

8623

No. 841

CARCINOMUL PRIMITIV AL TROMPEI UTERINE



DOCTORAT IN MEDICINA SI CHIRURGIE
PREZENTATA SI SUSTINUTA IN ZIUA DE 25 IANUARIE 1935

DE

AUGUSTIN MUREȘIANU

PREPARATOR AL INST. DE ANATOMIE PATOLOGICĂ.

C L U J

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
STRADA MEMORANDULUI 22

CARCINOMUL PRIMITIV AL TROMPEI UTERINE



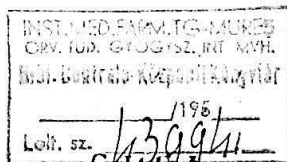
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE

DE

AUGUSTIN MUREȘIANU

PREPARATOR AL INST. DE ANATOMIE PATOLOGICĂ.



23 MAY 2005

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr. GH. MARTINESCU.

Profesori:

Clinica stomatologică (agr.)	Prof. Dr. <i>Aleman I.</i>
Istoria medicinei (agr.)	" " <i>Bologa V.</i>
Bacteriologie	" " <i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală	" " <i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	" " <i>Buzoianu G.</i>
Istologia și embriologia umană	" " <i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	" " <i>Gane T.</i>
" ginecologică și obstetricală	" " <i>Grigoriu Cr.</i>
Semiologie medicală	" " <i>Goia I.</i>
Clinica medicală	" " <i>Huțiganu I.</i>
Clinica chirurgicală }	" " <i>Pop A.</i>
Medicina operatoare }	" " <i>Kernbach M.</i>
Medicina legală	" " <i>Martinescu Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozia	" " <i>Michail D.</i>
Clinica oftalmologică	" " <i>Minea I.</i>
" neurologică	" " <i>Moldovan I.</i>
Igienă și igiena socială	" " <i>Negru D.</i>
Radiologia medicală	" " <i>Pamfil Gh.</i>
Farmacia chimică și galenică	" " <i>Papilian V.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" " <i>Popoviciu Gh.</i>
Fiziologia umană	" " <i>Sturza M.</i>
Balneologie	" " <i>Tătaru C.</i>
Clinica dermato-venerică	" " <i>Țeposu E.</i>
" urologică	" " <i>Thomas P.</i>
Chimia biologică	" " <i>Urechia C.</i>
Clinica psihiatrică	" " <i>Vasilii T.</i>
Anatomia patologică	" " <i>Vasilii T.</i>

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: Domnul Prof. Dr. *Tivu Vasiliu*

Membrii:	}	Domnul Prof. Dr. <i>Baroni V.</i>
		" " " <i>Kernbach M.</i>
		" " " <i>Negru D.</i>
		" " " <i>Sturza M.</i>

Supleant: Domnul Doc. Dr. *Popoviciu Traian.*

Introducere și Istoric.

Carcinomul primitiv al trompei uterine este o afecțiune foarte rară. În tratatele de specialitate, Ginecologie și Anatomie Patologică, îi este rezervat, la capitolul respectiv, un foarte mic loc, iar unele este complet ignorat.

Afirmațiunea că afecțiunea este rară, trebuie interpretată cu o oarecare rezervă, din cauza că în cele mai multe servicii de ginecologie și chirurgie nu se practică confirmarea diagnosticului prin examenul isto-patologic, a diverselor afecțiuni anexiale, etichetate de „tumori anexiale și pio-salpînx-uri“, cari de multe ori ar fi putut da surprize operatorilor, dacă s'ar fi făcut un examen isto-patologic al acestor piese.

Din această cauză, toți autorii recomandă, ca în toate cazurile suspecte, chirurgii să nu se limiteze la examenul macroscopic al pieselor, ci să ceară examenul istologic făcut de un bun specialist anatomo-patolog.

Primele descrieri de tumori tubare sunt confuze și nu precizează dacă e vorba de tumoră primitivă sau secundară, prin metastază a unei tumori uterine sau propagarea de vecinătate a unei tumori ovariene.

Intâiul caz de carcinom primitiv al trompei, după părerea autorilor francezi, a fost descris de către Raynaud în anul 1847. Autorul a dat numai descrierea macroscopică excelentă a tumorii și o planșă. Bazat pe această descriere și planșă, Doran conchide că este vorba de un carcinom primitiv al trompei.

Prima descriere microscopică este făcută de Rokitansky în 1861. În anul 1867 Scanzoni menționează un caz de infiltrație carcinomatoasă a trompei.

În anul 1880 prof. Schroeder dela Berlin, afirmă că carcinomul trompei este în totdeauna secundar. Aceiași părere o împărtășesc și Follin, Duplay și Courty.

Prima lucrare de ansamblu a chestiunii este datorită lui Orthmann în anul 1886, publicată în Zentralblatt für Gynäko-

logie, care adună cazurile publicate până la data aceea, din cari nu reține decât 12 cazuri, după un studiu critic riguros, și un caz sigur, publicat de el, observat împreună cu A. Martin.

După părerea autorilor germani, cazul lui Orthmann ar fi primul caz sigur de carcinom primitiv al trompei.

În lucrarea sa, Orthmann răstoarnă părerea autorilor contemporani, cari afirmau că n'ar exista carcinom primitiv al trompei, ci numai secundar.

În 1889 Doran atrage atențiunea cercetătorilor asupra acestei afecțiuni. Routier, în 1893, și Tuffier, în 1894, publică fiecare câte un caz.

În anul 1895 Saenger și Barth studiază cazurile publicate până atunci, în număr de 17, și fac o clasificare anatomo-patologică, care e admisă de cei mai mulți autori.

Tratatele clasice ale acestei epoci nu amintesc carcinomul primitiv al trompei, singur Pozzi, în 1897, face un scurt studiu al acestei chestiuni, amintind extrema raritate a afecțiunii.

În 1889 Danel în teza sa studiază toate tumorile maligne ale trompei, reunind 29 cazuri de carcinome primitive.

În 1901 Quénu și Longuet, în *Revue de Chirurgie*, fac un studiu detaliat al tumorilor trompei, insistând mai ales asupra carcinomului primitiv al trompei, din care adună 33 cazuri. În acelaș an apare teza lui Schäfer, la Leipzig, bazat pe un caz.

În anul 1903 Peham publică 3 cazuri de carcinom primitiv al trompei bilateral (*Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk.*), reunind în acelaș timp 62 cazuri descrise până la el.

În anul 1907 apare teza lui Dandelsky, la Würzburg. În 1909 profesorii Gosset și Lecène publică câte un caz. Bourrély în teza sa dela Facultatea din Montpellier, în anul 1911, studiază tumorile trompei și adună 111 cazuri de carcinom primitiv al trompei. În acelaș an, Smith, în *Journ. of Obst. and Gyn. and Chirug.*, găsește pe 3000 cazuri de tumori maligne ale organelor genitale, carcinomul trompei în procentul de 3, 8. În 1913 apar tezele lui Drufmann și Einsle, la München; ultimul adună 123 cazuri sigure. Mantel și Schweykart în teze de doctorat, primul la Erlangen, al doilea la München, descriu câte un caz, în anul 1916.

În anul 1921 Dl. Doc. Dr. C. Stanca descrie, primul în România, un caz personal survenit în clinica ginecologică, din Cluj, în anul 1917, în revista de Obstetrică, Ginecologie, și Puericultură, din București, asupra căruia face o descriere detaliată anatomo-clinică și câteva considerațiuni personale. D-sa are meritul de a fi atras, la noi, atenția cercetătorilor asupra acestei chestiuni.

În anul 1922 acelaș caz îl comunică în Zentralblatt f. Gynäk., iar în 1927 în Gaz. des Hôpitaux Paris.

În comunicarea sa, Dl. Doc. Dr. Stanca, amintește că ar fi publicate până la data aceia 147 cazuri de carcinom primitiv al trompei.

În anul 1923 Favreau în teza sa studiază un nou caz. În 1924 apare la Paris teza lui Biar, care adună 213 cazuri.

În acest răstimp sunt publicate mai multe cazuri de carcinome primitive ale trompei, dintre cari nu amintim decât câțiva autori: Banister, Steinweg, Pinsohn, Fleischer, Beck, Heil, Kurtz, Schlaak, Barrows, Kittler, Buttner, Bueltemann, Orzechowski, Le Balle, Patay, Estève, Gerbet, Cadet, Bortini, Gittelson, Nicola, Bompiani, Cotte, Duboucher, Cornil, etc.

Cazurile de carcinom primitiv al trompei, diagnosticate și publicate în acest interval, cred că sunt mai numeroase, grație atențiunii care li-s-a dat și mijloacelor diagnostice mai atente, de cari s'au servit autorii în acest timp.

Schlaak până în anul 1926 adună 200 de cazuri, în articolul din Monatschrift. f. Gebusth. u. Gynäk., care cifră e amintită și în tratatul de Anatomie patologică a lui Henke-Lubarsch.

Numărul cazurilor de carcinom primitiv al trompei, publicate, variază după diferiți cercetători. Neavând posibilitatea de a cerceta toate publicațiile de carcinome primitive ale trompei, pentru a le putea supune unui studiu critic riguros, pentru a vedea adevăratul lor număr, ne mulțumim cu cifra medie luată după numărul pretins de diferiți autori, care ar fi, până în anul 1926, cam de 220 cazuri. Dela această dată noi am adunat 26 cazuri, înafară de cele inedite, cari le publicăm în teză; împreună cu acestea, până la 1 Ianuarie 1935, ar fi descrise 249 de cazuri.

În literatura medicală românească, care ne-a stat la dispoziție, nu am găsit relativ la această chestiune decât o teză

de doctorat la București în anul 1925 a D-șoarei A. Țucbeț, intitulată „Contribuțiuni la studiul carcinomului papilomatos al trompei”, cu 2 cazuri din clinica prof. C. Daniel, și 2 comunicări de cazuri, una a Dlui Doc. Dr. Stanca, amintită mai sus și a doua o comunicare la Soc. de Ginecologie și Obstetrică din București, anul 1926, făcută de domnii d-ri: Frumușanu și Mavrodin.

Prin modesta mea contribuție, nu am pretenția de a fi făcut o lucrare originală, ci numai de a pune la punct o chestiune complet neabăgată în seamă, care cred că are o individualitate anatomo-clinică necontestată, cu toată raritatea cazurilor. Studiul meu cred că va interesa în mod deosebit pe specialiști, fiindcă până azi la noi nimeni nu i-a dat importanța care o merită, acestei afecțiuni.



Anatomia Patologică.

Carcinomul primitiv al trompei este adeseori o tumoră greu de deosebit de tumorile papilare benigne și sarcomele trompei. Mulți autori au comis greșala de a interpreta un carcinom primitiv al trompei ca o tumoră benignă sau ca un piosalpinx. Astfel, Osterloch, după ce a extirpat un sac mare aneșial, crezut piosalpinx, la câțva timp s'au produs metastaze, examinând amănunțit microscopic piesa conservată, a constatat că era vorba de un carcinom al trompei.

Alți autori, cazuri asemănătoare, le-au etichetat de tumori ovariene sau sarcome ale trompei, mai târziu făcând examenul microscopic, au văzut adevărata natură carcinomatoasă.



Macroscopia.

La deschiderea cavității abdominale se pot găsi noduli papilari eliminați prin orificiul abdominal al trompei, cari apar între franjuri. Aceste vegetațiuni, de cele mai multe ori, dau o bănuială chirurgicalului despre existența unui carcinom primitiv al trompei, când restul organelor genitale nu prezintă nimic tumoral. Însă numai după deschiderea trompei sau secționarea ei, se vede tumora adevărată.

În mod excepțional, tumora se poate recunoaște prin prezența de noduli neoplatici neregulați, cari se desenează sub tunica seroasă a trompei.

Sediul tumorii poate fi unilateral, sau bilateral. De cele mai multe ori este unilaterală. Quénu o găsește unilaterală în 28 din 36 de cazuri. Gerbet o găsește în $\frac{2}{3}$ a cazurilor unilaterale. Stolz a publicat 10 cazuri bilaterale. Kalmann a găsit 40 de cazuri bilaterale în clinica lui Frankl.

Tumora poate să fie situată în micul bazin, în dosul uterului, aderentă sau liberă în cavitate, mai ales la începutul evoluției, când ligamentul larg nu este încă invadat.

Intr'un stadiu mai avansat ea poate să aibă aderențe numeroase cu uterul, ovarul, ligamentul larg, ligamentul rotund, epiploonul, intestinul, apendicele, peretele abdominal, vesica urinară și rectul. Aderențele pot fi produse de procesul neoplasic, care invadează și aceste organe, sau de către un proces inflamator adēsiv.

Mărimea trompei tumorale variază dela cea a unei boale de linte, până la un cap de adult. In cazul nostru Nō. I, tumora este strict unilaterală, de mărimea unui pumn.

Forma depinde de sediul și dezvoltarea tumorii. Mai adeseori trompa se prezintă ca o dilatație cilindrică (in formă unui cartaboș), uneori luând forma de măciucă sau retortă, alteori fusiformă, sau de noduli de mărimi variate, așezați din loc in loc.

Până când masele tumorale n'au trecut prin peretele trompei, seroasa este netedă. Prin destinderea produsă de masa tumorală, peretele se subțiază și la un moment dat se poate rupe, și astfel procesul neoplasic trece la organele din vecinătate, pe care le invadează și produce cu ele aderențe extinse. Uneori trompa se poate torsiona, dând simptome de chist ovarian torsionat.

Peretele trompei este foarte bogat vascularizat, prin vase de neoformațiune, ceiace explică nutriția masei mari tumorale.

Orificiul abdominal al trompei, dacă a fost închis printr'un proces inflamator anterior, poate să fie redeschis de către compresiunea produsă de masa tumorală. Unii autori pretind că orificiul in cazuri de tumori maligne ale trompei, se închide dela început, probabil in mod reflex, pentru a opri propagarea tumorii. Orificiul uterin al trompei este adeseori permeabil, încât permite scurgerea lichidului și de fragmente tumorale in cavitatea uterină.

Deschizând trompa, sau secționând-o, găsim in interiorul ei o masă tumorală care îi umple lumenul, uneori aproape in întregime. Masa tumorală este formată dintr'o substanță de culoare albicioasă, uneori papilară, alteori encefaloidă, foarte rare ori schiroasă. Consistența este de obicei moale.

Masa tumorală de cele mai multe ori este complect izolată de peretele trompei, încât dă impresia umpluturii unui cartaboș, asemănare remarcată de toți autorii. Peretele trom-

pei se poate foarte ușor detașa de masa tumorală, cu pensa sau cu degetele.

În momentul deschiderii pungei tumorale, se scurge un lichid de culoare clară sau rozată, alteori gălbui, brun, în cazuri rare purulent, alteori sero-sanguinolent. Câteodată este fetid. Cantitatea lui este variabilă, dela câțiva cc., până la 300 cc., găsită de unii autori.

Culoarea tumorii este uneori albă-murdară, asemănătoare masei cerebrale sau cenușie roșietică.

Macroscopic proliferațiunea carcinomatoasă poate prezenta 3 tipuri deosebite:

a) *Forma papilară*: se întâlnește în general în toate neoformațiunile aparatului genital femeesc. Se găsesc o mulțime de vegetațiuni moi, friabile, cari umplu cavitatea trompei. Excrescențele aceste papilare se fixează pe mucoasă și proiemină în interiorul trompei. Culoarea lor este cea descrisă la partea generală. Proliferațiunile aceste papilare pot lua o formă nodulară sau difuză.

b) *Forma medulară-encefaloidă*: sunt cazuri când carcinomul primitiv al trompei nu are aspect papilar evident, ci tumora are un aspect mai compact, asemănător cu creierul de copil, prezentând focare hemoragice și necrotice.

c) *Forma schiroasă*: Această formă este negată de către Saenger și Barth, însă a fost descrisă de către Quénu și Longuet. Este caracterizată forma aceasta prin predominanța țesutului conjunctiv și puțin țesut epitelial, astfel că tumora are o consistență mai dură.

Organele din vecinătatea tumorii sunt foarte adeseori alterate. Ovarul, după Doran, în 10% din cazuri este transformat sclero-chistic. Masa tumorală invadează precoce ovarul, formându-se aderențe între trompă și ovar, încât de multe ori e greu a stabili originea carcinomului. În general în aceste cazuri vom avea în vedere, că tumorile ovarului sunt mai voluminoase decât ale trompei, însă diagnosticul precis ni-l dă numai examenul istologic.

Uterul poate fi sediul metastazelor dela trompă pe calea orificiilor, prin cel abdominal mai rar, prin cel uterin mai des, neoplazia grefându-se în cazul din urmă pe mucoasa uterină, în cazul dintâiu pe suprafața uterului.

Ganglionii pelvieni sunt adeseori invadați, la fel și ganglionii prevertebrali și mezenterici. Unii autori au semnalat metastaze și în ganglionii inghinali și supra-claviculari, în stadiile foarte avansate, ale bolii.

Tumora propagându-se poate să prindă peritoneul micului bazin, organele și țesuturile de aici, încât formează o masă solidă, dură, din care nu se mai pot izola organele la intervenție chirurgicală.

Metastaze la distanță au fost semnalate în stomac, ficat, rinichi, inimă, etc.

Ascita a fost găsită în multe cazuri, însă lichidul rare ori a fost în cantitate mare. Când orificiul abdominal al trompei este deschis, Le Count crede că vegetațiunile tumorale secretă un lichid care se varsă în cavitatea peritoneală, dând naștere ascitei. Când orificiul este închis, ascita lipsește de cele mai multe ori.

Pozzi crede că ascita este datorită unei reacțiuni a peritoneului din momentul aparițiunii nodulilor metastatici la nivelul său.

Studiu Istologic.

În carcinomul primitiv al trompei epiteliul din care ia naștere, poate prezenta mai multe forme de proliferațiuni: a) forma papilară, b) forma pseudo-glandulară, c) alveolară și d) trabeculară. În forma papilară celulele se înmulțesc în mod activ și formează muguri epiteliali la suprafața mucoasei, formați dintr'un ax conjunctiv, acoperit cu un singur rând de celule epiteliale cilindrice, alteori acoperit cu mai multe rânduri. În acest stadiu de evoluție, carcinomul este greu de diferențiat față de papilome.

Tendința acestor neoformațiuni este de a pătrunde în perețele trompei și către lumenul ei. Destinderea produsă de ele, le permite o dezvoltare ușoară în interiorul trompei. Vasele de neoformațiune din perețele trompei, le asigură o bună nutrițiune.

Masele de celule epiteliale de pe suprafața formațiunilor papilare proliferază în mod rapid și duc la dispariția stromei, încât se formează insule de celule tumorale în sub-mucoasă și musculoasă, care e împinsă și subțiată și în urmă perforată de masele tumorale epiteliale.

Celulele epiteliale, cari formează această tumoră, au mai mult o formă cilindrică și sunt situate pe mai multe strate. La periferia maseilor epiteliale se pot găsi formațiuni limfatice plexiforme. De multe ori în masa tumorală iau naștere: formațiuni asemănătoare tubilor glandulari, încât avem forma adeno-papilară.

Intr'un stadiu mai avansat de dezvoltare se găsesc masele epiteliale alveolare, cari uneori ajung într'un stadiu înaintat de maturație, luând celulele forme cubice și chiar turtite. Câteodată se găsesc multe cariokineze atipice.

Kurtz a văzut un carcinom tubar cu celule asemănătoare celor gigante. El crede că acestea sunt celule carcinomatoase degenerate. Boxer a descris un carcinom tubar cu celule psammomatoase. Cu aceleași celule este și cazul dlor Frumușeanu și Mavrodin, histologia fiind făcută de dl conf. A. Babeș.

Carcinomul primitiv tubar se poate prezenta și sub aspect glandular, corespunzând carcinomului atipic, descris de unii autori. Alte ori se găsesc așa numitele forme metaplasice formate dintr'un epiteliu pavimentos.

Stroma carcinomului tubar, în majoritatea cazurilor, este puțin dezvoltată. Este abondentă în formele schiroase, cari însă sunt foarte rare.

În stromă uneori se găsește o infiltrație abundentă leucocitară și în special plasmocitară și rar polinucleară. Este semnalată de unii autori și degenerescența hialină a stromei.

Clasificarea histogenetică.

Cornil, Mosinger, Imbert și Harvey disting 3 varietăți histogenetice de tumori tubare.

a) *Carcinome orthoplasice*, cele mai frecvente, dezvoltate pe contul epiteliului tubar normal. Ele prezintă două forme de creștere: 1. exophitică către lumenul trompei și 2. endophitică — în grosimea peretelui trompei. În prima formă tumora trece prin mai multe stadii cu aspecte variabile: hiperplasia simplă, proliferație papilară și aspectul masiv cu metatipie. În forma endophitică, care e mai rară, se formează trabecule epiteliale sau tubi pseudo-glandulari.

b) *Carcinome metaplasice*, dezvoltate pe o metaplasie preexistentă (endometrioză, insule mucoide preexistente).

c) *Carcinome disembrioplasice*, de natură wolffiană, din resturile canalului lui Wolff, concepție susținută de Peham și alții. Unele tumori tubare de fapt au o mare asemănare cu tumorile Wolffiene, de care e foarte greu a le diferenția. Autorii sunt de părere să se admită această varietate de carcinome tubare.

Etiologia și patogenia carcinomului primitiv tubar, cași în carcinomul celorlalte organe nu sunt încă clarificate nici până în ziua de azi cu toate cercetările făcute, încât ignoranța, am putea spune, domină încă acest vast teren de cercetări.

Cu privire la etiologia carcinomului tubar primitiv se în-criminează o mulțime de fapte: vârsta, antecedentele ginecologice și obstetricale și viața sexuală. Pe lângă acești factori i-se atribuie un mare rol în geneza cc. primitiv al trompei, inflamațiunilor cronice utero-anexiale. Vom lua pe rând acești factori, cari însă nu sunt decât momente predispozante și le vom arăta importanța lor.

Vârsta: Toate statisticele arată că apare mai frecvent între 40—50 ani. Astfel în statistica lui Gerbet, pe 194 cazuri, frecvența după vârstă este următoarea:

de la 40—50 ani	100 cazuri
„ 50—60 „	52 cazuri
30—40 „	27 cazuri
peste 60 „	9 cazuri
și sub 30 „	6 cazuri

Anteced. ginecol. și obstetr.: Multe dintre bolnave au avut câte o singură sarcină, însă altele au avut până la 7—8 sarcini. De obicei găsim în antecedente ultima sarcină destul de îndepărtată, ea fiind în medie cam la 10—15 ani în urmă, într'un caz al nostru a fost vorba de o sarcină înainte cu 22 ani.

Avorturile, medicale și criminale, le găsim de multe ori în antecedentele acestor bolnave. Într'un caz al lui Biar bolnava a avut cu 8 luni înainte de simptomele de carcinom tubar, un avort.

Antecedentele obstetricale sunt criticabile și nesigure, deoarece carcinomul tubar evoluează de obicei insidios și greu se poate face o legătură între aceste date și apariția tumorii.

Schmidtlechner a găsit în antecedentele unei bolnave infecțiunea puerperală.

Menstruația pare a avea un rol puțin important în etiologia și patogenia cc. primitiv al trompei. Părerea aceasta o susține Quénu și Longuet. În statistica lui Anduze—Acher pe 115 cazuri, o singură bolnavă a prezentat menstruații neregulate. Dintre cazurile noastre una singură a prezentat menstruații neregulate, abondente cu dureri foarte mari, cari durau până la 2 săptămâni uneori.

Menopauza ar fi și ea o cauză, însă nu pare a avea un mare rol. În majoritatea cazurilor de cc. primitiv al trompei, bolnavele cele mai multe sunt în menopauză de câțiva ani, explicabil prin faptul că afecțiunea apare la aceiași vârstă.

Viața sexuală, poate prin excesele făcute, ar contribui întrucâtva, concomitent cu alți factori amintiți, la producerea afecțiunii.

Inflamațiunile utero-anexiale au dat naștere la ample discuțiuni cu privire la etiologia și patogenia cc. primitiv al trompei. Saenger și Barth au afirmat că afecțiunea aceasta se dezvoltă fără discuție pe o bază inflamatorie cronică ale anexelor. Doran, Orthmann, Ebert, Lecène și Banister împărtășesc aceeași părere. Zangemeister, Quénu, Longuet, Forgue și Massabuau se ridică contra teoriei inflamatorii unice ale acestei tumori, fără însă a-i nega rolul predispozant. Quénu și Longuet aduc obiecțiunea, că salpingita în mare număr din cazuri este secundară carcinomului, prin infecția neoplasmului, mai ales în carcinomele cari evoluiază sub forma papilară. Pe lângă acest fapt, inflamațiunea anexială lipsește în multe cazuri, după cum este complet absentă și în câteva din cazurile noastre.

Teoria inflamatorie totuși trebuie admisă, după cum o admite și prof. J. L. Faure în tratatul său de ginecologie.

Cazuri de carcinom primitiv al trompei s'au observat după pelvi-peritonite cronice (Saenger), altelei grefat de rămașițe de ulcerțiuni și fistule tbc. ale salpingelor.

Într'un oarecare număr de cazuri, în acelaș timp cu tumora tubară, erau fibrome uterine ori chiste ovariene. Biar crede că în cazurile de fibromiome uterine și chiste ovariene, acestea ar produce o excitațiune a vitalității epitelului tubar, care ar da naștere la proliferațiunea neoplasică.

Witthauer susține că nici una din cauzele amintite nu pot fi luate în considerare, ci carcinomul primitiv al trompei

ia naștere prin degenerescența carcinomatoasă a papilelor tubei.

Unii autori admit că tumora s'ar desvolta din resturile embrionare ale canalului lui Wolff (teoria disembrioblastică). Doran pretinde că, afecțiunea ar fi datorită degenerescenței maligne a unui papilom tubar preexistent.

Aderențele cari se formează cu organele vecine, Witt-hauer le explică prin ieșirea secrețiunii patologice a trompei, prin orificiul abdominal, care produce o reacțiune inflamatorie a organelor învecinate.

Ori câte ar fi cauzele incriminate, nici uneia din ele nu i-se poate atribui un rol decisiv și sigur, astfel că până la descoperirea viitoare a etiologiei carcinomului, vom fi nevoiți a ne încânta neștiința prin teorii imaginare și de multe ori neverosimile.

Totuși teoria inflamațiunilor cronice anexiale, pare a avea cel mai mare rol după toți cercetătorii.

Simptomatologie și forme clinice.

Carcinomul primitiv al trompei nu prezintă simptome clinice patognomonice. Din această cauză diagnosticul este foarte greu de făcut, iar în cele 249 de cazuri publicate până acum, nu s'a putut pune decât de 4 ori.

Debutul afecțiunii este asemănător tumorilor anexiale benigne, de natură inflamatorie și astfel diagnosticul sigur nu se poate pune, ci numai un diagnostic prezumtiv de tumoră malignă a trompei, mai ales în cazurile mult evolute.

Semnele generale sunt cele comune ale tumorilor maligne și din nefericire apar tardiv, când tumora este mult evoluată. Găsim schimbarea stării generale a organismului, pe care ne-o spune bolnava, pierderea forțelor fizice, paloarea pielii și a mucoaselor, slăbirea progresivă, care uneori duce la cașecsie completă. Uneori a fost semnalată și febra (Bourrély în 5 cazuri), explicată prin infecția secundară a carcinomului.

Semne subiective: Durerea are sediu variabil, cu iradieri diverse, dela gradul cel mai mic până la colici violente. Unii ginecologi cred caracteristice durerile unilaterale, cari se prezintă în paroxisme neregulate în formă de colici. Aceste co-

lici se accentuează treptat până la paroxism, apoi dispar repede prin slăbirea intensității. Durerile acestea se explică prin faptul că peretele tubar este destins prin masa neoplasică și lichidul secretat de ea, mai ales dacă orificiile trompei sunt obstruate. Masa tumorală iritând peretele salpingei, aceasta dă naștere la mișcări peristaltice dureroase, iar uneori durerile sunt produse de invadarea neoplasică a trunchiurilor și terminațiilor nervoase.

Sediul durerilor, spontane sau provocate, poate fi uni- sau bilateral. Se întâlnesc mai des în regiunea pelviană, hipogastru și fosa iliacă. De aici ele iradiază spre lombe, sacru, epigastru și membrele inferioare.

Un alt simptom important este *leucoreia*, continuă sau intermitentă. Scurgerea este seroasă, rozată, gălbuie sau verzuie, în general este fetidă și asemănătoare cu cea din cancerul uterin. Din această cauză este foarte greu de interpretat.

Acestei leucorei trebuie să i se dea importanța cuvenită la vârsta de peste 40 de ani, iar ginecologii având în vedere și celelalte simptome, să se gândească mai des la cracinomul primitiv al trompei, care din nefericire pentru bolnave nu se diagnostică aproape niciodată.

Doran, în statistica lui găsește leucoreia în 37% din cazuri.

Uneori leucoreia se prezintă sub forma unei hidrorei intermitente, după eliminarea secreției bolnavele simțindu-se bine câțva timp. Aceste hidrorei intermitente se pot repeta la intervale neregulate, precedate de durerile paroxistice descrise. Le Balle și Patay dau mare importanță acestui semn și l-au numit „strigătul de alarmă al trompei“.

Quénu și Longuet au arătat însă că acest semn se întâlnește și în cazurile de salpingite, totuși în unele cazuri ne poate da indicații foarte prețioase.

Turburările menstruației sunt foarte frecvente în această afecțiune. Menoragiile și metroragiile au fost semnalate de majoritatea autorilor, însă de multe ori pot lipsi. În unele cazuri putem întâlni dismenoree și amenoree.

În câteva cazuri au fost descrise simptome din partea aparatului urinar: polakiurie, disurie și retenție urinară, datorite compresiunii produsă de tumoră.

În cazurile avansate se pot găsi fenomene de compresiune din partea rectului: turburări de defecație și uneori fistule tubo-rectale.

Simptome obiective.

Interpretarea semnelor obiective în cazurile de tumori anexiale, având în vedere cc. primitiv al trompei, este foarte dificilă. Prezența tumorii la nivelul trompei este singurul semn constant și semnalat de către toți autorii. La inspecție foarte rare ori vom găsi o mărire a abdomenului.

Sediul tumorii este, în majoritatea cazurilor, pelviană, rareori abdominală, în cazul din urmă tumora fiind greu de descoperit.

După cum am văzut la capitolul anatomiei patologice, tumora poate să fie uni- sau bilaterală, de formă și mărime variabilă. Când tumora este situată la treimea externă a trompei, prin tușeul vaginal combinat cu palparea abdominală, putem obține date prețioase, cari ne permit de a aprecia originea tumorii, limitele, forma, volumul, consistența, sensibilitatea și fixitatea ei. Tușeul rectal trebuie făcut întotdeauna pentru a ne convinge dacă rectul este invadat și pentru a examina fața posterioară a tumorii.

Ganglionii inghinali, cari sunt accesibili examinării, trebuie căutați întotdeauna pentru a vedea eventuala metastază în ei.

Ascita a fost semnalată în câteva cazuri de carcinom primitiv al trompei, însă ea este un semn tardiv și lichidul este în cantitate mică de cele mai multe ori. Spencer semnaleză un caz în care lichidul era în cantitate foarte mare, încât a produs edemul membrelor inferioare și circulație venoasă colaterală pe abdomen.

Forme Clinice.

Carcinomul primitiv al trompei uterine evoluează sub două forme clinice obișnuite: 1. forma care simulează salpingita și 2. forma care simulează cancerul corpului uterin. Simptomele acestor două forme sunt cele comune afecțiunilor sub masca cărora evoluează, cunoscute tuturor, încât mă dispensez de a le enumera.

Foarte mulți ginecologi și chirurghi au diagnosticat cele două afecțiuni amintite, în multe cazuri de carcinom primitiv al trompei și numai intervenția ulterioară le-a dat surpriza la care nu se așteptau.

Diagnosticul.

Din simptomatologia atât de complexă și neprecisă, care am descris-o la capitolul respectiv, pe de altă parte raritatea cazurilor, face ca diagnosticul carcinomului primitiv al trompei uterine să fie atât de dificil de pus. Dl Doc. Stanca spune că n'a găsit în literatura consultată nici un caz în care diagnosticul să fi fost pus înainte de operație sau autopsie. Gerbet citează 4 autori cari au pus diagnosticul înainte de operație: Falle, prin examenul histologic al lichidului scos prin puncție exploratorie; Zweifel, prin prezumție, fiindcă a operat un caz cu simptome identice; Kustner și Cést, bazându-se pe semnul hidroreei intermitente și Von Franqué și Graefe au pus un diagnostic de probabilitate, care s'a confirmat la operație.

Noi în literatura consultată nu am găsit niciodată diagnosticul făcut după cum nici în cazurile noastre personale nu s'a putut pune.

Greutatea diagnosticului se explică și prin faptul că trompele sunt organe ascunse și la unele femei foarte dificil de palpat.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut, în primul rând, cu tumorile uterului, care de multe ori este ușor, fiindcă tumorile anexiale au un sediu lateral și sunt distanțate de uter.

Alte afecțiuni de cari trebuie diferențiat cc. primitiv al trompei sunt: anexitele cronice, cancerul și chistele ovariene, endometritele cu anexite cronice, sarcina extra uterină, fibromiomul uterin, tuberculoza, actinomicoza și chistul hidatic al trompei. Ne vor ajuta la diagnosticul diferențial cu aceste afecțiuni, antecedentele, simptomatologia generală și semnele obiective ale acestor afecțiuni. Salpingitele femeilor în vârstă, cari apar la menopauză, de multe ori ne vor îngreuna diagnosticul.

În cea mai mare parte a cazurilor, simptomele vor fi aceleași, fiind vorba de femei în vârstă de peste 40 ani, cari

acuză: dureri la nivelul anexelor și leucoree, precum și celelalte simptome descrise la capitolul respectiv. La stabilirea diagnosticului ne vor ajuta mai multe împrejurări: etatea, slăbirea progresivă, evoluția continuă și destul de rapidă a tumorii, palpată la examinări succesive și aderențele cu organele învecinate, fără simptome de supurație, iar în cazuri excepționale adenopatia nedureroasă inghinală.

În cazurile când durerea și leucorea, principalele simptome subiective, durează mai mult ca 2 săptămâni la o astfel de femeie, pe lângă tot tratamentul aplicat, se recomandă ractajul uterin explorativ și examenul histo-patologic, în acest mod putând elimina cc. uterin și metropatiile; eliminând aceste afecțiuni frecvente vârstei, vom putea să ne gândim și la carcinomul trompei.

Pentru confirmarea diagnosticului unii autori au recomandat puncția explorativă a tumorii prin peretele abdominal sau prin vagin și examinarea microscopică a lichidului extras, în care se pot găsi celule tumorale (Werner și Falk). Alți autori consideră metoda aceasta temerară și periculoasă, putând da naștere la transplantarea procesului neoplasic sau peritonită (Eckarat și Stanca).

Karl Heil recomandă în acelaș scop examinarea microscopică repetată a lichidului evacuat din trompă în cavitatea uterină și de aci scurs prin colul uterin, dacă acesta se scurge în cantitate mică, autorul recomandă dilatările colului.

Interesul nostru e ca să diagnosticăm carcinomul primitiv al trompei în faza incipientă, până când nu a dat încă metastaze, acest lucru având mare importanță terapeutică. Carcinomul trompei care a dat deja metastaze e ușor de diagnosticat pentru medic, însă e foarte grav pentru bolnavă.

Evoluție și Prognostic.

Carcinomul primitiv al trompei uterine, nediagnosticat sau operat prea târziu, are în totdeauna o evoluție fatală lentă. Evoluția lui se caracterizează în primul rând prin metastazele multiple pe care le dă în organele din vecinătate și de la distanță, astfel în ovar, uter, ganlioni, peritoneu, intestin, stomac, diafragm, rinichi și ficat.

Aceste metastaze se fac pe cale limfatică sau sanguină. Ele fac intervenția chirurgicală, practică târziu, iluzorie.

Fistulele tubo-rectale, aderențele cu vecinătatea și suprainfecția, dau un mers grav bolii, încât alterându-se starea generală a bolnavei cu slăbirea progresivă, duc la o cașecție extremă sau uneori sucombă în uremie.

Durata bolii nu poate fi precizată, fiind foarte variabilă. Savor a avut un caz care a supraviețuit 18 ani, cazurile altor autori au avut o durată mult mai scurtă.

Prognosticul carcinomului primitiv tubar este în toate cazurile foarte grav. Recidivele sunt foarte frecvente și apar precoce după operație, de la 2 luni până la 2 ani și aduc în mod rapid moartea bolnavei. Prognosticul depinde și de stadiul în care bolnava se prezintă la intervenție, precum și de întinderea tumorii. Rosthorn citează, un caz în care s'au produs recidive multiple, cu toate că focarul primitiv era neînsemnat și a fost extirpat în totalitate. Barrows este de părere că recidivele se produc în jumătate din cazurile operate.

Prognosticul cc. primitiv al trompei este în mod practic în directă legătură cu operabilitatea cazului. După Lipschutz numai 4% din cazurile care au fost operate s'au vindecat radical. În felul acesta rezultatele sunt foarte descurajatoare, totuși având în vedere interesul vital al bolnavei, trebuie să procedăm energic pentru a o putea salva.

Tratamentul.

Vindecarea cc. primitiv al trompei este subordonată unui diagnostic precoce și stadiului de evoluție în care se prezintă bolnava la spital.

Tratamentul cc. primitiv al trompei este exclusiv chirurgical. Perioada de latență, mai mult sau mai puțin lungă, face ca bolnava să se prezinte chirurgului într'un stadiu destul de avansat al bolii, făcând uneori intervenția imposibilă.

Până în anii din urmă, în cazurile de cc. primitiv al trompei s'a practicat salpingectomia uni- sau bilaterală, care însă n'a dat rezultate bune căci apăreau recidive după intervenție, compromițând astfel rezultatul terapeutic.

Azi nu mai încapă discuție, că intervenția nu trebuie restrânsă numai la organul bolnav ci trebuie să cuprindă întreg

aparatur utero-anexial și căile de extensiune de tumorii, făcându-se de către toți chirurghii histerectomia totală abdominală după metoda lui Wertheim.

Unii chirurghii au făcut apel la Radium, întrebuințat pentru prima oară în această afecțiune de către Warner și Teutchlander, în 1913. Majoritatea autorilor l-au întrebuințat în aplicațiuni post-operatorii cu rezultate bune. Alții au folosit razele X tot în aplicațiuni post-operatorii, cu aceleași rezultate promițătoare (Weibel).

Aceste mijloace din urmă trebuiesc folosite numai ca adjuvante în cazurile operabile, intervenția chirurgicală fiind pe primul plan terapeutic și numai în cazurile inoperabile, în cari până acum se făcea numai tratament simptomatic, trebuie să încercăm terapia profundă cu raze, care încă nu și-a spus cuvântul hotărâtor asupra rezultatelor obținute.

Cazuistica.

OBSERVAȚIA I.

B. P., de 44 ani, casnică, domiciliată în Abrud. Intră în serviciul clinicei Ginecologice și Obstetricale în 9 Nov. 1934.

Antecedentele heredo-colaterale și personale fără importanță. Menstruată la vârsta de 14 ani, epocile catameniale s-au succedat la intervale regulate, tot la 3 săptămâni, durând 7—8 zile. În timpul acestor perioade a avut dureri lombare și hipogastrice, însoțite de cefalee. Ultima menstruație la 1 Nov. 1934. A avut o naștere înainte cu 22 ani, avorturi nu a avut.

Starea în ziua intrării în clinică: de constituție normală, țesutul celulo-adipos și muscular reduse, tegumentele și mucoasele vizibile palide, sânurile normal conformate. Aparatur respirator, circulator, gastro-intestinal și sistemul nervos nu prezintă nimic la examenul clinic. Abdomenul sensibil în fosa iliacă dreaptă. Afebrilă, urina nu conține elemente patologice, în sânge reacția Wassermann intens pozitivă.

Istoricul bolii actuale: Boala actuală datează, după spusele bolnavei, de 8 luni, când a debutat cu scurgeri albe-gălbui, apoi de 6 luni acest simptom a fost însoțit de dureri situate mai ales în fosa iliacă dreaptă. Menstruația în acest timp a fost regulată.

Organele genitale: La examenul făcut de dl prof. Grigoriu se constată: un uter mai mare, neregulat, la dreapta și stânga lui se găsește câte un infiltrat circumscris, mai pronunțat în dreapta. Se face diagnosticul de uter fibromatos, tumori anexiale bilaterale și se indică operația.

Operația: se face în ziua de 21 Nov. 1934 (condica de operații No. 178) de către d-nii Doc. Dr. Popovici, dr. Căprioară și dr. Kese. Se face rachianestezie cu stovaină-strichinină, laparatomie mediană subombilicală. La deschiderea cavității abdominale se constată un uter în retroversie-flexie, mărit de volum, hidrosalpinx bilateral, la dreapta și înapoia uterului se găsește o tumoră ovariană(?) malignă, intim aderentă în Douglas și intestine. Ovarul stâng degenerat chistic. În abdomen se constată puțin lichid ascitic. După desfacerea aderențelor, se mobilizează cu greu tumora și se procedează la histerectomie totală. Se face drenaj Mikulicz al cavității abdominale, durata operației 40 minute.

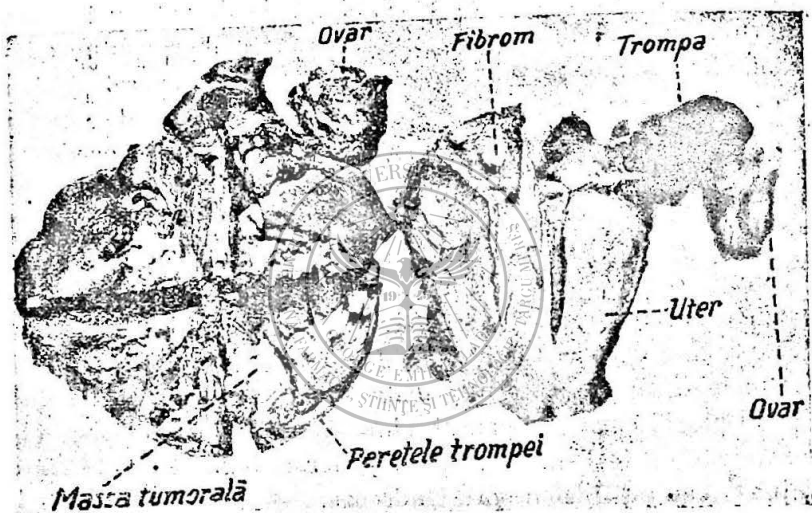
Mersul post-operator: bun timp de 2 săptămâni, când se produce o ascensiune de temperatură până la 38,5°, se constată o supurație a plăgii și fenomene de bronșită. Se aplică tratamentul adecvat, după care fenomenele se ameliorează și bolnava devine afebrilă, cu toate că prezintă un traect fistulos al plăgii, care este pansat zilnic. În ziua de 17. I. 1935 bolnava este tot în clinică cu starea generală bună, face plimbări zilnice, evoluția plăgii spre vindecare.

Examenul anatomo-patologic al pieselor extirpate: Uterul cu anexele au fost trimise în ziua operației la Institutul de Anatomie patologică pentru examen isto-patologic cu diagnosticul de: tumori anexiale bilaterale, tumoră solidă a ovarului drept.

Macroscopic: examinând amănunțit piesele trimise, constatăm un uter de mărime potrivită, după deschiderea cavității uterului constatăm un mic fibrom intramural, situat în fundul uterului, de mărimea unei alune, mucoasa cavității uterine și a porțiunii vaginale nu prezintă semne de proces inflamator sau tumoral. Trompa stângă este ușor îngroșată nu prezintă semne de inflamație sau proces tumoral. Ovarul din această parte prezintă un corp galben și este transformat sclero-chistic.

În partea dreaptă ne izbește la prima vedere o neoformațiune de mărimea unui pumn, care începe imediat la ieșirea trompei din uter.

Căutând a ne convinge despre locul unde e situată tumora, având în vedere indicația buletinului pentru examenul istolo-patologic, constatăm că tumora nu este ovariană, ci tubară, ovarul din partea aceasta fiind prezent, distingându-se foarte ușor; la secțiune arată prezența unui corp galben, de mărimea unei boabe de porumb și câteva chiste mici amplute cu un lichid clar. Tumora este situată în interiorul trompei



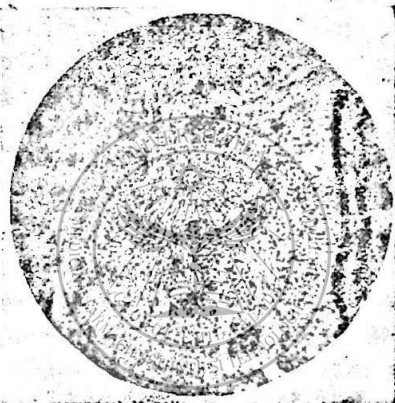
pe care o umple aproape în întregime, numai o mică porțiune din trompă, cea situată imediat la ieșirea din uter, nu este umplută de această masă tumorală. Orificiul uterin al trompei este permeabil pentru stilet.

Pe suprafața seroasă a trompei, în porțiunile unde tumora nu a fost aderență cu organele din abdomen, se văd o serie de noduli de mărimi variate, cari proemină sub peretele trompei din masa tumorală subjacentă. În porțiunile unde tumora a fost aderență, peretele trompei lipsește, după cum nu se mai poate găsi porțiunea distală a trompei, care probabil a fost înglobată în aderențe și s'a distrus când s'a făcut izolarea tumorii.

Secționând tumora, constatăm că este formată dintr-o masă albicioasă, destul de consistentă, cu porțiuni mai gal-

bui și mai friabile. La presiune din masa tumorală se scurge un suc lăptos. Peretele trompei este subțiat și se deslipește foarte ușor de masa tumorală, tumora putându-se asemena perfect cu umplutura unui cartaboș.

Microscopia: Examenul isto-patologic, făcut de Dl. prof. Titu Vasiliu, arată (No. I 1731 B.): În secțiuni se vede că peretele salpingian este foarte subțiat și străbătut de o infiltrație sanguină mergând paralel cu fibrele musculare. Pe alocurea între fibrele musculare pătrund cordoane celulare epiteliale, de cele mai multe ori fără să prezinte un lumen. Celulele acestor cordoane sunt mai mult cubice.



Mergând către interior, se observă că masa care umple cavitatea trompei este formată din alveole, formate din celule rotunde cu caracter epitelial; pe lângă aceste alveole se văd și formațiuni tubulare formate cu acelaș fel de celule epiteliale. În unele alveole și mai cu seamă în multe din trabecule, celulele iau un caracter mai mult cilindric.

Aspectul carcinomului este deci neomogen, în parte fiind alveolar solid, cu celule cubico-cilindrice, iar în alte părți tubular, cu celule cilindrice. Se observă foarte bine că este vorba de aceleași celule, cari se dispun în mod diferit. Aspectul istologic este al unui carcinom primitiv al trompei.

Grație amabilității dlui Doc. dr. C. Stanca, care a avut deosebita bunăvoință de a-mi pune la dispoziție 3 cazuri, ale D-sale, dintre cari două inedite, pot complecta astfel cazistica tezei mele. Pentru ajutorul dat îi voi rămâne mult îndatorat

OBSERVAȚIA II:

Este publicația dlui Doc. Dr. C. Ștanca în Revista de Obstetrică, Ginecologie și Puericultură, No. 8—9 1921, de unde cu permisiunea D-sale extragem părțile cari ne interesează:

B. T. soție de zidar, etatea 40 ani; ziua prezentării în serviciul Clinicei 25 Ianuarie 1917. Nulipară. N'a suferit nici o boală gravă. Prima menstruație la 13 ani, la intervale regulate, cantitatea normală, durata 3—4 zile. Ultima menstruație la 15 Ianuarie. De șapte luni simte o slăbire generală, dureri în abdomen. Din când în când se simte mai rău încât e nevoită să stea la pat 1—2 săptămâni. Suferă de constipație. Defecație dureroasă. S'a prezentat în Clinică din cauza cram-pelor mari ce le simte în regiunea mitrei de 2 săptămâni.

Starea în ziua primirei: slab nutrită, tegumentele și mucoasele palide. Facies cahectica. Cordul, plămânii, sistemul gastro-intestinal și nervos nu prezintă nimic la examenul fizic. Urina curată, cantitatea normală, urme de albumină; în sediment nimic patologic. Temperatura între 37,3°—38,3° C.

Starea organelor genitale: Colul 1 $\frac{1}{2}$ cm., orificiul canalului cervical rotund, de mărimea unei linte, uterul în retroversie, sinistropoziție. În partea dreaptă a pelvisului se poate palpa o rezistență ce se continuă în abdomen și se poate palpa până la 2 degete sub ombilic. Tumora umple pelvisul apăsând în stânga și spre Douglas uterul; e foarte puțin mobilă. Diagnostic: *Tumoaară anexială (malignă)?*

Decidem operația, (30 Ianuarie, Prof. Szabo).

La deschiderea mediană a cavității abdominale (analg. lomb. cu tropacocaină) să scurge cam $\frac{1}{2}$ kg. lichid ascită. Marele epiploon infiltrat, îngroșat, aderent cu tumora, care are baza în pelvis. Sub epiploon vre-o câteva segmente din intestinul subțire deasemenea aderențe cu tumora. La izolarea epiploonului și intestinelor dintre aderențe, pe lângă toată precauțiunea necesară și obișnuită, tumora se desface dintr'un loc, lăsând să apară aci o materie gălbuie, consistentă. După izolarea completă a tumorei dintre organele din vecinătate ne convingem, că tumora e *trompa* și *ovarul stâng*. Anexele din *dreapta* formează asemenea o tumoră de aproape 2 degete grosime, în formă de cartaboș și e aderentă cu părțile posterior al uterului coborând până în Douglas. După scoatere se constată un idrosalpinx simplu cu un ovar destul de

normal. Fiindcă desfacerea aderențelor vesico-uterine și reclo-uterine cereau timp lung și la tot pasul se iveau sângerări parenchimatoase foarte pronunțate, se face numai *anexotomie bilaterală cu drenajul Douglasului*. Se face rezecția epiploonului infiltrat în partea distală. Se constată infiltrația ganglionilor mesenterici și paravertebrali.

După operație peritonită generalizată. Exitus.

Descrierea anatomică a tumorei: se poate deosebi bine trompa și ovarul din stânga. Trompa la capătul uterin de grosimea unui deget, continuă a se îngroșa spre partea distală unde prezintă o grosime ca cea a antebrațului. Are formația unei goarne. În capătul distal are 10 cm. grosime diametrală. Făcând o secțiune longitudinală, pe suprafața de secțiune se ivește o materie, care seamănă cu chorionul frondos, destul de consistentă, în unele locuri moale, ici-colo conține lichid cu caractere de puroi. În apropierea uterului materia aceasta se desface de părțile trompei așa, că se poate ridica de aci ca dintr'un lumen. Materia aceasta endotubară nici unde nu trece peste seroasa trompei, afară de locurile unde erau aderențe cu trompa epiploonul și ovarul. Aderențele dintre tubă, ovar și epiploon sunt complete și se desfac una de alta numai prin rupere bruscă. Membrana dintre acestea nu se mai poate recunoaște. *Ovarul* (stâng) e chistic degenerat și de mărimea unui ou de găină. În partea unde sunt aderențele e friabil, pare a fi infiltrat cu aceeași materie, ca trompa, până când în partea distală se poate recunoaște foarte bine țesutul microscopic al ovarului normal.

Anexele din dreapta: trompa prezintă un idrosalpinx simplu, cu pereții subțiri, transparenti. Conține ser curat. Ovarul pare a fi — macroscopic — normal.

*Descrierea histologică a tumorei și celorlalte organe interesate*¹⁾ La microscop pe suprafața de secțiune a tumorei se poate bine cunoaște structura peretelui tubar, care este subțire și conține o cantitate mai mare de celule conjunctive și embrionare; capilarele sunt mărite și umplute cu sânge, denotând fenomene de comprimare și chiar de iritație inflamatorie. Acest țesut propriu al salpingei este străbătut de mase celulare, ce pătrund în forme de cordoane confluențe cavi-

¹⁾ (Pe baza examenului făcut de Dl prof. Dr. Titu Vasiliu.)

latea tubei, formând masa compactă neoplasică. În unele porțiuni, mai cu seamă către marginea acestei mase epiteliale se văd și cordoane distincte, constituite din un rând sau două de celule epiteliale cilindrice, nișel turtite. În mijlocul acestor bände pătrunde puțin țesut conjunctiv cu capilare, dând proliferațiunei un caracter papilomatos. Intre codroanele acestea se găsesc și mase omogene albuminoase: secrețiune glandulară. Nucleul celulelor e hipereromatic, neregulat, cu puține cariokinese atipice.

Atât ovarul cât și epiploonul în porțiunea aderentă prezintă aceeași proliferație neoplasică, ca și tuba.

Porțiunea distală a acestor organe însă este în general normală.

Concluzie: După caracterul papilomatos pe care îl are tumora și după forma masivă canceroasă cu celule neobișnuite în neoplasiile epiteliale ovariene, se confirmă plecarea primitivă a neoplaziei din tubă. Pe lângă aceste considerațiuni mai avem următoarele șapte care confirmă plecarea neoplaziei din trompă: a) aproape toată tumora neoplasică se extinde pe trompa stângă în mod destul de circumscris, b) din ovarul stâng abea o mică porțiune, cea aderentă cu tumora, e alterată de procesul canceros. Partea cea mai mare a ovarului e neatinsă de procesul neoplazic, c) examinat fiind și uterul la autopsie, acesta este cu totul normal. Nici un semn de degenerescență.

OBSERVAȚIA III.

T. M., de 43 ani, casnică, domiciliată în Baia-Mare. Intră în serviciul Spitalului de Femei din Cluj, în 13 Mai 1931, părăsește serviciul în 16 Iunie al aceluiași an.

Dăm pe scurt datele culese din condica de operații a Spitalului de Femei: Vine la spital pentru hemoragii neregulate eari durează de un an. Se indică operație, care se face în ziua de 20 Mai 1931, de către dl Doc. dr. C. Stanca și D-na dr. Bălanescu. Se face rachianestezie, laparatomie mediană, durata operației 60 minute.

Descrierea operației: Deschizând cavitatea abdominală se găsește vesica urinară împinsă de o tumoră tubo-ovariană bilaterală, în stânga de mărimea unui cap de făt, cea din dreapta de mărimea unui pumn, aderentă în Douglas. Uterul

în ante- și dextropoziție. În timpul când se face deslipirea aderențelor se rupe tumora din dreapta și se scurge din ea un lichid sero-purulent. Dl. Doc. dr. Stanca crede că are de a face cu o tumoră malignă-carcinom sau sarcom tubo-ovarian. Face histerectomie totală, drenaj Miculicz al cavității abdominale.

Anatomia patologică: Piesele extirpate au fost examinate la Institutul de Anatomie patologică, de către dl prof. Titu Vasiliu și în buletinul No. 7853 B. găsim următoarea descriere:

Secțiunile făcute în una din trompe, arată că trompa este mai îngroșată, peretele muscular prezentând o înmulțire a țesutului interstițial inter-fascicular și o infiltrație cu celule leucocitare. Fasciculele musculare formează insule într'un țesut conjunctiv lax hiperplasic. La mijloc se vede un lumen neregulat, delimitat într-o parte de un epiteliu cilindric papilomatos, iar în altă parte se văd insule formate de un epiteliu cilindric, asemănător cu epiteliul dela suprafață, deja descris.

Aceste insule sunt formate din cordoane pseudo-papilomatoase, pătrunzând în interiorul mucoasei și submucoasei mergând în profunzime, aceste mase celulare devin mai omogene, fără dispoziție papilomatoasă, păstrând caracterul cilindric. Insuțele formează mase destul de importante care sunt înconjurate de un țesut conjunctiv cu infiltrație leucocitară. Aceste mase celulare prezintă caracterul tumoral, străbătând pe alocuri și musculara, rămân însă de cele mai multe ori proeminente în lumen.

În cealaltă trompă se văd papilele micșorate, lumenul mărit; în submucoasă o îngrămădire celulară cu mulți fibroblaști și vase de neoformațiune. Este vorba de un proces cronic proliferativ, fără caractere de specificitate.

Secțiunile făcute în blocul tumoral, peri-salpingian, arată insulele celulare cu acelaș caracter, descris în peretele salpingian, păstrând pe alocurea caracterul puțin papilomatos. În jurul masselor epiteliale se vede un țesut conjunctiv proliferativ și hialinizat.

În rezumat este vorba de un carcinom cilindro-celular plecat din mucoasa salpingiană. Aspectul istologic este mai mult trabecular, decât alveolar.

Observația ulterioară: Bolnava părăsind spitalul s'a prezentat după 4 luni cu recidive. După alte 5 luni (Febr. 1932) fiind văzută din nou, s'a constatat că era într'o stare foarte gravă.

OBSERVAȚIA IV.

V. S., de 43 ani căsătorită, casnică, domiciliată în Agheș. Intră în serviciul Spitalului de Femei în ziua de 7 Decembrie 1934.

Antecedente fără importanță. Menstruată la 14 ani, regulat, durând 2—3 zile, fără acuze subiective, ultima menstruație la 1 Dec. 1934. A avut o naștere, avorturi neagă.

Starea prezentă: Tegumentele și mucoasele vizibile anemice, țesutul celulo-adipos și muscular păstrate, aparatul respirator, circulator, tubul digestiv și sistemul nervos nu prezintă nimic deosebit la examenul clinic.

Istoricul bolii actuale: Boala actuală a debutat înaintea cu 3 luni, cu dureri abdominale, balonarea abdomenului; oboseală la efort și slăbire progresivă.

Examen ginecologic: În abdomen se constată prezența de lichid ascitic, uterul mărit de volum, se pierde într'o tumoră de mărimea unui cap de făt. Se face diagnosticul de fibrom uterin și se indică operația.

Operația se face în ziua de 12 Dec. 1934, de dl. Doc. dr. C. Stanca, și Dna dr. Bălănescu. Se face rachianestezie, incizie mediană subombilicală. La deschiderea cavității abdominale se găsește uterul în dextro-poziție, fibromatos; în stânga hidro-salpinx, ovarul degenerat chistic. În dreapta se găsește o tumoră anexială de mărimea unui cap de copil, aderentă de epiplon, cec, apendice, sigma și rect. Se izolează foarte greu tumora și numai rupându-o în mai multe bucăți. Se procedează la histerectomie totală (Wertheim). Mersul postoperator, bun.

Examenul Anatomicopatologic: este făcut de către Dl. Dr. Rubin Popa, în Laboratorul Inst. pentru Studiul și profilaxia cancerului, din Cluj, sub. No. 1835.

Macroscopic: Uterul mărit de volum, prezintă o mulțime de noduli fibromatoși subseroși și intramurali. Anexele sunt izolate de uter, trompa stângă este îngroșată, cam de grosimea unui deget, cavitatea evidentă, umplută

cu un lichid clar. Ovarul din partea aceasta este transformat chistic, chistul cel mai mare având mărimea unei nuci.

Trompa din partea dreaptă are grosimea unei police la bază, cavitatea ei fiind umplută cu o masă neoplasică de o culoare albicioasă, care o umple în întregime. Perețele trompei este subțiat și se poate deslipi ușor de masa tumorală din interior. Aspectul este al unui cartaboș.

În jurul trompei se găsesc o mulțime de noduli, unii având mărimea unui pumn, ceilalți mai mici, cari au aceeași structură macroscopică, cași tumora din interiorul trompei. Ovarul din partea aceasta este înglobat în aderențe, totuși se poate recunoaște microscopic, nu este invadat de masse tumorale.

Microscopic: Secțiunile făcute din trompă arată un perete muscular atrofie, subțiat iar lumenul enorm dilatat al trompei, este plin cu masa tumorală, mai sus descrisă, care microscopic este formată dintr'un țesut epitelial cu dispozițiuni variate. În unele părți epiteliul cilindric înalt este dispus sub formă de papile pe o membrană bazală evidentă și compus din celule foarte variate, ca mărime și formă. În cea mai mare parte aceste celule au caracter cilindric, nucleul este alungit și cu dispoziție bazală. Invelișul unei astfel de formațiuni papilare este formată din mai multe rânduri de celule. Protoplasma celulelor este abundentă, intens acidofilă. Intre papile se observă în unele locuri, o destul de abundentă stromă formată mai ales din fibre colagene.

În alte porțiuni tot în interiorul trompei, celulele sunt dispuse în insule compacte, nemai păstrând aspectul papilar. În aceste porțiuni caracterul cilindric al celulelor este mai puțin evident. Nucleii în majoritate sunt ovalari sau chiar rotunjiți, celulele sunt diformate prin presiune reciprocă. În aceste câmpuri atipia celulelor este mai mare, variația de formă a celulelor mai accentuată. Se găsesc și unele celule cu nucleul mai palid colorat, în general însă înfățișarea de epiteliu cilindric este sesizabilă cu deosebire la periferia acestor insule neoplactice. Insulele celulare sunt separate între ele printr'o fină tramă de țesut conjunctiv. În stromă se găsește foarte ușoară

infiltrație cu celule limfocitare. În general stroma este redusă, tumora este foarte parenchimatoasă.

Secțiunile făcute din blocul tumoral parasalpingian, arată că în majoritate țesutul neoplasic din acest bloc este necolorat, cu deosebire în porțiunile centrale. Structura tisulară a neoplasmului se păstrează numai la periferia acestui bloc tumoral și în aceste părți prezintă aspectul de insule neoplactice identice cu cele descrise în salpingă. Formațiuni papilare în această parte a tumorii nu se găsesc, sau sunt abia schițate.

Salpinga din partea opusă este atrezică și nu prezintă proces neoplasic.

DISCUȚIUNEA CAZURILOR

Cazurile noastre, după aspectul clinic și anatomo-patologic, dovedesc întru totul observațiunile făcute și de alți autori asupra carcinomului primitiv al trompei. Cele trei cazuri inedite de carcinom primitiv al trompei, survenite în serviciile clinicei Ginecologice și Spitalului de Femei din Cluj, din anul 1919 și până astăzi, printre atâtea mii de operații, confirmă încă odată raritatea lor.

Afecțiunea se dezvoltă în jurul vârstei de 40—50 ani, în cazurile noastre este vorba de bolnave în vârsta de 44, 40, 43 și 43 ani.

Evoluția lor a fost destul de rapidă, timpul cel mai lung de evoluție în cazurile noastre, a fost de 8 luni dela debutul bolii, până la ziua intrării în spital. Este de remarcat că evoluția în timp, în cazurile de față, nu este în legătură directă cu dezvoltarea tumorii, deoarece în cazul No. 1 care a evoluat 8 luni tumora este strict localizată în trompă, spre deosebire de cazul No. 4, unde boala evoluând numai de 3 luni, totuși tumora este mult mai evoluată și deci șansele de vindecare probabil mai reduse decât în primul caz.

Durata evoluției nu poate fi luată ca un criteriu asupra prognosticului și șanselor de operabilitate, deoarece simptomatologia și aprecierea debutului bolii sunt lăsate la aprecierea bolnavelor.

Simptomatologia clasică descrisă de diferiți autori nu este evidentă decât poate în primul caz, unde întâlnim

leucoreia intermitentă, însoțită cu dureri în formă de criză, localizate în fosa iliacă dreaptă, amintind într-o câțiva „strigătul de alarmă al trompei” descris de Le Balle și Patay.

Anatomo-patologic cazurile nu pot fi puse la îndoială că sunt carcinome primitive ale trompei. Vrem numai să remarcăm primul caz, care îl putem considera unul din cele mai tipice pentru această afecțiune, deoarece tumora este localizată numai în trompă, având aspectul macroscopic tipic de „cartaboș”, cum au descris-o toți autorii, precum și aspectul microscopic tipic, confirmat de dl prof. Titu Vasiliu.

—Prin aceste considerațiuni nu vreau să micșorez valoarea celorlalte cazuri, cari sunt la fel cazuri indubitabile de carcinome primitive ale trompei, ci numai de a arăta frumusețea clasică a primului caz, căruia i-am dat o importanță mai mare din aceste motive

Asupra etiologiei acestor cazuri nu putem face nici o afirmațiune, deoarece nu avem elemente sigure pentru aceasta. În câteva din ele se găsește un proces inflamator anexial, care însă nu poate fi incriminat decât cu mare rezervă. Cât privește fibromele uterine și chistele ovariene concomitente, incriminate de Biar că ar da naștere la o excitațiune a vitalității epiteliului tubar și deci la neoplazie, le găsim și în cazurile noastre, însă teoria ne pare a fi neverosimilă.

Diagnosticul clinic în cazurile noastre nu s'a putut face înainte de operații, astfel că se confirmă încăodată dificultatea diagnosticului diferențial al acestei rare afecțiuni, la care de multe ori ginecologii nici nu se gândesc.

Tratamentul în toate cazurile a fost pur chirurgical, dintre care unul (No. 2.) s'a terminat prin moarte din cauza peritonitei, iar No. 3. cu foarte multă probabilitate a succumbat din cauza recidivelor constatate la 4 și 9 luni după operație și starea gravă ulterioară.

Asupra cazurilor No. 1 și 4 nu ne putem pronunța asupra șanselor de vindecare, deoarece bolnavele abia sunt la 2 luni după operație, cu evoluție bună și sperăm că spre fericirea lor vor evolua spre vindecare, spre a se putea mări statistica de 4% a lui Lipschutz a cazurilor operate vindecate.

Concluziuni.

1. Carcinomul primitiv al trompei uterine este o afecțiune rară. Numărul cazurilor publicate până astăzi, împreună cu ale noastre, este de 249. Cazurile publicate, credem, ar fi mai numeroase dacă în toate afecțiunile salpingiene, crezute inflamatorii, s'ar fi făcut un examen istopatologic.

2. Afecțiunea aceasta se întâlnește deobicei la bolnave în vârsta de 40—50 ani, cam în jurul menopauzei.

3. După aspectul istologic, tumora se crede că ia naștere din epiteliul tubar, prin transformarea carcinomatoasă.

4. Etiologia și patogenia nu sunt clarificate până astăzi, cași în toate tumorile. Afecțiunile inflamatorii cronice ale anexelor sunt incriminate mai mult în desvoltarea tumorii, ceiace se confirmă și în cazurile noastre.

5. Din punct de vedere anatomo-patologic, microscopic tumora poate lua următoarele aspecte:

- a) Forma encefaloidă.
- b) Forma papilară.
- c) Forma schiroasă;

Microscopic se poate prezenta sub următoarele forme:

- a) Forma papilomatoasă
- b) Forma trabeculară
- c) Forma alveolară
- d) Forma pseudo-glandulară.

6. Diagnosticul clinic al afecțiunii nu se poate face aproape niciodată înainte de operație sau autopsie, din cauza multor afecțiuni cari evoluează cu aceiași simptomatologie.

Carcinomul primitiv al trompei este foarte malign; chiar cazurile operate la timp dau un mare procent de recidivă. Numai 4% din cazurile operate s'au vindecat radical.

Văzută și bună de imprimat:

Președintele tezei,
ss. **Prof. Dr. Titu Vasiliu**

Decanul Fac. de Medicină,
ss. **Prof. Dr. Gh. Martinescu**

Bibliografie.

1. Amann: Kindskopf grosses prim. Karzinom. der Tube; Zentrblatt f. Gynäk. 1911.
2. Burger: Carcinome primitif des trompes; Bull. Soc. Obst. et Gynäk. Paris 1931.
3. Bueltemann: Primar karzinom von Tuben; Zentrbl. f. Gynäk. 1927.
4. Bütner: Doppelseitiges prim. Tubenkarz. mit Tuberkulose der Tuben. Zentrbl. f. Gynäk. 1927.
5. Boxer: Beitrag zur Kenntnis des Tubenkarz. Monatschr. f. Geburtsh u. Gynäk. Bd. 30.
6. Le Balle et Patay: Epithélioma primitif de la trompe; Gynecol. et Obstr. 1929.
7. Cadet: Contr. à l'étude de l'épithélioma primitif de la trompe de Fallope. Thèse de Paris. 1931.
8. Cornil, Mosinger, Imbert et Harvey: Sur une classif. histogénéth. des Epith. tubaires. Gynec. et Obst. Paris. 1933.
9. Duboucher: Un cas d'épithéliome de la trompe; Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris 1932.
10. Favreau: Contribution à l'étude de l'épith. primitif de la tr. de Fallope, Thèse de Paris 1923.
11. J. L. Faure et Syredey: Traité de Gynécologie, Paris 1923.
12. Gittelson: Zur Histogenese des prim. Tubenkarz. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1928
13. Gynecologia și Obstetrica — Rev. prof. Daniel, București, 1923—1934.
14. Gosset: Sur un cas de tumeur prim. de la tr. Annales de Gyn. 1909.
15. Gerbet: Contr. à l'étude de l'épith. prim. de la tr. de Fallope, Thèse de Paris, 1929.
16. Henke-Lubarsch: Handbuch der Speziellen Path. Anat. u. Hist. vol. VII. 1. 1930.
17. Halban-Seitz: Biologie und Pathol. des Weibes, Berlin 1924.
18. Harthmann: Multiple Rezidiv. bei einem Falle von prim. Tubenkarz. Zentrbl. f. Gynäk. 1920.
19. Heil: Primäres Tuben karz. Zentrbl. f. Gynäk. 1926.
20. Kalmann: Fall v. doppelseitigem prim. Tubenkarz. Wiener Med. Wochenschrft. 1922.
21. Kehrer-Kantorovicz: Zur Kenntnis des prim. Tubenkarz.; Monatschr. f. Geb. u. Gynäk. Bd. 27.

22. Kurtz: Fall v. einseitigem prim. Tubenkarz. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 90.
23. Lettule: Anath. pathol. Paris.
24. Lecène: Epithel primit. de la trompe Annalles de Gyn. 1909.
25. Lorrain: Epith. de la trompe utérine, Bull. et. Mem. de la Soc. Anat., Paris, 1909.
26. Latzko: Linksseitiges Tubenkarz.; Zentrbl. f. Gyn. 1916.
27. Lipschütz: Fall v. prim. Tubenkarz. auf dem Boden einer Tuberkulose. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39
28. Masson: Les tumeurs.
29. Novy: Fall v. prim Tubenkarz.: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1900.
30. Orthmann: Ein prim. Karz. Tubae; Zentrbl. f. Gyn. 1886.
31. Peham: Das Prim. Tubenkarz.; Zeitsr. f. Heilkunde B. 24. 1903.
32. Quénu et Longuet: Des tumeurs des trompes, Rev. de Chirurg. 1901.
33. Revista de Obst., Ginecol. și Puericultură, Prof. Gheorghiu, București 1921—34.
34. Roussy et Leroux: Diagnostic des Tumeurs.
35. C. Stanca: Cancerul tubar primitiv; Rev. de Obst. Ginec. și Puericultură București 1921.
36. C. Stanca: Zur Kasuistik des prim. Tubenkarz. Zentralbl. f. Gyn. 1922.
37. Schlaak: Über prim. Tubenkarz. Inaug. Diss. München Bd. 71
38. Schweykart: Ein Fall v. prim. Tubenkarz. Inaug. Diss. München 1916.
39. Schäfer: Karzinom der Tube; Zentrbl. f. Gyn. 1923.
40. Thaler: Primäres Tubenkarz. Zentrbl. f. Gyn. 1920—22.
41. A. Tichel: Contrib. la stud. papilom. carcinomatos al trompei. Teză la Fac. București, 1925.
42. Withauer: Primäres Tubenkarz.; Monatschr. f. Geb. u. Gynäk. Bd. 12.