioasă printre elementele vasculare ale mediastinului să extirpăm un chist de mărimea unei portocale ce avea caracterele descrise mai sus. Examenul histopatologic nu a putut pune însă în evidență elemente de mucoasă bronșică.

Chisturile celomice denumite și paracardiace sînt localizate în mediastinul anterior, de obicei în unghiul cardio-frenic stîng, sau drept, strîns legate de pericard, fără însă să comunice cu el. Ca formă, mărime, aspect radiologic pot fi confundate cu chisturile hidatice, pulmonare (6) situate în această regiune. Diagnosticul lor este mai ușor cînd prin instituirea unui pneumotorax artificial reușim să detașăm plămînul de pericard și atunci chistul paracardiac apare cu semnele sale caracteristice. În observația noastră am avut un singur caz de chist celomic. Abordul și extirparea lor nu pun probleme deosebite de indicație sau tehnică chirurgicală.

#### Discuții și concluzii

Neoformațiunile mediastinale chistice sau tumorale, congenitale sau cîștigate, benigne sau maligne prezintă astăzi un interes deosebit prin pronosticul lor întotdeauna incert și problemele chirurgicale pe care le pun.

Din studiul materialului clinic din ultimii 6 ani al Clinicii chirurgicale din Tg. Mureș se pot trage unele concluzii pentru practică. În primul rând ne-am convins că diferitele scheme și sisteme de clasificare bazate pe considerente pur histologice, pe lângă incontestabila lor valoare în dirijarea explorărilor, nu ne spun prea mult în ceea ce privește prognosticul și mai ales în privința indicației chirurgicale. La o bună parte a tumorilor mediastinale e foarte greu să deosebim preoperator dacă ele sînt formațiuni chistice sau pline, benigne sau maligne, congenitale sau cîștigate, ba uneori chiar și apartenența lor de organ. Operabilitatea radicală de asemenea este uneori greu de apreciat chiar în posesia celor mai bogate date ale explorării clinice radiologice și funcționale. Tumori mici pot cauza perturbări serioase și mari dificultăți la tentativa de extirpare și invers, tumori voluminoase pot evolua lung timp asimptomatic și se pot enuclea fără greutate. Tot astfel tumori care ani de-a rîndul au fost urmărite ca benigne, pot lua în câteva săptămîni o evoluție clinică cît se poate de malignă, nu numai prin invadarea țesuturilor din jur, dar și prin compresiunea provocată asupra organelor vitale.

În diagnosticul precoce al tumorilor mediastinale rolul principal îl are deșigur depistarea în masă prin radiofotografie. Un rol deosebit îi revine însă și medicului de circumscripție și de policlinică teritorială. Datele anamnestice, interpretarea la justa lor valoare a fenomenelor subiective inițiale, ce trădează o suferință mediastinală, vor furniza destule date medicului pentru stabilirea suspiciunii de neoplasm mediastinal și pentru internarea bolnavului în spitalul raional sau direct într-un serviciu de specialitate. Astfel micile semne de compresiune a trunchiurilor arteriale sau venoase (sindrom de cavă superioară, diferență de puls și tens. art. la membrele superioare), de compresiune nervoasă (sindrom Claude-Bernard, Horner, sindrom Pancoast-Tobias, sindrom de iritație a vagului etc.).

În condițiile spitalelor raionale, datele clinice vor trebui să fie integrate cu cele rezultate din explorările posibile și obligatorii la acest nivel, efectuate după o anumită eșalonare: *radioscopie, radiografii* din diferite poziții, *bronhografie și esofagografie*. Tot aici examenul radiologic poate fi repetat la nevoie după instituirea de *pneumotorax* sau *pneumoperitoneu*. Spitalul raional mai poate completa cu succes seria examenelor de laborator, în special a celor hematologice, în vederea excluderii sau confirmării unor neoplasmuri mediastinale aparținînd bolilor de sistem limfo-hematopoetic, reticuloendotelial.

Toate celelalte precizări în plus, necesare pentru un diagnostic cît mai complet, vor fi executate în servicii spitalicești de specialitate. Astfel seria clișeeilor tomografice asociate cu pneumo-mediastin vor da relații prețioase asupra structurii și raportului cu organele vecine. *Angiografia și venografiile* toracice (17, 9) vor putea exclude anevrismele și vor descoperi eventuale obstacole circulatorii. Explorările endoscopice: *bronhoscopia, esofagoscopia*, completate cu aspirația dirijată în vederea obținerii de material pentru examenul citologic, ca și *biopsia ganglionilor prescalenici (Daniels), puncția-biopsia* ganglionară sau uneori *puncția transparietală directă* a tumorii, au devenit astăzi metode de diagnostic indispensabile.

O valoare deosebită și o apreciere unanimă a cucerit folosirea în diagnosticul tumorilor mediastinale a *izotopilor radioactivi*. Mai ales în diagnosticul pozitiv și diferențial al adenoamelor tiroidiene intratoracice, *scintigramele* realizate ne înfățișează o adevărată hartă topografică lezională.

În privința indicației chirurgicale, în fața unei tumori mediastinale ne vom baza pe trei elemente esențiale de diagnostic pe care e bine să le avem conturate:

1. caracterul primar sau secundar al afecțiunii, pentru a nu interveni de prisos în afecțiuni generale, unde tumoarea mediastinală este numai o manifestare locală a unei boli generale;
2. sediul și limitele aproximative ale neoplasmului, pentru a putea alege calea de abord cea mai potrivită;



*Fig. nr. 1:* S. J. Necoformațiune de țesut tiroidian ectopic mediastinal.



*Fig. nr. 2:* B. I. Adenom tiroidian mediastinal.



*Fig. nr. 3:* K. I. Fibrom latero-mediastinal drept (clișeu pneumo-tomografic).

Fig. nr. 4: R. M. Hemangio-endo-  
liom mediastinal.



Fig. nr. 5: R. M. Același bolnav. Tu-  
moare recidivată.

Fig. nr. 6: L. M. Condro-mixo-fibrom  
Pankos-Tobias.





3. evaluarea riscului unei toracotomii sau sternotomii mediane raportat la persoana în cauză (principiul de bază al oricărei intervenții), și bazat pe studiul echilibrului biologic al întregului organism.

Pentru medicii de medicină generală principiul de bază în interpretarea neoformațiilor mediastinale va fi o negațiune: „nu există tumori mediastinale sigur benigne“, iar pentru specialist: „observațiile și explorările să nu dureze mai mult de 2—3 săptămâni“.

*Sosit la redacție: 7 februarie 1963.*

#### *Bibliografie*

1. BARANOVA A. G.: Vstn. Hir. (1960), 10, 116—117; 2. BINET I. P., BRACHET I. Rev. du Prat. Tov V, no 31, 3311—3313; 3. BUȚUREANU VI. și colab.: Rev. Ned. Chir. Iași (1956) XI, 4, 115; 4. PARIETY M. CHOURY CH.: Sem ds Hop. (1950), 4, 1968; 5. CARPINIȘAN C.: Chirurgia (1958), 6, 829; 6. CHIPAIL GH. Chirurgia (1955), 2, 85; 7. DANIELLO L.: Comunicare S.S.M. Cluj, 24. XI. 1960; 8. ELLMANN CH. și colab.: Brit. Med. Jorun. (1958), 5071, 626; 9. GOLDSTEIN M. DUMONT A.: Acta Chr. belg. (1961), 2, 168—189; 10. LOGVINENKO P. I.: Gidn. Hir. (1962), 1, 114—116; 11. KUKIACENKO B. I-a.: Razpoznavanija Opuholei i Kist Sredostenia M. (1960); 12. CSIPOV B. K.: Hirurgia Sredostenia M. (1960); 13. PAPAI Z., CSIZER Z., și colab.: Rev. Med. Tg.-Mureș (1962), 1, 3—11; 14. PETROVSKI B. V.: Hirurgia Sredostenia, Moscva, Medgiz (1960); 15. RAJAGH L. și colab.: Magyar Seb. (1962), 2, 125—1929; 16. RUDLER C. J., REZEMON P.: LIX-eme Congr. Fr. de Chir. Paris oct. 1957; 17. SARMEȘIU și colab. Chirurgia (1960), 5, 702—714.