

## EXPERIENȚA NOASTRĂ ÎN TRATAMENTUL ABCESULUI PULMONAR PRIMITIV\*

Fr. Jozefovics, C. Hain, Fr. Klents, I. Zsejki

Antibioterapia a deschis perspective largi în tratamentul bolilor cauzate de microorganismele.

Printre maladiile care au beneficiat cel mai mult de acțiunea binefăcătoare a ei, pot fi numărate supurațiile bronho-pulmonare și în deosebi abcesele primitive ale plămînului. Acestea, datorită faptului că iau naștere și se dezvoltă într-un teritoriu pulmonar îndemn înainte, pot fi oprite în evoluția lor și de cele mai multe ori vindecate definitiv, cu mijloacele conservative de care dispunem azi.

Pentru a verifica activitatea depusă în vindecarea abcesului pulmonar primitiv (a.p.p.) în vederea adaptării celei mai juste atitudini terapeutice, ne-am propus să supunem unei analize, sub aspectul rezultatelor tardive (6 luni—10 ani), soarta tuturor bolnavilor cu a.p.p. internați și tratați în clinica noastră în ultimii 10 ani (1952—1961).

★

În perioada amintită au fost internați în clinica noastră 150 de bolnavi cu supurații bronho-pulmonare acute sau cronice de diferite etiologii, dintre care 71 a.p.p.

Prin analiza acestor cazuri am căutat să precizăm:

1. — care sînt factorii care favorizează și influențează apariția a.p.p. și care sînt șansele de vindecare;
2. — care este cel mai adecvat tratament conservator și limitele lui;
3. — indicația tratamentului chirurgical;
4. — atitudinea în fața recidivelor și
5. — concluziile ce se pot trage din compararea rezultatelor imediate cu cele tardive.

În vederea cunoașterii rezultatelor tardive, am rechemat prin corespondență bolnavii noștri, sau am cerut relații despre situația lor de la medicul de circumscripție prin completarea unui chestionar.

S-au prezentat la control 55 bolnavi, totalizînd 91,6% din cei în viață și au fost examinați din p.d.v. clinic prin probe de laborator și radiotomografie. Soarta celorlalți bolnavi a fost urmărită pe baza chestionarelor amintite. Despre unul singur nu am reușit să obținem datele solicitate.

Am considerat vindecați pe acei bolnavi, care la control nu mai prezentau nici un simptom clinic sau de laborator, de supurație pulmonară, iar radiologic nu au avut nici o modificare pe locul fostei leziuni, sau avînd sechele definitive, păstrîndu-și capacitatea de muncă.

Soarta ulterioară a bolnavilor noștri este prezentată în tabelul nr. 1.

\*Lucrarea prezentată la a IV-a sesiunea științifică a I.M.F. din Tg.-Mureș dec. 1962.

**Tabelul nr. 1.**  
Rezultatele globale tardive

Total tratați	Vindecați medical	Vindecați chirurg.	Total vindecați	Nerezolvați		Total nerezolvați
				în viață	morți	
71	44	7	51	7	13	20

Reiese că: — 51 s-au vindecat, din care 44 prin tratament conservator, iar 7 chirurgical;

— 20 au rămas nerezolvați. Dintre ei 7 mai sînt în viață.

În antecedentele bolnavilor noștri am găsit în mai mult de  $\frac{2}{3}$  din cazuri simptomatologia unor pneumopatii acute: acestea au fost de cele mai multe ori insuficient tratate, urmate de reîncadrarea bolnavilor după atenuarea simptomelor fără control radiologic. Rezultă că o măsură indispensabilă în prevenirea a.p.p. este terapia antibiotică masivă a tuturor pneumatiilor acute, de preferință în mediu spitalicesc, cu controlul radiologic obligator al evoluției și vindecării.

Mersul și prognosticul unei maladii sînt influențate de mai mulți factori endogeni și exogeni. Am analizat pe aceia care ar putea influența în mod pozitiv sau negativ procesul de vindecare.

Datele noastre nu ne îndreptățesc să tragem concluzii cu privire la vîrstă. În ce privește sexul, autorii constată în unanimitate frecvența covîrșitoare a îmbolnăvirilor la bărbați. Și în statistica noastră bărbații figurează în proporție de peste  $\frac{2}{3}$ . Pe lângă acest fenomen unanim semnalat, insistăm asupra rolului sexului în prognosticul maladiei: el pare a fi mai favorabil la femei. Toate bolnavele noastre s-au vindecat cu excepția uneia, care suferea și de schizofrenie. Cauzele evoluției mai favorabile la femei sînt probabil de ordin hormonal și ar merita un studiu mai profund. (Tabelul nr. 2).

**Tabelul nr. 2.**

Corelația dintre sex, vechimea, întinderea procesului și șansele de vindecare

Factorul studiat		Nr. bolnavilor	Vindecați
Sexul	bărbați	58	39
	femei	13	12
Vechimea procesului	sub 1 lună	30	24
	1-3 luni	20	13
	peste 3 luni	11	3
Intinderea procesului	leziuni limitate	28	20
	leziuni extensive	43	20

Vechimea procesului influențează în mod determinant vindecarea abcesului pulmonar prin tratament conservator. Tratamentul precoce găsește de obicei leziuni bronhopulmonare încă reversibile. Cu timpul procesul intră în cronicitate: modificările anatomice devin ireversibile, apariția piosclerozei reducînd la minim șansele tratamentului conservator. Este adevărat că nu întotdeauna este un paralelism strict între vechimea procesului și apariția piosclerozei. Așa se explică vindecările pe cale medicală a unor bolnavi cu vechimea procesului chiar pînă la un an.

Și materialul nostru ilustrează importanța vechimii leziunilor în procesul de vindecare. (Tabelul nr. 2).

Din tabel reiese că din 30 bolnavi cu debutul pînă la o lună am obținut vindecarea prin tratament conservator în 24 cazuri: la cei cu debutul de la 1—3 luni, din 20 s-au vindecat 13, iar la cei peste această vechime, din 11 bolnavi nu s-au mai vindecat decît 3. Este semnificativ să arătăm că bolnavii cu leziuni mai vechi de un an nu au mai putut fi vindecați.

Am amintit semnificația prezenței piosclerozei în vindecarea abcesului. — Aprecierea ei radiologică nu este întotdeauna ușoară. De multe ori numai evoluția în timp ne poate confirma sau infirma natura piosclerotică a unei leziuni. Curabilitatea celorlalte leziuni (infiltrații ramolite sau cu cavitate formată, cavitățile solitare) nu a prezentat diferențe semnificative.

Localizarea de predilecție a abcesului a fost în plămînul drept și mai ales în segmentul apical posterior, urmat de segmentul apical inferior și de cel bazal posterior stg. — Nu am observat deosebire între curabilitatea leziunilor cu topografie segmentară diferită.

Întinderea leziunilor în schimb joacă un rol însemnat.

Din cei 28 bolnavi cu leziuni limitate s-au vindecat 20, (71%) pe cînd din cei 43 bolnavi cu leziuni extensive abia 46% (Tabelul nr. 2). Întinderea leziunilor influențează și felul sechelelor. Din 6 bolnavi vindecați cu sechele mai extinse 5 aveau inițial distrucțiuni parenchimatose importante. Cavitățile reziduale secheleare au provenit la 2/3 a cazurilor din asemenea leziuni.

Analiza rezultatelor tardive, în funcție de felul tratamentului aplicat, merită un interes deosebit. Rezultatele noastre ne îndreptățesc să acordăm o prioritate certă tratamentului conservator. Baza lui o constituie astăzi antibioterapia polivalență asociată cu administrarea de hormoni antiinflamatori, la care se adaugă medicația roborantă-simptomatică, precum și aceea care favorizează drenajul cavității.

Alegerea antibioticului este foarte importantă. Majoritatea autorilor preconizează un tratament electiv, pe bază de antibiogramă, după o prealabilă determinare a florei microbiene din spută sau aspiratul bronșic. Mulți semnalează în schimb lipsa de paralelism între sensibilitatea constatată „in vitro” și eficacitatea „in vivo”, fenomen constatat frecvent și de noi. De aceea am acordat în anii trecuți o importanță relativă antibiogramei uzuale și pentru a corecta posibilitatea lor de eroare, am aplicat alternativ cite 5—7 antibiotice în mai multe serii, administrînd în fiecare zi un alt antibiotic. În cazurile complicate sau cu evoluție stagnantă le-am aplicat și sub formă de perfuzie lentă cu rezultate foarte bune.

În prezent considerăm că este utilă efectuarea antibiogramei din aspiratul bronșic. Ea permite să începem tratamentul cu acele antibiotice care și-au dovedit eficacitatea cel puțin „in vitro” astfel încît probabilitatea eficacității lor și „in vivo” să fie mai mare.

Din cauza florei microbiene, de obicei polimorfă, începînd de la sfîrșitul anului 1961 am procedat la administrarea de durată a două-trei antibiotice în mod concomitent, de preferință preparate injectabile, relativ puțin întrebunțate la noi, în doze zilnice, atingînd pragul superior al celor uzuale. Orientarea tratamentului rămîne și mai departe în funcție de regresivitatea clinico-radiologică. Dacă antibioticele astfel aplicate nu-și dovedesc eficacitatea în 5—7 zile, cu toată sensibilitatea de laborator prezentă, schimbăm asocierea antibioticelor. Ne face impresia că acest fel de tratament este superior celui alternativ, expus mai înainte.

În tratamentul alternativ bacteriostaticele cele mai întrebunțate erau: penicilina, streptomycină, cloramfenicolul, eritromicina, teramicina și sulfatiazolul. Mai

firziu la acestea am asociat și corticoterapia antiinflamatoare, ea intrind în mod obligatoriu în schema noastră de tratament.

O parte a bolnavilor noștri, în perioada premergătoare antibioticelor cu spectru larg, au beneficiat de tratament cu penicilină, streptomycină, sulfatazol, nu întotdeauna asociate, în doze zilnice considerate astăzi ca suficiente. Tratatamentul local prin sondă Metras, transparietal sau prin aerosoli, precum și aspirația prin bronhoscop s-au folosit aproape exclusiv ca un adjuvant, pentru favorizarea drenajului cavitărilor. Pe lângă antibiotice am mai administrat cu regularitate micostatice și vitamine din abundență, mai ales pentru protejerea florei intestinale, iar bolnavilor cu stare generală precară, microtransfuzii.

Pentru aprecierea eficienței diferitelor forme de tratament am împărțit bolnavii în trei categorii:

- bolnavi tratați prin alternarea bacteriostaticelor, cu sau fără aplicații locale;
- bolnavi cărora li s-a administrat și corticoterapia antiinflamatoare;
- bolnavi tratați cu penicilină, streptomocină și sulfatazol cu sau fără aplicații locale.

Excluzând bolnavii cu leziuni foarte vechi la care nu se mai putea aștepta rezolvarea de la tratamentul medicamentos, am obținut rezultatele globale expuse în tabelul nr. 3.

Reiese că, din 29 bolnavi care au beneficiat de un tratament alternativ asociat cu hormoni antiinflamatori, s-au vindecat 24. În categoria bolnavilor la care nu s-a asociat hormonoterapia din 17 s-au vindecat numai 12, iar din cei 16 bolnavi tratați fără antibiotice cu spectru larg, s-au vindecat abia 8. Practic bolnavii recenți, cu debutul pînă la o lună, s-au vindecat aproape toți.

Rezultă în mod evident superioritatea tratamentului în care figurează antibioticele cu spectru larg, asociate cu hormoni antiinflamatori.

*Tabelul nr. 3*  
Rezultatele medicale după felul tratamentului aplicat

Felul tratamentului	Nr. bolnavilor	vindecați
Bacteriostatice (inclusiv cu spectru larg) și corticoterapie	29	24
Idem fără corticoterapie	17	12
Bacteriostatice fără spectru larg	16	8
Total:	62	44

Durata tratamentului antibiotic influențează rezultatele obținute. În 6—8 săptămâni s-au vindecat aproximativ jumătate din bolnavi. Prin continuarea tratamentului, pînă la 12 săptămâni, s-au mai vindecat 1/3 din cei rămași nerezolvați, în timp ce continuarea terapiei peste această dată a adus doar un minim de vindecări.

Datele de mai sus ne arată că trebuie depuse toate eforturile pentru a forța vindecarea în primele trei luni. În general tratamentul conservator va continua pînă cînd se mai observă ameliorări clinico-radiologice la controalele făcute la 5—10 zile, respectiv pînă la normalizarea V.S.H.-ului.

Dacă fenomenele supurative s-au amendat și bolnavul ajunge la un echilibru imunobiologic, vom putea temporiza intervenția, chiar în cazul persistenței unor modificări radiologice mai însemnate. Așa cum vom arăta la compararea rezultatelor imediate cu cele tardive, în astfel de cazuri putem conta la mulți bolnavi pe regresioni spontane ulterioare, pînă la vindecarea definitivă chiar după întreprinderea tratamentului.

În cazul cînd fenomenele supurative persistă, cu tot tratamentul aplicat și nici imaginea rtg. nu se modifică sensibil bolnavul trebuie supus intervenției chirurgicale. Aceeași atitudine o vom adopta și la bolnavii temporizați, în cazul reapariției fenomenelor supurative, pe care nu reușim să le jugulăm prin reluarea tratamentului. Cu cit se va amîna intervenția peste acest stadiu, cu atît vor scădea șansele de reușită.

Pentru ilustrarea celor de mai sus, prezentăm situația bolnavilor noștri operați. Am intervenit într-un număr de 15 cazuri, cu rezultat favorabil tardiv numai în 7 cazuri. Am făcut 7 lobectomii și o bilobectomie obținînd 5 vindecări; 6 pulmectomii cu o singură vindecare și o pneumotomie cu drenaj aspirativ cu vindecarea clinică dar cu persistența unei mici cavități reziduale nemodificată de 10 ani.

Analizînd rezultatele de mai sus, am ajuns la următoarele constatări:

1. Trebuie să evităm intervențiile chirurgicale la bolnavii cu leziuni foarte vechi deoarece ele se soldează cu eșec aproape sigur. Noi am intervenit în 5 cazuri la astfel de bolnavi, cu vechimea procesului de peste un an. Trei au făcut complicații grave imediate din care două mortale iar ceilalți au rămas cu spută purulentă abundentă, din cauza bronșitei difuze ireductibile, devenind cardiopulmonari și incapabili de muncă.

2. Cu trecerea timpului crește nevoia de a trece la pulmectomie, intervenție cu prognostic mai nefavorabil.

În timp ce la 7 bolnavi cu vechimea procesului pînă la 6 luni nu am intervenit decît în 2 cazuri, din 8 bolnavi cu o vechime mai mare, au fost pulmectomizați 4. Intervenția a avut caracter de necesitate datorită imposibilității separării lobilor și a formațiunilor din hil, din cauza piosclerozei. De fiecare dată au survenit complicații grave imediate (empiem, fistulă bronșică etc.) 3 cazuri soldindu-se letal. Din cei 3 bolnavi rămași în viață unul singur se poate considera vindecat.

3. La pulmectomie cu drenaj aspirativ ne gîndim înainte de a trece la o intervenție mai radicală, ori de cîte ori condițiile anatomice și topografice permit efectuarea ei, atunci cînd se prevăd, în caz de exereză, greutăți tehnice privind separarea lobilor ce ar necesita mari mutilări, sau cînd situația bolnavului nu îngăduie o intervenție mai dificilă. Ne poate furniza rezultate favorabile cu riscuri mai puține. În caz de nereușită, vom mai putea recurge la rezolvarea eradicativă mai ales că se va reintervenii pe un bolnav cu starea generală refăcută prin drenajul realizat.

Datele expuse pledează pentru încercarea de rezolvare conservatoare a abcesului pulmonar primitiv.

Vorbînd de limitele tratamentului conservator și ale celui chirurgical, trebuie să ne fixăm atitudinea și față de recidive.

Am primit în serviciul nostru 10 bolnavi cu una sau mai multe recidive în antecedentele lor. Dintre bolnavii tratați inițial de noi, au recidivat 4. Cauza recidivelor o vedem în reducerea timpului de tratament din diferite motive.

Tabelul nr. 4 ne înfățișează rezolvarea acestor bolnavi.

Reiese că din totalul de 14 bolnavi s-au vindecat 7, patru prin tratament conservator (cu toate că 2 aveau 2 recidive în antecedente), iar 3 pe cale chirurgicală. Dintre cei tratați chirurgical, unul face o recidivă în lobul restant la 4 luni după lobectomie, vindecat ulterior și el prin tratament conservator. De remarcat că bolnavii rămași nerezolvați aveau leziuni cu o vechime de la 1—6 ani.

**Tabelul nr. 4.**  
Rezultatele tratamentului bolnavilor recidivați

Bolnavi îngrijiți inițial	Nr. bolnavilor	Rezoluți medical	Rezoluți chirurgical	Total rezoluți
în alte servicii	10	3	1	4
în serviciul nostru	4	1	2	3
<b>Total:</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>7</b>

Experiența acestor cazuri ne-a arătat că aceeași conduită este valabilă și în abcesele pulmonare recidivate: apelăm mai întâi la tratamentul conservator după principiile expuse și numai în cazul ineficienței lui trecem la actul operator. Dacă tratamentul medicamentos singur nu va fi în stare să dea o soluționare definitivă în toate cazurile, el va fi indispensabil în pregătirea preoperatorie a bolnavilor.

În încheiere dorim să arătăm învățămintele trase din compararea rezultatelor imediate cu cele tardive ale tratamentului conservator.

În primul moment s-ar crede că cele tardive ar fi inferioare celor imediate. Revizuirea foștilor noștri bolnavi ne-a demonstrat contrariul: s-au vindecat definitiv într-un număr considerabil, nu numai aceia, la care vindecarea a fost apreciată ca nesigură, dar și bolnavii care au fost considerați ca nerezoluți în momentul terminării, sau întreruperii tratamentului medical. Tabelul nr. 5 ne înfățișează detaliile.

**Tabelul nr. 5.**

Compararea rezultatelor de la terminarea tratamentului medical cu cele tardive

Situația la terminarea sau întreruperea tratamentului medical		Situația tardivă la control							
Aprecierea asupra rezultatelor imediate	Nr. bolnavilor	Vindecați definitiv cu:					Nevindecați	Decedați	Total
		fibroză discretă	cavitate reziduală	fibroză grad. med.	Intervenție				
Vindecați cu fibroză discretă	18	18	—	—	—	—	—	18	
Vindecați nesigur	Rămași cu cavitate reziduală 10	3	7	—	—	—	—	10	
	Rămași cu fibroză grad. med. 9	6	—	1	1	—	1	9	
Considerați nevindecați	33	4	1	4	6	7	11	33	
Decedați	1	—	—	—	—	—	1	1	
<b>Total:</b>	<b>71</b>	<b>31</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>71</b>	
		51							

Rezultă că după terminarea, sau la întreruperea tratamentului conservator, numai în 18 cazuri am văzut ștergerea completă a leziunilor sau o fibroză discretă pe locul acestora. Vindecarea acestor bolnavi a fost apreciată ca sigură. Timpul a confirmat vindecarea lor definitivă.

La alți 19 bolnavi, din cauza cavităților reziduale sau a fibrozelor de grad mediu, vindecarea a fost considerată ca nesigură. Din acest motiv, de teama recidivei, am pus în discuție la 5 intervenția chirurgicală, pe care am temporizat-o în cele din urmă.

Din acest grup de 19 bolnavi, vindecarea s-a dovedit a fi totuși definitivă în 17 cazuri și abia 2 au recidivat, unul fiind ulterior rezolvat chirurgical, iar altul a decedat. Subliniem faptul că la 9 bolnavi sechelele considerate „ireductibile”, în cursul anilor au regresat considerabil: 3 cavități reziduale s-au închis, pe locul a 6 fibroze de grad mediu nu a rămas decât o discretă fibroză.

La 33 bolnavi s-a apreciat ca ineficace tratamentul conservator din cauza persistenței fenomenelor subiectiv-funcționale și a celor radiologice, puțin modificate. Dintre ei s-au vindecat ulterior 9 bolnavi (4 cu fibroză discretă, 1 cu cavitate reziduală, iar 4 cu fibroză de grad mediu), 6 au fost rezolvați chirurgical. Numai la 18 bolnavi, s-a dovedit, în cele din urmă, total ineficace tratamentul aplicat. Dintre aceștia 11 au decedat. Un bolnav infaust a murit la 4 zile după instituirea tratamentului prin abces metastatic cerebral.

Am constatat la un număr apreciabil de bolnavi o regresivitate ulterioară spontană pînă la vindecarea definitivă, după un tratament început și întrerupt din diferite motive.

Avem convingerea că în majoritatea covârșitoare a cazurilor, cavitățile reziduale și sclerozele de grad mediu sînt forme de vindecare definitivă ale a.p.p.

Considerăm profund greșită atitudinea acelor care propun cu scop „profilactic” intervenția pe asemenea sechele. E totuși bine ca acești bolnavi să fie dispensariați și controlați mai îndeaproape în primii 2 ani, iar în anii următori să fie verificați periodic, pentru a se putea interveni la timp oportun, în caz de nevoie.

*Sosit la redacție: 25 decembrie 1963.*