

8540
UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 513

**CONTRIBUȚIUNI
LA STUDIUL SALPINGO-OVARITEI
XANTOMATOASE
STUDIUL ANATOMO-PATOLOGIC ȘI CLINIC**



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 13/II 1930

DE

VALENTINA DAHNOVICI
ASISTENTĂ LA INST. DE ANATOMIE PATOLOGICĂ

CLUJ
INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
STRADA MEMORANDULUI 22
1929.



440003172

Biblioteca UMFST

CONTRIBUȚIUNI
LA STUDIUL SALPINGO-OVARITEI
XANTOMATOASE
STUDIUL ANATOMO-PATOLOGIC ȘI CLINIC

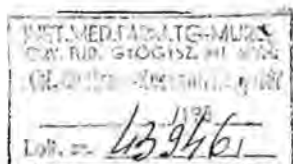


DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE

DE

VALENTINA DAHNOVICI

ASISTENTĂ LA INST. DE ANATOMIE PATOLOGICĂ



23 MAY 1929

CLUJ
INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
STRADA MEMORANDULUI 22
1929.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan : D-nal Prof. Dr. I. DRĂGOIU.

Profesori :

Bacteriologia (agr.)	D-l. Dr. Baroni V.
Patologia generală și experimentală	" " Botez M.
Istologia și embriologia umană	" " Drăgoiu I.
Clinica infantilă	" " Gane T.
Semiologie medicală (agr.)	" " Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală	" " Grigoriu C.
Istoria medicinei	" " Guiart I.
Clinica Medicală	" " Hațeganu I.
Clinica chirurgicală } Medicina operatoare }	" " Iacobovici I.
Farmacologia și farmacognozia	" " Martinescu Gh.
Clinica oftalmologică	" " Michail D.
Clinica neurologică	" " Minea I.
Medicina legală	" " Minovici N.
Igiena și Igiena socială	" " Moldovan I.
Radiologia medicală	" " Negru D.
Fiziologia umană	" " Nițescu I. I.
Farmacia chimică și galenică	" " Pamfil Gh.
Anatomia descriptivă și topografică	" " Papilian V.
Clinica oto-rino-laringologică } Clinica stomatologică (supl.) }	" " Preăscu-Rion I.
Clinica dermato-venerică	" " Tătaru C.
Clinica căilor urinare (agr.)	" " Teposu E.
Chimia biologică	" " Thomas P.
Clinica psihiatrică	" " Urechia C.
Anatomia patologică	" " Vasiliu T.

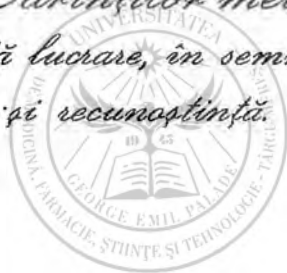
JURIUL DE PROMOȚIUNE:

Președinte : D-l Profesor *Dr. Titu Vasiliu*

Membri : { " " " ~~I. Drăgoiu~~
" " " *E. Teposu*
" " " I. Iacobovici
" " " C. Grigoriu
" " " C. Tataru

Supleant : Docent *Dr. M. Kernbach.*

*Părinților mei,
închin această lucrare, în semn de dragoste
și recunoaștință.*





P R E F A Ț Ă

În lucrarea de față încerc să aduc câteva contribuții la studiul anatomo-patologic a salpingo-ovaritei xantomatoase. Cercetând literatură străină am găsit numai câteva cazuri tratate. În literatura română pentru prima oară Prof. Dr. C. Daniel și conferențiar Dr. A. Babeș publică trei cazuri de xantom a trompei.

La Institutul de Anatomie Patologică din Cluj în timp de trei ani au fost examinate 13 cazuri de salpingo-ovariță xantomatoasă pe cari am încercat să le studiez din punct de vedere anatomo-patologic la îndemnul maestrului meu Dl. Prof. Dr. Titu Vasiliu.

În lucrarea de față, lăsând la o parte tot ceace nu se referă strict la subiectul ales, am căutat pe baza histologică să identific această formă de salpingită ca o afecțiune datorită unui proces inflamator făcând un grup aparte față de tumori în cadrul cărora a fost până acuma tratat xantomul de majoritatea autorilor.

Maestrului și președintelui meu de teză D-lui Profesor Dr. Titu Vasiliu sub a cărui conducere am lucrat timp de cinci ani în Institutul de Anatomie Patologică a cărui Director este aduc și pe această cale respectuoasele mele mulțumiri pentru toată truda pe care a depus-o cu inițierea mea în studiul Anatomiei Patologice. Dela D-sa am învățat ca să apreciez complexitatea acestei materii și D-sale îi dătoresc toate cunoștințele mele adunate în cursul acestor ani.

Nu voi uita niciodată atmosfera de prietenia și cordialitate în care se lucrează în Institutul D-sale, atmosferă atât de necesară unei colaborări într-o Instituție științifică.

Rog pe Dl Prof. Dr. C. Grigoriu și Dl Docent Dr. C. Stanca să primească viile mele mulțumiri pentru amabilitatea cu care mi-au pus la dispoziția materialul necesar lucrării de față.

Șefului meu de lucrări și colegilor de laborator voi păstra totdeauna dragostea mea colegială.



Istoricul și patogenie xantomului în general

În problema xantomului deși primele cazuri s'au descris demult, nosologia a variat mereu, aproape până în timpurile noastre. Istoricul xantomatozei, aproape în întregime, e ocupat numai de nosologie, de aceea voi încerca să le redau contopite.

La început xantomul atrage atenția dermatologilor, ca o leziune, care apare pe piele și mai ales pe pleoape. Rayer e primul, care la 1835 descrie două cazuri de xantelazmă palpebrală, sub numirea de „plăci galbene foliculare“. Abia după 14 ani dela lucrarea lui Rayer, la 1851 Addison și Gull sub numirea de „vitiligoidea“ publică un alt caz de xantelazmă, numirea de „vitiligoidea“ dând-o pentru aspectul pestruiț ce capătă pielea prin apariția acestor formațiuni. Încă la această dată Addison și Gull întrezăresc legătura între afecțiunile hepatice și vitiligoidea și între diabet și vitiligoidea. Diabetul apoi este semnalat de Robinson 1891, de Töpfer 1897, de Leven 1903, iar azi se știe că în procesele xantomatoase diabetul joacă un rol însemnat.

Numirea de „xantelazmă“ este dată de Wilson, și o găsim în lucrarea sa publicată în anul 1863. Această numire crează o epocă nouă în problema xantomului, dând naștere la o serie de discuțiuni asupra naturii intime a acestor formațiuni. Se discută natura inflamatorie și natura tumorală. La 1869 vine F. W. Smith publicând lucrarea sa și schimbă numirea dată de Wilson în „xantom“ sau „tumori galbene“. Din discuțiunile ivite în jurul naturii intime a xantomului reținem pe Touton (1885) și apoi Arzt (1923), cari în xantomul pleoapei combat natura tumorală a procesului și rămân pe lângă existența unei proliferațiuni iritative. De altă parte Richter (1803) tratând xantomul ge-

neralizat se ridică contra existenței unui proces inflamator în această formă de xantom. Mai găsim apoi pe Chambard, Török, Robinson, cari admit existența procesului inflamator, iar Chwostek în cazul său de xantom cu icter, găsește țesut de granulație. Bazin (1869) și mai târziu Hutchinson (1871) observă că icterul uneori premerge apariția xantelazmei, altcând apariția lor e concomitentă. La 1872 Kapoși adună 27 cazuri de xantom. În 15 cazuri din aceste găsește icterul prezent sau în antecedente. Futscher (1905) notează că din toate cazurile observate de el $\frac{1}{6}$ au fost combinate cu icter, mai ales dacă xantomul s'a ivit în pubertate. Buchet, care deasemenea s'a ocupat de legătura dintre xantom și icter, găsește că în xantomul multiplu icterul este prezent regulat.

Mackensic în 1881 publicând un caz de xantelazmă pentru prima dată emite părerea, că această formațiune este ereditară. Odată această părere emisă s'au pus în discuție și cazurile mai vechi din literatură. Pentru desbaterea acestei probleme la 1882 s'a instituit o comisie, care s'a ocupat de clasificarea cazurilor în xantomatoza ereditară și xantomatoza câștigată. Raportul comisiei engleze compusă din Hutchison, Saugster și Crocker conchide pentru existența a două feluri de xantome: xantome juvenile și xantome la adult. Xantomele juvenile sunt ereditare sau congenitale. Pentru că un xantom să fie clasificat de juvenil trebuie să întrunească următoarele condițiuni: 1) să apare înainte de pubertate; 2) să lipsească orice afecțiune hepatică; 3) xantomul să fie prezent la frați și ascendenți. Xantomul la adult, după ei, este câștigat și e în funcție de o afecțiune a ficatului.

Török la 1893 face o cazuistică bogată și publică 30 de cazuri cu xantelazmă, majoritatea prezentând un xantom juvenil și câteva cazuri de tumori tendinoase xantomatoase. Tot la Török găsim o clasificare aparte a xantomului. El distinge xantom vulgar, xantom elastic și xantom glucozuric. O clasificare mai veche o găsim la Besnier bazată numai pe proprietățile morfologice a xantomului. Besnier distinge: 1) xantom plan, sau în plăci; 2) xantom ridicat;

3) xantom în tumori. S'a mai clasificat xantomul și după localizare în: xantom localizat și xantom diseminat.

Toate clasificările înșirate până aici au defectul că privesc problema unilateral. O clasificare, care se încadrează toate cazurile sub orice aspect s'ar prezenta și ori unde ar fi localizate (ținând cont de geneză, o găsim abia la Kammer (1909), acest autor împarte leziunile xantomatoase în trei grupe mari: 1) Xantom veritabil (adevărat). Aici aparțin xantomele plane localizate la pleoape, xantomul vulgar și xantomele tumorale, aceste din urmă sunt o serie de tumori conjunctive (fibroame, sarcoame, cu celule xantomatoase și xantome cu celule gigante); 2) Xantelazme. Aici aparțin leziunile xantomatoase dela diabetici; xantelazma cirozei hepatice, din icter și din turburări în metabolismul general a colesterolului. 3) Pseudo-xantomele sunt formațiuni xantomatoase secundare, cu caracter local și de natură inflamatorie.

Ulmann (1914) și chiar și școala înconcepe contractează aceste 3 grupuri în două: 1) grupul xantomelor — cuprinde tumorile xantomatoase; 2) grupul proceselor xantomatoase, cuprinde xantomele și pseudo-xantomele.

Procesele xantomatoase au format și obiect de cercetări experimentale. Anitschkow (1913) încearcă să provoace formarea de celule xantomatoase în mod experimental. În acest scop el instituie următoarea experiență: la o serie de 20 animale (cobai) introduce sub piele corpi străini cu stafilococi; la o altă serie de 10 animale introduce un corp străin, steril cu oleu de terebentină. Prin examene histologice făcute în mod succesiv dela 2—30 zile constată că celulele xantomatoase macrofage încărcate cu lipoidi anizotropi și birefrigenți apar numai în jurul focarelor de supurații provocate de microbi, pe când în țesutul de reacție din jurul corpurilor străini sterili, nici odată nu apar celule „pseudo-xantomatoase“.

Prin această primă experiență Anitschkow stabilește rolul iritației supurative în determinarea apariției de celule xantomatoase. Într'o altă serie de experiențe Anitschkow preconizează administrarea de alimente bogate în coleste-

rină (creer și galbenus de ou) sau colesterină amestecată cu oleu și în acelaș timp introduce sub tegumentele cobaiului un corp străin steril. În această experiență constată că deși corpul străin era steril de astă dată în țesutul de reacție încunjurator se găsesc macrofage încărcate cu lipoizi anizotropi și birefrigenți. Acelaș lucru s'a întâmplat când în aceleași condițiuni (supraaport de colestină) a făcut traumatisme pe aortă și în rinichi: aceste organe s'au încărcat cu colesterină. Prin aceasta a II-a experiență Anitschkow pune în evidență în mod experimental rolul hipercolesterinemiei în determinarea apariției celulelor „pseudo-xantomatoase” într'un organ care care a organismului. Tot Anitschkow pare a remarca că atât în depozitarea de colesterină din cauza unui proces pur local, cât și în depozitarea de colesterină din cauza hipercolesterinemiei combinate cu iritație locală, celulele cari se încărcă cu lipoizi anizotropi sunt cele din sistemul reticulo-endotelial.

Xantomatoza a mai format subiectul unor lucrări pentru stabilirea localizării ei. Pye Smith, Maxon Legy, Chamberland publică cazuri de xantomatoză localizată pe mucoasa buzelor, gingiei meccasa laringiană, esafog și bronșii. Hilton, Fage publică xantom localizat pe seroase: peritoneu perivisceral și perisplenic.

Wirchow, Gaucher și Herscher găsesc leziuni xantomatoase a corneei.

Pinkus și Pick publică cazul de pachimeningită xantomatoasă.

Lubarsch, Unna Quincaud studiază cazurile de transformare xantelazmică a endoteliului limfatic.

Petri publică o transformare xantelazmică a endoteliului sanghin în lucrarea sa „Hemangioma xantomatosum”.

Pick e primul care constată o încărcare a macrofagilor cu grăsimi în salpingita cronică purulentă, iar Lubarsch descrie o salpingită xantomatoasă, care după părerea lui e datorită stazei în căile limfatice și consecutiv o depunere de colesterină în țesuturi, numind acest proces „infartul căilor limfatice”.

La 1923 Ingard Dubs publică două cazuri, la cari în

cancerul fundului uterin, în choriionul mucoasei a găsit celule xantelasmice. Tot în anul 1923 Daniil și Baboș publică trei cazuri de salpingită xantomatoasă.

Din această înșirare fragmentară se poate vedea, că xantomatoza formează o problemă de preocupățiune frecventă în publicațiunile. Totuși xantomatoza organelor genitale, e numai de curând studiată și rar observată.

Considerațiuni generale asupra celulei xantomatoase

Sub numele de celula xantomatoasă deja Vicentis și Touton descriu: „O celulă cu membrana bine conturată cu conținut granulos fin sau granulos filamentos și cu nucleu mare rotund sau oval. Aceste elemente constitutive sunt acoperite cu picături înghesuite de grăsime. Mărimea celulei variază între mărimea celulei epiteliale și mărimea celulei gigante, cum o întâlnim la sarcom. Celulele mai mici sunt fuziforme, stelate sau de formă ovală; celulele mai mari sunt rotundo-ovale sau rotunde. Numărul nucleilor variază dela 1—20—30; nucleii au o membrană precisă, conținut fin granulos, între granule se găsește și un inel șters luminos. Aceste celule Touton le numește, „entfettete xanthomzelle“ față de alte celule numite „celule xantomatoase pigmentate“, în cari între picăturile de grăsime se găsesc și grăunțe de pigment. Chvostek numește celula xantomatoasă „celulă în fagure“.

Astfel descrisă din punct de vedere morfologic, celula xantomatoasă nu se afirmă, decât abea după ce se cunoaște și constituția chimică a protoplasmei celulei xantomatoase. Bazin, Malassez sunt primii, cari constată existența de „cristale de grăsime“ în plăcile xantomatoase. Pierret și Casanouve în celula xantomatoasă găsesc cristale de „tirozină“ și o materie colorată în galben analoagă cu luteină. Störk studiind un caz de xantom a tibiei, emite pentru prima dată părerea că în celula xantomatoasă n'ar fi vorba de grăsimi neutre, ci de altă substanță, pe care datorită proprietății ei de dublă refracție o numește „protagon“.

Abea Pinkus și Pick stabilesc adevărata constituție chimică a substanței din celula xantomatoasă. Ei găsesc că în celula xantomatoasă privită la lumină polarizată se observă cristale aciforme, strălucitoare și gute grăsoase — ambele birefrigente. Cristalele aciforme dispar la încălzire, fapt care nu se întâmplă cu cristalele de colesterină, reapărând la răcire, se exclude astfel posibilitatea de a fi vorba de cristale de colesterină. Celula xantomatoasă nu se colorează cu acid osmic, deci cristalele din celula xantomatoasă nu pot fi acizi grași nesaturați. În celula xantomatoasă deși colorația Sudan e posibilă cu sulfat de Nilblau, nimic nu se colorează în roșu deci nu poate fi vorba de grăsimi neutre. Bazați pe aceste proprietăți chimice și fizice a substanței grăsoase din celula xantomatoasă Pinkus și Pick ajung la definiția celei xantomatoase și anume: „celula xantomatoasă este o celulă a cărei protoplasmă este împregnată cu esteri acizi de colisterină“.

Rezumând toate cercetările de până acuma azi sub numirea de celulă xantomatoasă înțelegem o celulă reticulo-endotelială având forma ovalară, poligonală (forma de fa-gure) sau chiar rotundă cu membrană foarte bine delimitată; protoplazma ei are aspectul de vezicule sau spumă (negativul picăturilor de grăsime în colorația cu hematoxi-lină-eozină), iar în lumina polarizată, se vede în proto-plasma celulei cristale cu dublă refracție. Nucleul este cen-tral, uneori din cauza bogăției de protoplasmă e împins la periferie; forma nucleului e rotundă sau uneori dîntată, prezentând cromatină dispusă în puncte, cari se colorează slab.

Histogeneza

Care este originea și care sunt cauzele ce contribuie la formarea celei xantomatoase, preocupă pe mulți autori. Când xantomul este descoperit, ca leziune a pielii Hebra (cit. de Chvostek) și Kaposi 1872 emit părerea că xante-lazma ar fi o modificare a glandelor sebacee. Această pă-rere e susținută apoi și de Geber și Simon (cit. de Chvo-

stek); după acești autori histogenetic ar fi vorba de o dezvoltare hiperplastică a glandelor sebacee în această boală. Kammer revizuieste această teorie cu mult spirit critic și ajunge la concluzia că nimic nu dovedește legătura dintre xantom și glanda sebacee. Waldayer (1875) deasemenea se îndreaptă contra părerii lui Hebra și Kaposi, el vede în xantelazma pleoapelor o proliferare în grup a celulelor conjunctive a pleoapei cu îngroșare consecutivă. Mai târziu Virchow în 1885 emite o nouă teorie asupra histogenezei celulei xantomatoase, și anume el susține că celula xantomatoasă provine din țesut mezodermal însă la limită între țesutul grăsos și țesut conjunctiv ceea ce îl determină să dea acestei leziuni numirea de „fibroma lipomatodes“. Török la 1893 susține părerea lui Virchow. În acelaș timp Kaposi din nou reia chestiunea histogenezei și pe baza bogăției mai mari în observații de cazuri cu xantom, își schimbă părerea sa veche și susține că xantom vulgar se formează din țesut grăsos într'un loc heterotop și anume din celulele grasoase incomplet dezvoltate. Ele sprijină această părere pe teoria lui Fleming (1872—79), după care celula conjunctivă se poate transforma în cea grăsoasă. De aci ajunge la concluzia că xantomul e o formațiune anormală, condiționată de proliferarea celulelor conjunctive cu degenerescența grăsoasă secundară, în locuri unde în mod normal nu există țesut conjunctiv. Deci ar fi vorba de o tumoră benignă ce se apropie de lipom. Aici părerile lui Kaposi și Virchow coincid și anume pentru ei celula xantomatoasă derivă din mezoderm. Contemporan cu autorii germani amintiți până aici, în Italia de Vimercatiis (1873—1883) în mai multe publicațiuni emite părerea că celula xantomatoasă derivă din celula endotelială și o consideră ca o tumoră dându-i numirea de „endotelioma adipozum“. Acestei păreri se atașează mai mulți autori ca Touton, Bizzazero, Chvostek; Darier, etc.

Rezumând toate teoriile de până acum se poate clasa sub două grupe: 1) teoria, care derivă celula xantomatoasă din glande sebacee; 2) din țesut mezodermal cu anu-

mite variațiuni; celula grăsoasă, conjunctivă sau endotelială

Teoria etiologiei mezodermale prin descoperirile lui Pinkus și Pick primește o nouă confirmare: Pinkus și Pick găesc cristale birefringente, un caracter esențial a celulei xantomatoase, numai în celulele de origină conjunctivă și nu le găesc în celula de origină epitelială.

Din acest moment intervine un nou factor: hipercolesterinemia; ea este încriminată în formarea celulei xantomatoase și îndreaptă pe Chauffard și Laroche să facă următoarea analogie: „Acest proces special (formațiuni de depozit colesterinic) este comparabil cu o altă boală humorală — guttă; acolo un depozit cutanat sau subcutanat specific — tufos — e un exces al acidului uric, înainte circulant și pe urmă fixat, aici e un depozit de colesterină. Fiecare din aceste două toxemii își depun excese în locuri de elecțiune proprii, dar ansamblu procesului este identic: o infiltrație aseptică și specifică de acid uric sau de colesterină“. Ei conclud că xantolasma este tot o hipercolesterinemie cum tofusul este un exces al acidului uric conținut în serul gutoșilor. Aceste noțiuni au reușit să distrugă bariera care a fost ridicată între xantomul vulgar și xantomul glicozuric, arătând identitatea chimică a acestor leziuni și unitatea cauzei — hipercolesterinemia.

Însă ce se petrece și cui se datorește formarea celulei xantolazmice în cazuri unde n'a fost găsită turburarea în metabolismul general al colesterinei — hipercolesterinemia? Aci răspunde Lubach (cit. de Kirsch) cu cazul de xantomatoză generalizată. Lubach în cazul său a putut pune în evidență cantități enorme de celule xantomatoase în mai multe locuri din organism, dar mai ales în ficat, ganglionii limfatici, amigdalele farigiene, măduva osoasă și apendice, și s'a putut convinge că aceste celule au sediul lor în căile limfatice și probabil nu sunt altceva decât endoteliul vegetant al vaselor limfatice, Lubach e de părere că în aceste cazuri este un deranj al metabolismului local; din care care motive, încă necunoscute, se produce o încetinire, o stază în circulația limfatică locală și urmarea acestui fe-

nomen este aglomerarea de substanțe lipoide în căile limfatice și prin iritațiuni cauzate de aceste aglomerări se formează vegetațiuni ale endoteliilor limfatice mai mult sau mai puțin abundente, eventual și vegetațiuni ale celulei conjunctive, cari pe urmă se încarcă cu substanță lipoidă.

Avem deci pe de o parte turburări în metabolismul general, pe de altă parte deranjuri în circulația limfatică cari la urmă duc la formarea xantomului. În ambele condiții de formare a xantomului procesul intim ar fi un proces de infiltrație cu substanță lipoidă. Pentru procesul de infiltrație au importanță pentru Pinkus și Pick pe lângă colesterinemie și momente clinice.

Apariția sub formă de puseuri a unor noduli foarte numeroși concomitent cu erupțiuni, căroră mai târziu le urmează eventualele regresii, sunt fenomene valoroase pentru acceptarea acestei păreri.

Excepție la teoria de infiltrație formează xantomele locale (tumoraie). După cercetările lui Artz ar fi vorba de un proces de deconstituție în protoplazma celulară prezentând diferite grade evolutive: I-ul grad celula xantomatoasă de forma diferită cu protoplasmă omogenă, II-lea grad a progresiunii formează structura protoplasmei în formă de vacuole la început, izolate, apoi din ce în ce mai abundente. Prezența lipoidului se poate evidenția în celulă prin colorația specifică, refracție dublă la microscop polarizat însă lipsește, un al III-lea grad e ultimul grad, care este cuprins în concepția celulei xantomatoase. Diferența de celulă gradul III reese din abundența substanțelor cu dublă refracție ce se află în celule cari au ajuns la apojeul dezvoltării lor. Nu s'a dovedit însă dacă toate celulele ajung la stadiul excesiv. Celulele descrise de Chvostek ca celule în fagure, cari n'a avut refracție dublă la microscop polarizat pe cari el le derivă din celulele lui Kupfer și cari morfologic pot fi apropiate de celule xantomatoase s'ar putea încadra în stadiul al II-lea a lui Artz. Ca concluziune — Artz se apropie de părerea lui Königstein și Chvostek, după cari ar fi vorba de o afectare a unui sistem și anu-

me a sistemului reticulo-endotelial; atunci cade dela sine teoria infiltrăției și de deconstituirii protoplasmei celulare. După Landau țesutul reticulo-endotelial constituie un aparat intermediar în metabolismul colesterolului și celulele acestea ar avea proprietatea de a acumula grăsimile și a le prelucra.

Astăzi teoria originii reticulo-endoteliale a celulei xantomatoase a ajuns să domine problema histogenezei celulei xantomatoase. Sistemul reticulo-endotelial, care sub influența unei cauze generale — hipercolesterolemia sau sub influența stazei limfatice locale are proprietate de a acumula în celulele endoteliale limfatice exces de colesterol și a le prelucra, transformând celula endotelială în cea xantomatoasă.

Cazuri personale

Cazul I. — V. E. 36 ani. Intră în serviciul Spitalului de femei Cluj la 13. I. 1925, pentru dureri în abdomen și șale. În antecedentele heredo-colaterale nimic important. Antecedente personale: menstuață la 17 ani, menstruația se repetă la intervale normale cu durată de 10 zile. Dureri în timpul menstruației; ultima menstruația în luna Decembrie 1924 cu durată de 4 zile cu dureri mari. Un copil mort la vârsta de 1 an și 3 luni; un avort. Boala actuală datează de 9 săptămâni dureri în abdomen și șale, frisoane, câteodată varsă, sughițuri și dureri de cap.

Scaun neregulat. Micțiuni normale.

Starea generală: ușor anemică; în rest nu prezintă nimic de remarcă.

Examenul gynecologic: Chist. Barthelinian în stângă, ușoară hemoragie. Uter confluent cu o tumoră în partea dreaptă de mărimea unei mandarine, care umple aproape toată cavitatea pelviană, e dureroasă, puțin mobilă. Sângerează ușor din vagin. Per rectum: tumoară descrisă comprimă ampula rectală, încât un deget albea pătrunde în porțiunea suprasfincteriană. Examenul secreției din vagin și uretră: gonococi negativi. Reacția Wassermann' negativă.

Operație: Docent Dr. C. Stanca. 27. I. 1925.

Laparatomie mediană subombilicală (Trendelenburg). Epiplon scurt liber. În cavitatea pelviană apare o tumoră de mărimea unei mandarine, care umple complet cavitatea pel-

viană. Tumoară este aderentă de sigmoid în două locuri, intestinul fiind împins spre peretele drept a bazinului. Se dezinserează intestinul se suturează suprafața de desinserție. Se procedează apoi la scoaterea tumorei. În cursul acestei manipulațiuni tumoară creapă, din ea se scurge un lichid de consistență și culoarea smântânei. Polul inferior a tumorei este aderent de rect și de uter. Anexe din partea opusă prezintă un hidrosalpinx de grosimea a celor două degete. Din punct de vedere tehnic se recurge la hemisecție uterină totală, procedeu Fark, amputând uterul de pe vagin și extirpând cu fiecare hemiuter anexa corespunzătoare. Drenaj pelvi-vaginal și drenaj prin plaga abdominală. Inchiderea cavității peritoneale cu suturi în etaj. Tuburile de dren se fixează de piele. Pansament. În ziua de 3. II. se scoate pansamentul, bolnava pleacă vindecată.

Examenul anatomo-patologic: Macroscopic: Tumoara la suprafață prezintă o ușoară vascularizație, peretele prezintă în unele locuri colorit galben-portocoliu; consistența este confluentă cu lichid asemănător cu smântâna. Această tumoară interesează trompa și ovarul cari sunt concresecute într'un bloc fără a se putea bine delimita. La secțiune se distinge canalul trompei; pe peretii orificiului trompei se vede o infiltrație nodulară de culoare galbenă ca ceara, care merge în profunzime; astfel de noduli se mai găsesc răspândiți în toată masa tumorală. Orificiul trompei este neregulat, anfractuos, porțiunea care se continuă cu uterul nu prezintă infiltrație cu substanță galbenă. Anexa din partea opusă este groasă conținând o substanță lichidă ușor gălbue; secționată, peretele nu prezintă infiltrațiuni cu substanță galbenă. Examenul microscopic: — colorația cu Hematoxilină — eozină. Secțiunile făcute din peretele trompei arată că mucoasa este complet dispărută și înlocuită cu un strat de exudație constituit din infiltrații cu sânge și polinucleare, pe alocurea se văd resturi de epiteliu cilindric formând cordoane neregulate, în jurul acestor cordoane se văd vase de neoformație și masse de celule plasmătice. Dedesubt se observă, că peretele salpingei este dislocat de focare infiltrative de leucocite, cari merg în bande. În unele porțiuni mucoasa trompei este înlocuită cu cordoane de celule rotunde, câteodată poligonale cu

nucleul central, protoplasma foarte abundentă plină cu granulațiuni. Celulele sunt în parte clare, în parte opace. Colorate cu albastru de Nil, aceste celule iau culoare albastră (lipoizi birefrigenți), iar granulațiunile protoplazmei se colorează în roz-violaceu (substanțe lipoide). Intre aceste masse sunt cordoane de infiltrație plasmocelulară. Această infiltrație trece și mai profund spre musculatură, însă fără a prezenta nici un caracter de transformare malignă. Tesutul musculo-conjunctiv este edematizat, infiltrat, luând un caracter mixomatos.

În rezumat: Este vorba de o pseudo-tumoare xantomatoasă a salpingei.

Cazul II. — Ș. M. 22 ani. Intră în serviciul Spitalului de femei din Cluj, la 9. II. 1925, pentru dureri în abdomen și genitale și scurgeri albe. Antecedente personale: Menstruația la 16 ani se repetă în intervale neregulate, durează 3—7 zile. Ultima menstruație, în Ianuarie, durează 3 săptămâni până la finea luni, foarte abundentă. O naștere, un avort. Boala actuală datcăză de doi ani. Sufere de scurgeri albe și dureri în abdomen și la genitale. Scaun regulat. Micțiuni normale. Examenul secreției din uretră: gonococi negativi. Reacția Wassermann: negativă.

Examenul gynecologic: Uter în anteversie-flexie mărit la dublu, în partea stângă o tumoare cât o mandarină, dură. Ruptură perineală dextro-laterală vechea (Epiziotomia).

Operația: Doc. Dr. Stanca. 18 III. 1925.

Deschiderea cavității abdominale, — Trendelenburg. Laparatomie mediană subombilicală, uter în anteversie-flexie, mărit; în stânga o tumoare cât o portocală, aderentă de sigmoidă ovarul stâng îngroșat, în false membrane, foarte întins. Anexa din dreaptă: salpinga nodulară, ovarul normal; se face o histerectomie subtotală cu ridicarea tumorii anexiale stângi lăsându-se pe loc ovarul drept. Toaleta pelviană. Inchiderea cavității abdominale. Kolpoperineoplastie. Pansament. În ziua de 23. III. 1925. bolnava sucombă cu fenomene peritoneale.

Examenul anatomo-patologic: Macroscopic: Piesa operatorie prezintă un uter aproape la dublu mărit, având în stânga o tumoare cât o portocală formată din trompă, foarte dilatată, plină de lichid purulent; la secțiune peretele trompei este îngroșat. Ovar mărit de volum, neregulat la suprafață prezentând mai multe nodozități fluctuente. La

secțiune în corticala ovarului (porțiunile cari formau nodozități) sunt formațiuni chistice pline cu un lichid seros. În centru ovarului se observă un nodul de mărimea unui bob de mazăre de culoare galbenă ca ceara.

Microscopic: Secțiunile făcute din peretele uterin arată o musculatură îngroșată, în spațiile intermusculare se observă o infiltrațiune leucocitară. Mucoasa este îngroșată cu glandele dilatate, proliferate, însă fără nici un caracter de atipie. Interstițiul este deasemenea proliferat și infiltrat cu celule leucocitare, pe ici-colo se văd și hemoragii.

Este o endo și miometrită.

Secțiunea făcută la nivelul trompei arată o proliferație excesivă a vilozităților cu o infiltrațiune plasmă și leucocitară. Straturile musculare îngroșate cu infiltrațiuni leucocitare și plasmocelulare intermusculare.

Este o salpingită supurativă.

Secțiunile făcute în ovar arată în substanța corticală mai mulți chiști, din cari unii sunt tapetați cu epiteliu cilindric, alții cu epiteliu bivalent. Medulara are țesut interstițial foarte hiperplaziat cu înmulțire vasculară. În centru substanței medulare se observă un nodul de o parte bine limitat cu țesut conjunctiv dens, pe cealaltă parte se continuă fără limită precisă, infiltrând substanța medulară. Această formațiune e constituită din celule clare, mari, așezate în masse, câteodată formând și cordoane, cari sunt limitate de bande fine de țesut conjunctiv infiltrat cu celule plasmalice. Aceste celule primate cu numărul mare au forma poligonală cu substanța intercelulară bine desenată. Nucleul e mic, central cu formă neregulată, câteodată aproape dințat, cu cromatina dispusă în puncte. Protoplasma e abundentă luând un aspect spumos. Unele din celule au nucleu împins spre periferie din cauza protoplazmei abundente.

Este o degenerescență microchistică a ovarului cu un nodul xantomatos.

Cazul III. — H. M. 38 ani. Intră în serviciul Clinicii Gynecologice la 10. III. 1925, pentru dureri în lombe și menstruația deasă.

Antecedente heredo-colaterale și personale fără importanță. Menstruată la 17 ani; menstruația se repetă la intervale de o lună și durează 2—3 zile; ultima menstruație înainte cu o săptămână; 7 nașteri, un avort.

Boala actuală datează de doi ani, când în urma unei nașteri, menstruația se repetă tot la 2 săptămâni; de atunci are fluor alb și dureri în lombe și fose. Înainte cu 3 ani a fost operată la clinica chirurgicală suferind de prolaps, la un an a avut din nou o naștere, după care iar a observat o cădere în vagin a unei părți moi Reacția Wassermann: negativă. Examenul gynecologic: Prolaps uterin parțial, cistocel, rectocel. Operația: Prof. Grigoriu. 28. III. 1925. Histerectomie totală per-vaginam: salpingo-ovarectomie stângă. Colpoperineografie posterioară. La 13. IV. bolnava părăsește clinica vindecată.

Examenul anatomo-patologic. Macroscopic: Uter mărit de volum cu o îngroșare considerabilă a peretelui. Ovar scleros. Microscopic: Uterul prezintă un proces de scleroză cu țesut hialinizat. Secțiunile făcute din ovar arată o corticală îngroșată cu țesut conjunctiv dens, se văd foliculii germinativi de gradul I, II și foliculii Graff adulți deasemenea se găsesc câțiva corpi albicansi și un chist folicular. Medula prezintă o cantitate enormă de vase, cu pereții îngroșați, pe alocurea se văd noduli de celule xantomatoase; țesut mixomatos bine dezvoltat.

Este o ooforită scleroasă cu transformare xantomatoasă.

Cazul IV. — D. I. 45 ani. Intră în serviciul Spitalului de femei în 20. III. 1925, pentru dureri în spate și incontinență urinară. Antecedente personale: Neagă boli infecto-contagioase și venerice. Prima menstruația la 15 ani se repetă la intervale regulate cu durată de 4—5 zile fără dureri. Ultima menstruație cu un an înainte, a durat 3 zile, în cantitate normală. O naștere, neagă avorturi. Boala actuală datează de 2 $\frac{1}{2}$ ani de când are incontinență urinară și dureri în spate. La examenul general bolnava bine dezvoltată cu mucoase palide, prezintă melano-dermie. Abdomenul balonat. Reacția Wassermann: negativă; gonococi din utera și vagin negativi. Examenul gynecologic: se constată uterul în retro-versie flexie destul de mobil, în afară lui o tumoră fluctuantă cât o prune aderentă de fun-

cul uterului, care se încovoe spre fundul de sac posterior. Cistocel vaginal; la eforturi de tusă se deplasează vezica și se scurge urină.

Operație: Docent Dr. C. Stanca. 31. III. 1925. Laparatomie mediană subombilicală. Se face histerectomie subtotală. În ziua de 27. II. bolnava plăcă vindecată.

La examenul anatomo-patologic se constată macroscopic: uter de mărimea unei mandarine, pereții îngroșați, cavitatea uterină are o lărgime de $\frac{1}{2}$ cm., în peretele uterin se văd noduli fibroși bine conturați în musculatură și în submucoasă. Salpinga este lărgită prezentând un diametru de 1 cc., lângă uter la distanța de 3 cm., prezintă o dilatație ampulară, în această parte peretele este îngroșat și acoperit de o masă galbenă-roșietică. Microscopic: Către suprafața internă mucoasa salpingiană este redusă la un singur strat celular turtit, fără vilozități, în stratul submucos, mergând către stratul muscular, se vede o infiltrație în formă de coloane de celule poligonale. În jurul acestor fascicule celulare se văd fibre musculare. Secțiunile colorate cu albastru de Nil arată că celulele cari formează coloane se colorează în violet (lipoizi birefrigenți).

Este o salpingită cronică, xantomatoasă. Ovarul este scleros cu corpi galbeni hidratizați, vasele îngroșate. Uterul prezintă în peretele muscular noduli fibromatoși, bine delimitați.

Cazul V. — R. M. 31 ani. Intră în serviciul Clinicei Gynecologice pentru dureri în lombe și fose. Antecedentele heredo-colaterale și personale fără importanță. Prima menstruație la 14 ani, ultima cu 2 zile înainte. O naștere, neagă avorturi. Boala actuală datează de 4 ani cu dureri în lombe și fose în urma nașterii, fluor alb. La examenul gynecologic se constată tumori anexiale bilaterale. Indicație operatorie.

Operația: Prof. Dr. Grigoriu. 3. VII. 1925. Histerectomie totală.

Examenul anatomo-patologic: Macroscopic: Trompele sunt îngroșate ajungând mărimea degetului mediu, ele se continuă cu masse tumorale cu cari formează un bloc compact. Microscopic: Secțiunea făcută din trompă arată spre lumen un țesut dens de granulație, care înlocuiește

complect mucoasa trompei; acest țesut este constituit din celule plasmatică, vase de neoformație, rare eozinofile și globule roșii. Această infiltrație pătrunde spre musculatură lăind complect fasciculele musculare. Țesutul muscular este foarte slab colorat. În această infiltrație se găsesc niște celule mari poligonale, câteodată și rotunde, unele cu nucleul central, altele periferic; protoplazma este abundentă, clară luând aspect spumos. Aceste celule formează câteodată blocuri întregi, altele sunt diseminate câte una, câte două. Colorate cu Nilblau, în protoplazma lor apar niște granulațiuni roz-violete. Celulele asemănătoare se mai găsesc și în stratul seros care este îngroșat și infiltrat.

Este o salpingită cronică cu o transformare xantomatoasă.

Secțiunile făcute din mase tumorale cari păreau macroscopic să fie ovar, arată la microscop bande de țesut conjunctiv-muscular înecunjurat de o infiltrație massivă cu cea descrisă mai sus, atât că celulele xantomatoase sunt cu mult mai numeroase așezându-se în grămezi. Colorate cu albastru de Nil, iau acelaș aspect.

Este o ooforită cronică xantomatoasă.

Cazul VI. — S. V. 34 ani. Intră în serviciul Spitalului de femei Cluj, pentru o tumoră care o simte crescând în abdomen și pentru scurgeri de sânge. Antecedente heredo-colaterale nimic important. Antecedente personale: menstruată la 11 ani, la intervale neregulate și de lungă durată, fără dureri. Boala actuală: de un an are scurgeri neregulate de sânge, de 6 luni simte o tumoră în abdomen. Starea generală: bolnava e palidă, slăbită, submatitate la vârfului cu expirație prelungită. La examenul gynecologic se constată: Fibrom al uterului. Apendicită cronică. Examenul secreției vaginale: gonococi negativi. Reacția Wassermann: negativ.

Operația: Docent Dr. Stanca. 14. I. 1926. Laparatomie mediană. Se extirpă uterul cu anexele, lăsând pe loc o parte din ovarul drept. Se face și o apendicectomie. În ziua de 9. II. 1926. bolnava părăsește spitalul cu plaga per secundam vindecată.

Examenul anatomo-patologic: Macroscopic: se constată un fibrom uterin subseros. Anexele din stânga arată:

o trompă dilatată cu pereții subțiați, la secțiune se scurge un lichid seros. Anexele din dreapta sunt formate din o trompă îngroșată plină cu substanță purulentă, ea se continuă cu o tumoră de mărimea unei nuci mari cu aspect gelatinos alb-gălbui, care se ia drept ovar. Microscopia făcută la nivelul trompei drepte arată o îngroșare a perețului, lumenul este diminuat și amfractuos. Frangiunile sunt dispărute în locul lor se observă formațiuni chistice tapetate cu epiteliu cilindric, lumenul plin cu substanță seroasă și infiltrație polinucleară. Celulele epiteliale sunt așezate în mai multe rânduri fără nici o ordine, se găsesc multe celule căzute în lumen. Unele din celule sunt tumefiate aproape rotunde cu procese de degenerescență în protoplazma lor, celelalte sunt turtite, aproape alungite. Corionul este proliferat și infiltrat cu celule plasmatică și celule leucocitare, se găsesc o mulțime de vase de neoformație cu un endoteliu tumefiat, lumenul plin cu globule roșii și albe, se găsesc rare celule cu protoplasma spumoasă, cu nucleul spre periferie. Straturile musculare sunt dissociate din cauza unei infiltrațiuni plasmocelulare, care merge dela mucoasă formând bande și noduli așezați perivascular. Tesutul conjunctiv este edemațiat luând aspectul țesutului mizomatos. Secțiunea făcută la nivelul tuncarei arată că este vorba de o trompă cu o structură foarte schimbată, se văd formațiuni glandulare tapetate cu epiteliu cilindric ciliat. Corionul este complet modificat din cauza infiltrației masive cu celule plasmatică și celule mari cu aspect spumos, care sunt așezate în grămezi ori în cordoane și trec în profunzime spre straturile musculare. Se găsesc numeroase vase de neoformație cu un endoteliu tumefiat. Musculatura prezintă un tablou identic celui descris în trompă.

Salpingită cronică xantomatoasă.

Cazul VII. — F. I. 26 ani. Intră în serviciul Spitalului de femei Cluj pentru dureri în ambele fose iliace. Antecedentele heredo-colaterale fără importanță. Antecedente personale: la 14 ani scarlatina. Menstruată la 18 ani. Se repetă regulat cu durată de 3 zile în cantități mici; ultima menstruația acum 5 zile

a durat 2 zile în cantitate mică. Două nașteri, un avort. Boala actuală datează de vre-o câțiva ani, simte dureri în ambele fose iliace cu sensibilitate mai accentuată la stângă și scurgere albă. Urină albă cu urme de puroi. Examenul secreției: gonococi pozitivi. Reacția Wassermann: negativă.

Examenul gynecologic: Uter în anteversie-flexie, în stângă anexele puțin îngroșate și foarte sensibile, în dreapta anexe sensibile. Pleacă din spital ca să urmeze tratamentul antigonococic acasă. Revine cu fenomene acute, se pune diagnostic de tumoară aneială dreaptă, sarcina extrauterină? Indicația intervenției de urgență.

Operația: Docest Dr. C. Stanca. 20. IV. 1926. Se face anexotomie dreaptă.

Piesa trimisă la Institutul nostru pentru examinare prezintă următoarele caractere: tumora este formată dintr-o masă neregulată, care face bloc în jurul trompei și ovarului. Secțiunile făcute la nivelul trompei arată mucoasa, care în unele porțiuni este necrozată și înlocuită cu mase infiltrative. Locurile unde mucoasa e păstrată, arată frangiile tapetae cu un epiteliu cilindric, care pe alocurea devine aproape turrit. Straturile fibro-vasculare ale vilozităților sufer modificățiuni; țesutul conjunctiv este hiperplaziat, vasele dilatate, pline cu sânge, se observă o abundentă infiltrație cu leucocite polinucleare, eozinofile și plasmatice; între ele se găsesc niște celule mari câteodată singurale, câteodată în număr mai mare cu protoplasmă spumoasă, nucleu mic central, rar împins spre periferie — sunt celule tipice xantomatoase, ele străbat în unele locuri musculatura, împreună cu o infiltrație plasmocelulară.

Este o salpingită cronică (probabil blenoragică) cu transformățiuni xantomatoase. Ovarul este mărit și prezintă noduli de infiltrație formați din celule leucocitare și conjunctive, în unele părți formând puncte necrotice în formă de abcese.

Este o ooforită.

Cazul VIII. — S. E. 25 ani. Intră în serviciul Spitalului de femei Cluj la 1. V. 1926, având dureri în fosa iliacă stângă. Antecedente heredo-colaterale fără importanță. Antecedente

personale: pneumonie, pleurozie, acum trei ani. Menstruată la vârsta de 15 ani la intervale regulate cu durată de 3—4 zile. Ultima menstruație acum 5 săptămâni a durat o zi, a fost foarte abundentă. 3 nașteri, un avort spontan sub supraveghiere moașei. Boala actuală durează de 4 săptămâni. Starea generală: bolnava a slăbit mult în urma hemoragiei, tegumentele palide, ganglionii-înghinali stângi palpabili. R. W.: negativă. Examenul gynecologic: Prin peretele abdominal în hipogastru cam la înălțimea spinelor antero-superioare se simte o rezistență nu prea masivă cu o rezistență ce pleacă dela anexele din stângă. În dreaptă o ușoară rezistență lângă col. Diagnostic: tumoară anexială (sarcina extrauterină).

Operația: Docent Dr. C. Stanca. 11. V. 1926. Se face o histerectomie subtotală cu lăsarea ovagului drept.

Examenul anatomo-patologic: Macroscopic: piesa trimisă constă din uter și tumoră care e formată din anexa stângă. Uterul este mărit din volum, la secțiune mucoasa ușor hiperplaziată, musculatura îngroșată. Tumoara formează un bloc care în realitate este format din trompă și ovar. Microscopic: Secțiunile din peretele uterin arată o mucoasă proliferată mai cu seamă interstițiul. Miometrul deasemenea infiltrat.

Endo și miometrită.

Secțiunile din tumoara anexială arată o îngroșare a tuturor straturilor, lumenul este foarte dilatat, mucoasa dispărută și înlocuită cu un strat gros de infiltrație, care e format din celule plasmaticice, eozinofile și polinucleare, numeroase vase de neoformație și sânge revărsat în țesut. Dedesubt pe alocurea se văd resturi de mucoasă formând pseudo-glande tapetate de un epiteliu cilindric, unele sunt dilatate chistic, altele cu lumenul anfractuos. În această infiltrație se observă niște noduli colorați deschis și examinate cu No. 7 arată că sunt celule xantomatoase tipice. Straturile subjacente musculare sunt dissociate complet din cauza acestei infiltrațiuni bogate și aci se găsesc vase de neoformație înconjurate de celule spumoase cari colorate cu albastru de Nil arată picături de culoare violet-roză în protoplasma lor.

Salpingită xantomatoasă.

Cazul IX. — P. M. 21 ani. Intră în serviciul Spitalului de femei Cluj la 8. VI. 1926, pentru metroragii abundente și dureri în hipogastriu. Antecedentele heredo-colaterale: fără importanță. Antecedentele personale: Menstruată la 16 ani, menstruația la intervale normale, însă în cantitate foarte abundentă. Înainte cu 4 ani o naștere grea, după care nu se simte bine; de 4 luni dureri în hipogastriu, cari iradiază la dreapta și în sacru. Menoragii abundente în urma cărora bolnava este debilitată. Examenul general: Pulmonar prezintă o submatitate cu respirație aspră la vârfuri. Punctul epigastric sensibil. La palparea abdomenului se simte o tumoare sub ombilic, care e mobilă.

Examenul gynecologic: Uter în retroversie, fixat, în dreapta o tumoră de mărimea unui ou de găscă.

Operația: Docent Dr. C. Stanca. 14. VI. 1926.

Histerectomie subtotală cu scoaterea tumorii, care nu este altceva, decât un piosalpiux aderent de sigmoid. Ovagul stg. se lasă pe loc.

Piesa operatorie, examinată la Institutul nostru, arată că tumoarea este formată din noduli mari neregulați, de o culoare gălbuie, care în unele părți prezintă excavațiuni. Intreaga tumoră pare a fi pe pereții unei cavități, care este salpinga. La microscop această tumoră este formată din o tramă musculo-conjunctivă cu vase de calibru diferit cu pereții îngroșați. Această tramă este acoperită de un strat gros de infiltrație, care o disociază și o împarte în fragmente. Infiltrația masivă este constituită dintr'un amestec de celule: sunt celule plasmatico, fibroblaste tinere cu nucleu colorat foarte palid și celule clare de natură xantomatoasă.

Este o salpingită cronică xantomatoasă.

Cazul X. — T. A. 28 ani. Intră în serviciul Clinicii Gynecologice la 18. IX. 1926, pentru dureri în lombe și fluor alb. Antecedente heredo-colaterale: fără importanță. Antecedentele personale: neagă maladiile infecto-contagioase și venerice. Prima menstruație la 14 ani, repetându-se la intervale de o lună cu o durată de 3—4 zile. Ultima menstruație acum 20 zile. Un avort. Boala actuală datează de acum un an, debutând cu dureri în lombe, care s'au accentuat în luna lui August. După tratamentul ambulator la Clinica Gynecol., durerile s'au ameliorat pentru o săptămână, apoi iar au revenit. Menstruația cu dureri,

Fluor alb în luna August. Starea prezentă: abdomenul balonat și puțin sensibil. Reacția W.: negativă.

Examenul gynecologic: Uter în antiversie-flexie, anexele transformate în tumori de mărimea unui măr.

Operație: Prof. Dr. Grigoriu, 25. XI. 1926. Histerectomie subtotală.

Examenul anatomo-patologic: Macroscopic: uterul este mărit de volum, prezintă aderențe cu anexa, care formează un bloc compact. Salpingele din amândouă părți îngroșate și formează corp cu ovarul. Secționând salpinga se scurge lichid purulent, având pereți foarte îngroșați. Ovarul prezintă chiste multiple în corticală.

Examenul microscopic: Secțiunile, făcute din trompă, arată o îngroșare considerabilă a peretelui așa că lumenul este redus la o crăpătură. Vilozițiile sunt în parte dispărute complet și înlocuite cu o infiltrație masivă plasmocelulară. Celulele plasmatică sunt mari, uneori protoplasma colorată mai slab; printre ele se găsesc rare celule eozinofile, celule endoteliale și vase de neoformație pline cu sânge. Fasciculele musculare sunt tumefiate și disociate cu o infiltrație aproape nodulară, care este formată din celule plasmatică, rare eozinofile și sânge revărsat în țesut. Seroasa îngroșată cu vase injectate cu sânge și infiltrată cu celule plasmatică. Secțiunile în ovar arată o perturbare completă a structurii, corticala abea se recunoaște, se văd câțiva corpi albicansi. Medulara este mărită, vasele enorm înmulțite. Mergând dela medulară spre corticală, fără a putea preciza limita se vede o infiltrație compactă, formată din celule plasmatică, numeroase vase de neoformație și pigment feric în țesut. Examinând cu obiectivul $\frac{1}{12}$, constatăm că un număr mare de celule plasmatică pierd câte puțin structura lor normală și anume se poate distinge foarte bine nucleul caracteristic pentru celula plasmatică (cromatină în formă de spițe de roată), iar în protoplasmă mai multe vachole, luând aspect spumos, ce este foarte caracteristic pentru celula xantomatoasă. În stadiul mai înaintat nucleul începe să piardă forma lui; din periferic devine central, cromatina se colorează spălă-

cit. Se vede cum pe celule deja transformate în celule xantomatoase sunt lipite celule plasmatică. Aceste mase infiltrative sunt presărate cu pigment feric. Vasele limfatice sunt înmulțite cu pereții îngroșați, lumenul plin cu sânge.

Este o salpingită cu o ooforită cronică cu transformare xantomatoasă.

Cazul XI. — P. M. 24 ani. Intră în serviciul Spitalului de femei Cluj la 12. II. 1927. Antecedentele heredo-colaterale; fără importanță. Antecedentele personale: apendicită operată în anul 1924 la Cl. Chirurg. Cluj. Menstruația la 13 ani, repetându-se regulat cu durata de 7 zile, dureroasă. Ultima menstruație la 22. I. 1927 cu o durată de 6 zile. De la ultima menstruație are dureri abdominale și prezintă febră. Durerile se accentuează în crize în mod periodic; timp, care coincide cu epocile menstruale. A fost tratată conservativ fără rezultate.

Examenul gynecologic: Uter în antiversie-flexie. Inapoiă lui să palpează spre stg. o tumoră cât un măr. La dreapta una mai mică. R. W.: negativă. Examenul secreției pentru gc.: negativă.

Operație: Docent Dr. Stanca. Se face o histerectomie totală cu ridicarea ambelor anexe. Drenaj vaginal.

Examenul anatomo-patologic: Tumora din partea stângă este de mărimea a doi pumni, compusă din abces ovarian și piosalpinge. Secțiunea, făcută din peretele chistului, arată spre lumen o lamă destul de grosă de țesut necrozat, infiltrat cu polinucleare și fragmente de țesut conjunctiv; imediat sub această lamă de necroză se observă că bandele țesutului conjunctiv sunt dissociate de celule clare, cari iau orientarea fasciculelor conjunctive și prin compresiune reciprocă iau forma ușor alungită. Se observă lumene alungite de vase capilare, pe pereții cărora sunt așezate celulele xantomatoase. Spre profunzime aceste celule formează o invazie mai abundentă, însoțind țesutul conjunctiv. Într'un loc se vede un lumen vascular, care face impresia că unul din poli se continuă cu celulele xantomatoase. Stratele subjacente prezintă o infiltrație plasmocelulară, însă infiltrația cu celule xantomatoase lipsește complet.

Cazul XII. — P. M. 38 ani. Se prezintă în serviciu Clinicii Ginecol. pentru dureri în fosa iliacă stg. Antecedentele heredo-colaterale și personale: fără importanță. Menstruată la 15 ani. Ultima menstruație înainte cu câteva zile. Boala actuală datează de 5 săptămâni, cu dureri în fosa iliacă stg.

Examenul ginecologic: Se constată: Uter în antiversie-flexie. Ia stg. și înapoia uterului o tumoră de mărimea unui pumn, sensibilă la palpare.

Operație: Prof. Dr. Grigoriu. 9. II. 1928. Histerectomie totală.

Examenul anatomo-Patologic: Macroscopic: se constată uterul mărit, trompele foarte îngroșate, pline cu lichid purulent.

Microscopic: Secțiunile din trompă arată către lumen depozite mari de infiltrație celulară, care schimbă structura normală a vilozităților. Vilozitățile se găsesc mai profund spre musculatură, luând aspectul glandelor, din cari unele sunt dilatate chistic și căptușite cu epiteliu cilindric. Între aceste pseudo-glande se găsește un țesut de inflamație constituit dintr-o cantitate enorm de mare de polinucleare, care maschează fondul. Fondul este format din celule plasmice, celule endoteliale tumefiate, vase de neoformație foarte numeroase cu lumenul plin cu sânge și rare celule, cari sunt asemănătoare cu celulele xantomatoase. Colorate cu Nielblau arată că în protoplasmă se găsesc lipoizi. Aceste celule se găsesc în vecinătatea vaselor. Straturile musculare sunt enorm de îngroșate, fasciculele fiind tăiate de infiltrația nodulară plasmocelulară, care se întinde până la mucoasă îngroșându-o și infiltrându-o. Tesutul mixomatos este foarte proliferat.

Este o salpingită și perisalpingită cronică cu început de transformare xantomatoasă și cu o infecție supraadăugată.

Secțiunile din salpinga de partea opusă arată vilozitățile cari sunt festonate și anastomozate între ele, făcând un fel de rețea, însă păstrând bine membrana bazală. Pe alocurea ele lipsesc complect și sunt înlocuite cu un țesut necrotic, în cari se găsesc detritusuri celulare. În stroma vilozităților se găsește o infiltrație plasmo-celulară și pigment feric, care pare că este fixat și de celule. Tesutul

fibroblastic al axei vilozităților este foarte tumefiat cu nucleul devenind aproape rotund.

Este o salpingită cronică cu nu puseu acut.

Cazul XIII. — K. E. 22 ani. Intră în serviciul Clinicii Gynecologice la S. II. 1928, pentru scurgeri neregulate. Antecedente heredo-colaterală fără importanță. — Antecedentele personale: pneumonie acum 2 ani. Menstruația la 16 ani, repetându-se la intervale de o lună, cu o durată de 5—6 zile, dureroasă. Ultima menstruație în 11. I. 1928. Boala actuală: Incepând cu ziua de 11 Ianuarie când a avut ultima menstruație, are scurgeri neregulate de sânge și dureri localizate mai ales în fosa iliacă stângă. R. W.: negativă. Examenul obiectiv nimic de remarcat: abdomenul sensibil la palpara.

Examenul gynecologic: Uter în anteversie retropoziție. Parametrită cronică stg. Ovarul stâng de mărimea unei nuci. Indicație operatorie.

Operație: Prof. Dr. Grigoriu. 20. II. 1928. Histerectomie subtotală.

Examenul anatomo-patologic: Macroscopic: Trompele îngroșate de mărimea unui index, ovarul din stânga ajunge mărimea unui măr, cu suprafața neregulată, prezentând un număr mare de chiste cari ajung de mărimea unei măzări mici cu un conținut seros.

Microscopic: Secțiunile făcute din salpingă arată o înmulțire excesivă a vilozităților cari sunt anastomozate între ele formând o rețea, care astupă complet lumenul. Epiteliul este așezat pe mai multe rânduri fără a prezenta caractere de atipie. Axa conjunctivă a vilozităților este infiltrată cu celule plasmatică, eozinofile, între ele se găsesc diseminate câte o celulă cu protoplasma spumoasă și nucleul excentric. Țesutul conjunctiv în unele locuri e sclerozat, în altele ia aspectul mixomatos. Musculatura prezintă o infiltrație plasmocelulară aproape nodulară. Secțiunile din ovar arată o cantitate considerabilă de chiste foliculare. Către substanța medulară se găsesc bande de celule clare, mari. Aceste bande sunt despărțite între ele prin fascicule fine de țesut conjunctiv. Bandele de celule clare sunt formate din niște celule mari poligonale, câteodată rotunde. Nucleul când este central, când periferic, cu cromatină palid colorată și luând câteodată aspect dințat.

Protoplasma prezintă vacuole destul de mari, dând aspectul spumos. Secțiunile colorate cu Nilblau prezintă picături colorate cu roz-violet în protoplasma acestor celule.

Este o salpingită cronică cu un început de transformare xantomatoasă, și un proces de ooforită cronică asociat cu infiltrațiuni xantomatoase și degenerescență microchistică.

Din observațiunile descrise se desprinde un caracter comun și esențial: prezența unei inflamațiuni proliferative a anexelor. Inflamațiunea interesează toate elementele unei anexe, așa că macroscopic e foarte greu să deosebim ovarul de salpingă, ambele formând un singur bloc tumoral. Microscopic procesul inflamator este foarte avansat, interesând toate straturile salpingei ajungând până la seroasă. Deși macroscopic piesa operatorie are aspectul de tumoră, microscopic se poate spune imediat că nu este vorba de proces tumoral pur, ci, de o infiltrație inflamatorie cu o îngrămădire de celule xantomatoase în unele locuri a pereților, dând o îngroșare enormă, ce se traduce prin aspectul macroscopic tumoral. Deci în realitate alterațiunea trebuie considerată ca o pseudo-tumoră inflamatorie.

În nici un caz n'am găsit o transformare malignă a acestor celule: celulele întotdeauna păstrează forma lor regulată și nucleul lor nu prezintă niciodată cariochineze. În cazul al VIII-lea se observă la microscop o aglomerare abundentă de celule xantomatoase în jurul vaselor, iar în cazul X, se observă foarte bine cum celulele plasmatiche încep să se transforme în celule xantomatoase, cum în celula plasmatică puțin câte puțin începe a apărea în protoplasmă vacuole spumoase și mai târziu și nucleul pierde forma sa în spițe de roată. Cazul XI, arată că vasele au un endoteliu care în unele locuri se continuă cu celule xantomatoase ceea ce ne poate da posibilitate de a ne gândi că și celula endotelială are proprietate de a se transforma în celulă xantomatoasă. Tot în acest caz se vede cum fasciculele conjunctive sunt disociate de bande de celule xantomatoase, cari pierd forma lor poligonală, devenind a-

lungă. Prezența excesivă a celulelor plasmatică, care sunt caracteristice pentru orice granulom, ne determină să excludem natura tumorală a acestor afecțiuni. Clinic diagnosticul întotdeauna a fost de tumora anexială, cu evoluția lungă. Fenomene inflamatorii — durerea — au fost totdeauna prezente. Evoluția lungă și prezența fenomenelor inflamatorii încă exclude natura tumorală; deci atât clinic cât și anatomo-patologic aspectul pledează pentru o inflamație cronică.

Histogeneza xantomului anexial este polimorfă; celula xantomatoasă poate proveni, fie din celula plasmatică, fie din histiocitii țesutului conjunctiv, sau poate chiar din celulele endoteliale ale peretelui vascular. Elementele celulare, cari stau la baza formării celulei xantomatoase — plasmocitul, histiocitul și celula endotelială — sunt celule de natură mezenchimatoasă, încât originea ei este o celulă bine formată (adultă) și nu este o celulă de neoformație atipică. — Dacă originea celulei xantomatoase este bine stabilită, rămân încă necunoscute cauzele cari determină formarea ei, patogenia, etiologia.

Există însă tumori xantomatoase, propriu zise blastoame? Nimic nu împiedică a crede că acele celule histiocitare, cari se transformă în celule xantomatoase sub influența unei cauze inflamatorii, să nu se cancerizeze sub influența acelei cauze cancerigene, necunoscute încă dar care lucrează asupra celulelor organismului, ori care ar fi natura ei, și care este de multe ori la granița proceselor inflamatorii și iritative în general.

Tumorile reticulo-endoteliale cât și formele lipoidice ale acestor celule (Boale numite Gaucher, Pick sau lipidoze histiocitare) sunt procese cari se grupează alături de procesele xantomatoase.

CONCLUZIUNI

1. Formarea celulei xantomatoase în salpingă și ovar este un fenomen secundar unui proces cronic inflamator al anexelor.

2. Procesul xantelasmic ia de multe ori aspectul pseudo-tumoral și a fost considerat ca atare.

3. Celula xantomatoasă este o celulă cu geneză polimorfă, însă originea celulelor întotdeauna este cea mezenchimatoasă.

4. Celula xantomatoasă nu este o celulă neoplazică sau cancerizată, ci este o celulă mezenchimatoasă transformată din punct de vedere al chimismului și funcțiunii ei.

5. Afecțiunile xantomatoase ale ovarului și salpingei nu s-au transformat în tumori maligne.

6. Nu se poate înlătura ideea că sunt tumori xantomatoase.

7. Atât afecțiunile metabolice xantomatoase, cât și tumorile xantomatoase, alături proceselor inflamatorii și blastomatoase au elementele reticulo-endoteliale.

Văzută și bună de imprimat

Cluj, la 14 Decembrie 1929.

Președinte

Prof. Dr. Titu Vasilie

Decan

Prof. Dr. I. Drăgoiu

BIBLIOGRAFIE

1. Arf. Beiträge zur xanthom (xanthomatosis). Frage Archiv für Dermatologie und Syphilis. CXXVI band 1919. pag. 809.
2. Aschoff: Zur Morphologie der lipoiden substanz. Zieglers Beitr. Bd. XLVII. 1910.
3. idem. Über die Lipoidinfiltration in den Kupfferschen Sternzellen un in den Retikulumzellen der Milz und deren Beziehungen zu den xanthelasma. Bericht, d. naturforschenden Ges. zu Freiburg; Br. Bd. XX. 1913.
4. Addison and Gull. On cert. alt of the skin. Vitiligoidea etc. Guys' Hosp. Rep. 1851. (citat de Corten).
5. Abrahamas R. A case of generalised xanthoma planum in a child. New-York med. Jaern. 1908. Vol. LXXXVIII. Ref. A. f. D. Bd. XCVII. p. 124.
6. Barlow Th. Case of congenital xanthelasma palpebrarum. Transaction of the path. Society, 1884. T. XXXV, p. 405.
7. Bazzin, Larraidy, Carry. Contribution à l'étude du xanthoma. Annales de Dermat. 1880.
8. Babeş et Daniel. Etude sur le xanthome Presse Med. 22 Dec. 1923.
- 8/a) Besnier, cit. de Art.
9. Bizzazero E. Über das juvenile xantom. Giorn. ital. e med. ed. pell. Vol. LI. p. 445.
10. Borst. Lehrbuch der pathologischen Anatomie Herausg. v. L. Aschoff, 1912.
11. Brachet et Mounard. Observation d'un caz de xanthome en tumeurs. Examen histologique, p. M. Balzer. Ann. de Dermat. et de Syph. 1881. No. 4. pag. 658.
12. Branweiner. Xanthoma tuberosum (juvenile). Wien med. Woch. 1906. p. 682.
13. Bodin. Xanthom. Pratique dermatologique. 1904.
14. Chambard. Du xanthelasma et de la diathese xanthelasmique Ann. de Dermat. et Syph. 1890.
15. Chambard. La structure et la signification histologique du xanthoma d'après Carlo de Vicentiis et la theorie parasitaire de cette affection d'après Balzer. Ann de Dermat. et Syphil. 1884. p. 81.

16. Corten. Beitrag für Histogenese des xanthomis. Fr. Zeit. f. Path. Bd. 23. 1920.
17. Chauffard et Laroche. Pathogenie du xanthelasma. La Semaine Medicale. 1920, p. 241.
18. Chauffard. Xanthelasma disseminé et symétrique sans insuffisance hépatique. Bult. et mem. de la Soc. méd. de Hôpitaux de Paris, p. 412. 1889.
19. Chvostek. Xanthelasma und Ikterus. Zeitschr. f. Klin. Med. B. LXXIII. IV. 5. u. 6.
20. Dubois Havenith. Fall von generalisiertem xanthelasma. Bull. de la soc. belge de Dermat. Mai 1906. Ref. Monatsbl. f. prakt. Derm. Bd. XLIV, p. 522.
21. Dubreuilh. Xanthom en tumeur chez un jeune enfant. Bull. de la soc. français de derm. et de syph. Janvier 1911.
22. Dubs Imgard. Xanthomzellen Bildung in der Uteruschleimhaut bei Fundus karzinom Centr. f. allg. Path. u. Anat. t. XXXIV, 1923, p. 145.
23. Eichhoff. Mitteilung eines Falles von Xanthelasma planum et tuberosum multiplex. Deutsche med. Woch. 1884. II. p. 52.
24. Feulard H. Xanthome juvenile. Soc. fr. de derm. et de Syphil. Seance du 10 mai 1894. An. de derm. 3. ser. V. 1894.
25. Fleissig I. Über die bisher als Riesenzellen sarcome (Myelome) bezeichneten Granulationsgeschwülste der Schnen-scheiden. Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. Bd. CXXII, p. 239.
26. Flemming Virchow. Arch. 1872.
27. Geyer. Beitrag zur Histologie und Lehre vom xanthoma tuberosum multiplex. Arch. f. Derm. u. Syph. 1897. Bd. XI.
28. Gosset, Loemy et Mayron. Sur le mode de formation des calculs de cholestérine. Bul. et Mem. de la Societé de chirurgie de Paris, 14 Dec. 1921.
29. Gilbert, Chabrol et H. Benard. Un caz de xanthome familial. Soc. Med. de Hôpitaux, 14 Mai 1926. Presse Medical No. 40, p. 630.
30. De Garmat. Un caz de xanthoms multiples dits „en tumeurs“ avec diabète concomitant. Contribution à l'étude des xanthomes. Ann. de Dermat. Syphil. serie 6, 1, 1920, p. 497.
31. Hallopeau. Sur la nature de xanthome et la cause prochaine de leurs complications Ann. de Dermat. et Syphil. 1893, p. 935.
32. Hufschmitt. Un caz de xanthome familial. Bul. de la soc. fr. de Derm. et Syphil. 1924 R. S. p. 4.
33. Hutchinson, Sangster und Crocker im Anschluss an die Arbeit von Startin. Case of xanthelasma Pathological soc. of. London 1882.
34. Ioannovics G. Über Plasmazellen. Zentr. f. path. Anat. 1909. p. 1011.

35. Kammer. Ein Fall von Riesenzellenxanthosarkoma und über das xanthom im allgemeinen Inaug. Disskus. Freiburg 1. Br. 1909.
36. Kaposi. Wiener med. Wochenschr. 1882, No. 8, 9.
37. Krystalowicz. Zur Histologie des xanthoma glycosuricum. Mon. f. prakt. Dermat. Bd. XXXIX.
38. Lchzen und Krauss. Über xanthoma multiplex planum tuberosum mollusciforme Virchow-Archiv. Bd. CXVI, 1899.
39. Leven. Fall von xanthoma tuberosum bei Diabets, nebst Bemerkungen über xanthome im allgemeinen. Arch. f. Derm. Bd. LXVI, 1903, p. 61.
40. Lévy G. Xanthelasma et xanthome. Ann. d'Anatomie pathologique, 1925 V. II. p. 247.
41. Mackenzie. Cit. de Art.
42. Masson. Les cellules de Langerhaus. Leur rôle dans les échanges dermo-epidermiques. Bul. de la Soc. fr. de Dermat. et Syphil.
43. Nöten. Reunion de Strasbourg Mars 1921.
44. Oberling. Le système réticulo-endotelial. Annales d'Anat. pathol. V. I. 1924, p. 87.
45. Pinkus și Pick. Zur struktur und Genese der symptomatischen xanthome. Deutsche. medic. Wochenschrift 1908, p. 1426.
46. Petri. Beitr. für Heus-Kantom. Ebse centralbl. für allg. Pat. und Pat. An. b. 34 1923—24.
47. Pinkus și Pick. Weitere Mitteilungen zur Lehre von den xanthomen. Verhandlungen der Berliner derm. Ges. Juli 1909. Arch. für Derm. Bd. XCIX, p. 465.
48. Robinson. Xanthoma diabeticum und seine Verwandtschaft mit gewöhnlichem xanthom. Mon. für prakt. Derm. 1897 Bd. VLI.
49. Rayer. Traité des maladies de la peau 1835.
51. Richter. Über generalisierte xanthome, besonders das xanthome en tumeur Monatsch. f. prakt. Derm. 1903, p. 36.
51. Schmidt E. Über die Bedeutung des Cholesterins für die Xanthombildung Derm. Zeitschrift. Bd. XXI, H. 2. 1914.
52. Schwimmer und Babeş. Handbuch der Hautkrankheiten Ziemssen spez. Path. u. Ther.
53. Sikencier E. Zur Pathogenese des generalisierten xanthoms. Zieglers Beitr. zur path. Anat. XIV, Bd. 3. H. 1913.
54. Spillman et Watrin. Lésions histologiques dans un cas de xanthome papuleux generalisé. Bul. de soc. fr. de Derm. et Syph. Dec. 1919.
- „ idem. Contribution à l'étude du xanthome papuleux generalisé. Ann. de Derm. et Syph. 1921, p. 48.

55. Török. De la nature des xanthomes avec quelques remarques critiques sur la notion de tumeurs Ann. de Derm. et Syph. 1893, IV. p. 1009, et p. 1262.
- „ idem. De la nature des xanthomes Ann. de Derm. 1894, V. p. 50.
56. Touton. Über das xanthom. Vierteljahresschrift für Derm. und Syph. 1885.
57. Ullmann. Über xanthomatosis. Demonstrations — vortrag in der Wiener dermat. Ges. Sommer — Semester 1914.
58. De Vicentiis. Endotelioma adiposo. Revista Clinică, No. 7, 1883. XXI Jahrgang.
59. Virchow. Über xanthelasma multiplex (Molluscum lipomatodes). Vich. Archiv. 1871, Bd. LII, p. 504.
60. Waldeyer. Xanthelasma palpebrarum. Virch. Arch. 1871, Bd. LIX, p. 318.
61. Wilson Erasmus. Cit. după Corten.



