

CONTRIBUȚII LA ISTORICUL DECORTICĂRII PULMONARE

S. Vasiliu, Șt. Georgescu

Clinica I Chirurgie, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Spiridon” Iași
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași



Prof. Leon Sculy
1853 - 1912

Pleurezia purulentă nespecifică sau tuberculoasă, cu toate consecințele ei, a avut un prognostic grav în perioadele anterioare descoperirii antibioticelor. De aceea, chirurgii au fost preocupați de găsirea unor tehnici care să înlăture focarul supurativ pleural.

Se poate afirma că istoricul tratamentului chirurgical modern al acestor boli începe în anul 1890, odată cu lucrările lui Leticvant, Gayet, Eastlander care demonstau că desființarea pungii de empiem se poate realiza prin aducerea peretelui la plămân, adică prin toracoplastie. Dar, în aceeași perioadă, au apărut metode care, dimpotrivă, urmăreau suprimarea pungii prin aducerea plămânului la perete.

În anul 1889, generalul medic Edmond Delorme descrie decorticarea pulmonară. Prima intervenție de decorticare a fost însă executată în actombrie 1893 în USA, de Reyerson Fowler, iar Delorme a efectuat prima decorticare în ianuarie 1894 [1,2].

În luna august 1895 Delorme comunică la Congresul al X-lea de chirurgie de la Paris primele 14 decorticări, dintre care șase personale [3]. Totuși intervenția nu intră în arsenalul metodelor chirurgicale ale empiemului datorită șocului operator și altor complicații [3].

În 1920 Tuffier și Roux-Berger încearcă o reactualizare a metodei sub forma pleurectomiei totale, dar după câteva intervenții insuficient de semnificative realizate de Santy, intervenția este total abandonată [4].

În cel de al doilea război mondial decorticarea pulmonară este reactualizată de Buford, Tuttle, Langston și Crowley pentru cura chirurgicală a hematoamelor pleurale, infectate sau nu, consecutive plăcilor de război [5,6].

În 1947 Frazer-Gurd preconizează decorticarea pentru empiemul bacilar.

Tehnica modernă a decorticării pulmonare este însă codificată de Vaccareyya, Waterman și mai ales Métras, care au demonstrat nu numai necesitatea pleurectomiei parietale și ablația la maximum a membranei corticale, dar și eliberarea scizurilor și a zonelor de parenchim plicaturate, creând conceptul de „decorticare-eliberare” [7,8].

În jurul anului 1950 se impune asocierea rezecțiilor parțiale ale parenchimului patologic, iar în 1951 Mathey preconizează reducerea hemitoracelui în caz de reexpansiune insuficientă [9].

În literatura autohtonă se menționează că, în țara noastră, prima decorticare pulmonară a fost realizată în anul 1949 de C. Cărpinișan [10]. O lucrare amplă cu această tematică o constituie teza lui Coman [1] (1960). Prima lucrare privind decorticarea în țara noastră a fost publicată de O. Ivanceco în anul 1952. urmează apoi studiile lui Beranețki și colab., Hica și colab., Rușdea și colab. [11].

Datele de mai sus pot fi sintetizate în sensul delimitării a două perioade: *prima*, după imaginarea metodei, care în condițiile tehnice de atunci, punea problemele eficienței și mai

ales a riscului operator, și *a doua*, când intervenția este reluată în condiții tehnice mult ameliorate, inclusiv acoperirea antibiotică.

Din literatura de specialitate s-ar părea că, pentru prima perioadă, nu se semnalează în țara noastră abordarea acestei intervenții, fapt care nu corespunde realității, întrucât, la Iași, Prof. Leon Sculy a efectuat decorticări în primul deceniu al secolului nostru. Acest lucru a fost semnalat în trecut și de către Prof. Vladimir Buțureanu în 1963, de C. Romanescu în 1969 și de S. Vasiliu în 1972 [11].

Posibilitatea de a prezenta observațiile primelor două cazuri operate, precum și ignorarea în continuare a acestei „premiere” chirurgicale ieșene, justifică lucrarea de față.

Redăm cele două observații ale bolnavilor operați, rezumativ, păstrând unele particularități de limbă ale vremii respective.

Obs. I. Grünberg N., de 19 ani este primit în vura Clinicii I Chirurgicale la 31 decembrie 1904

Antecedente - tatăl și un frate decedați de scarlatină în toamna anului 1904.

Istoric - Bolnavul face și el scarlatină odată cu ceilalți membri ai familiei. La patru săptămâni după vindecare scarlatinei prezintă junghi în partea dreaptă, dispnee. I se fac băi de mușețel; fenomenele par a se ameliora, însă hemitoracele drept se bombează. Este internat în Hârlău, unde i se face pleurotomie în al VI-lea spațiu intercostal drept. Se evacuează 3 kg puroi. Timp de 6 săptămâni continuă scurgerea puroiului prin dren. Bolnavul slăbește, nu are poftă de mâncare.

Starea prezentă la internare în Clinica Chirurgicală. Slăbiciune, lipsa poftei de mâncare, febril. Toracele plat, asimetric, jumătatea dreaptă imobilă și mai mare, spațiile intercostale mai largi; în spațiul al VI-lea intercostal drept prezintă o fistulă cu direcția înapoi. *Percuție:* sonoritate pe dreapta. *Ascultație:* în dreapta suflu armonnic, murmurul vezicular nu se aude.

Protocolul operator din 16 ianuarie 1905:

Echipa chirurgicală condusă de Prof. L. Sculy. Anestezie cu cloroform.

Se face o incizie paralelă cu coasta a 8-a lungă de 30 cm ale cărei extremități se ridică până la coasta a 5-a, croindu-se astfel un almbou larg în U, cu baza în sus spre axilă. Se secționează pielea și restul părților moi până la os; se deperiostează fiecare coastă pe fața ei externă și se ridică astfel un loambou cutano-musculo-periosteal. Se rezeacă câte 10 cm din coastele 6-7-8, se face hemostaza arterelor intercostale și în urmă se ridică lamboul osteopleural care este extirpat. Se spală larg cavitatea pleurală cu ser cald și apoi cu apă oxigenată. Plămânul este complet strâns în jurul hilului și acoperit cu o groasă falsă membrană cu depozite de fibrină și concrețiuni purulente. Incizie de 12 cm, care este adâncită cu mare precauție până se ajunge la plămân. Se introduc degetele între falsa membrană și plămân. Cu mâna se eliberează plămânul aproape în întregime și acesta umple aproape complet golul pleurei. După ce se mai curăță pleura parietală, se reaplică lamboul mesculo-cutanat, care se suturează cu crin, iar în partea declivă se pune un dren. Pansament compresiv.

Postoperator la 8 zile se schimbă pansamentul, supurație puțină; la auscultație se aude murmurul vezicular.

După 2 și apoi după 5 luni este din nou revăzut în serviciu, bolnavul fiind complet vindecat.

Obs. II Costache S., 30 ani se prezintă în serviciu în ziua de 15 noiembrie 1904.

Antecedente - tatăl decedat de tuberculoză pulmonară.

Istoric - În toamna anului 1903 a răcit și a căpătat un junghi în dreapta. Puncția pleurală evacuează 1500g lichid seros puțin tulbure. În luna iulie 1904 i se face pleurotomie, extrăgându-se 2 kg puroi gros. După ce a fost spălat i s-a pus un dren de cauciuc. Timp de 6 luni prin tub a curs neconținut puroi.

Stare prezentă (la internare) - Musculatura și țesut celular foarte redus. Toracele asimetric; partea dreaptă mai bonbată, prezintă în al 7-lea spațiu intercostal drept, pe linia axilară, o fistulă în care se pătrunde cu un stilet 10 cm în profunzime. Marginile fistulei neregulate, iar pielea dimprejur foarte iritată. *Percuție*: timpanism pe toată partea posterioară dreaptă. *Ascultație*: suflu amforic pe dreapta, murmurul vezicular nu se aude.

Protocolul operator din 27 decembrie 1904:

Se face o incizie curbă pe peretele lateral, dedesubtul fistulei existente. Se descoperă arcurile costale corespunzătoare. Se deperiostează 4-5 coaste și se secționează cu costatomul lui Collin. Se deschid pleura parietală, ridicându-se un lambou cu baza spre axilă. Se vede în fundul cavității pleurale, plămânul turtit și acoperit cu false membrane inextensibile. După ce se încearcă a se răzui cu lingura Valkmann aderențele și falsele membrane ce acoperă ambele pleure, se face o incizie de 7 cm pe suprafața viscerală a pleurei pulmonare până se zărește colorația albăstrie a plămânului. Se decortichează apoi cu degetul un gros lambou de membrană de nouă formațiune de pe plămân. Ne se reușește a se deslipi în întregime membrana de nouă formație din cauza grozavei aderențe. Plămânul umple aproape complet cavitatea pleurală. Dren în partea declivă, pansament compresiv.

După operație bolnavul se simte mai bine, continuă însă să tușească mult; expectorația devine purulentă și fetidă.

La 20 ianuarie 1905 (după 3 săptămâni de la intervenție) bolnavul sucombă cu fenomene de tuberculoză avansată.

O demonstrație de modestie a maestrului îl constituie faptul că acesta nu a publicat cazurile, cedându-le unui tânăr colaborator Dimitri Caudopol, care le prezintă în teza sa de doctorat intitulată „Tratamentul chirurgical al pleureziilor purulente cronice”, editată în 1908 [12].

Profesorul Leon Sculy a fost un demn reprezentant al strălucitei școli Ieșene de chirurgie. Fondatorul acestei școli a fost marele chirurg Ludovic Russ, cel care a practicat primul în țară anestezie cu ether și care la vârsta de 61 de ani a participat voluntar la Războiul Independenței, atrăgând admirația tuturor pentru virtuozitatea profesională, pentru noile tehnici chirurgicale conservative ca și pentru înaltul său spirit umanitar [11]. L. Sculy a avut fericirea de a fi asistentul, colaboratorul și apoi urmașul lui Russ.

Leon Sculy-Logothety s-a născut în anul 1853 la Piatra Neamț. Studiile secundare le-a făcut la Piatra, iar cele superioare la Montpellier, unde obține licența în medicină și apoi la Paris, unde și-a luat doctoratul cu o teză privind tratamentul reumatismului cu salicilat de sodiu.

Întors în țară se stabilește la Iași, unde își începe activitatea chirurgicală alături de Russ.

În 1879 ia ființă Facultatea de Medicină din Iași. Ludovic Russ este numit profesor de chirurgie operatorie. Sculy devine profesor suplinitor de anatomie, iar pentru energia și capacitatea organizatorică este ales decan. Deci Sculy este primul decan și primul profesor de anatomie al Facultății de Medicină din Iași având doar vârsta de 26 ani. La 1 decembrie 1879 încep cursurile Facultății printr-o prelegere de anatomie și histologie a prof. Sculy. În 1881 preia prin transfer catedra de clinică chirurgicală pe care o va deține până la moarte sa, survenită în 1912.

Sculy a fost un mare chirurg, pasionat de profesiunea sa. A considerat că posibilitățile chirurgiei sunt foarte mari, el însăși fiind de o mare îndrăzneală. Receptiv la tot ce este nou, adoptă principiile asepției și antisepsiei, introducând în clinică autoclavul, apa sterilă pentru spălătul mâinilor. Înlocuiește sublimatul cu alte substanțe mai puțin toxice, preconizând apa oxigenată. Călăuzit de un remarcabil spirit științific este tot timpul în pas cu noutățile medicale. În 1899 este printre primii din țară care instalează un aparat de röntgen-diagnostic.

Este primul chirurg care execută la noi gastro-enteroanastomoze, primele laminectomii, histerectomii și numeroase intervenții asupra organelor uro-genitale. Opera cu aceeași ușurință în intervențiile mari pe abdomen ca și operațiile de mare finețe pe ochi (de altfel a girat un timp și catedra de oftalmologie).

Câteva date interesante asupra caracterului său ne furnizează Prof. Paul Anghel. El spune că L. Sculy, „deși era bine legat, avea o figură fină, simpatcă; era foarte inteligent și foarte mucalit”.

Profesorul Riegler consideră că cele două trăsături de caracter cu totul deosebite ale Sculy erau spiritul etic medical, evidențiat mai ales în protestul său la ideea epitropiei de a percepe taxă de spitalizare străinilor și dezinteresul material manifestat prin refuzul oricărui onorariu.

Datorită activității sale, meritelor și prestigiului de care s-a bucurat este ales în 1898 membru în Comitetul Național pentru Congresul medicilor de la Paris.

După Sculy, școala ieșeană de chirurgie și-a continuat seria unor iluștri reprezentanți care au făcut cinste medicinei românești: Gheorghe Battez, Ernest Juvara, Amza Jianu, Paul Anghel, Ion Tănăsescu, Nicolae Hortolomei, iar apoi prin Vladimir Buțureanu, Oscar Franche și Gheorghe Chipail.

BIBLIOGRAFIE

1. Delorme E. Nouveau traitement des empyèmes chroniques. *Gaz. Hôp* (Paris), 1894; 94, 11.
2. Coman C. *Pleureziile purulente*. Ed. Medicală, București, 1972.
3. Delorme E. Du traitement des empyèmes par la decortication de Ponmon, *Rapport a X-a Congres Français de Chirurgie*, Paris, 1896, 379.
4. Santy P., Bernard M., Fraisse P., Fraisse H. Etude clinique et traitement chirurgical des empyèmes mediastinaux posterieurs. *Lyon Chir*, 1946; 41, 1, 19.
5. Buford T.M., Parkeer P., Samson P.C. Early pulmonary decortication in the treatment of post traumatic empyem. *Ann. Surg*, 1945; 75, 122.
6. Langston HT, Tuttle WM. Tuberculosis of the pleura. In: *Surgical disease of the chest*. St. Louis: Mosby; 1961. p. 193.
7. Metras H. La decortication – eliberation pulmonaire dans de traitement de pleuresies purulentes chroniques. *Presse. Med*, 1951; 39, 1, 334.
8. Waterman D.H., Domms E., Roger M.K. A clinical evaluation of decortication. *J Thorac. Surg*. 1957; 33, 1.
9. Mathey Y., Austriene G, Bical R. Traitment des pyothorax tuberculeux chronique par les operations d'exerese pleurale et pulmonaire. *Ponmon*, 1951; 7, 503.
10. Cărpinișan C. *Probleme de chirurgie toracică*, Ed. Medicală, București, 1954.
11. Georgescu Șt. *Decorticarea pulmonară*. Teză de diplomă, IMF Iași, 1977.
12. Caudopol D. *Tratamentul chirurgical al pleureziilor purulente cronice*. Teză de doctorat, Iași, 1908.