

8624

No. 843

SARCOMUL ȘI LIMFOSARCOMUL INTESTINULUI

(STUDIU ANATOMO-CLINIC)



PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 1935.

DE

DORIN IONESCU

Preparator al Institutului de Anatomie Patologică.

1 9 3 5

SARCOMUL ȘI LIMFOSARCOMUL INTESTINULUI

(STUDIU ANATOMO-CLINIC)



TEZĂ

PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE

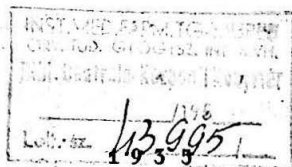
1935.

DE

DORIN IONESCU

Preparator al Institutului de Anatomie Patologică.

23 MAY 2005



UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : D-nul Prof. Dr. GH. MARTINESCU

Profesori :

Clinica stomatologică (agr.)	D-1	Dr. Aleman I.
Bacteriologie	"	" Baroni V.
Istoria medicinei (agr.)	"	" Bologa V.
Patologia generală și experimentală	"	" Botez M. A.
Istologia și embriologia umană	"	" Drăgoiu I.
Clinica infantilă (supl.)	"	" Zugravu Gh.
Semiologia medicală	"	" Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală	"	" Grigoriu C.
Clinica medicală	"	" Hașteganu I.
Medicina legală	"	" Kernbach M.
Farmacologia și farmacognozia	"	" Martinescu Gh.
Clinica oftalmologică	"	" Michail D.
Clinica neurologică	"	" Minca I.
Igienă și igiena socială	"	" Moldovan I.
Radiologia medicală	"	" Negru D.
Farmacia chimică și galenică	"	" Pamfil Gh.
Anatomia descriptivă și topografică	"	" Papilian V.
Clinica chirurgicală }	"	" Pop A.
Medicina operatoare }	"	" Popoviciu Gh.
Fiziologia umană	"	" Buzoianu Gh.
Clinica oto-rino-laringologică	"	" Sturza M.
Balneologie	"	" Tătaru C.
Clinica dermato-venerică	"	" Țeposu E.
Clinica urologică	"	" Thomas P.
Chimia biologică	"	" Urechia C.
Clinica psihiatrică	"	" Vasiliu Titu
Anatomia patologică	"	"

JURIUL DE PROMOTIUNE:

Președinte: D-1 Prof. Dr. Vasiliu T.

Membrii: { " " " Kernbach M.
" " " Papilian V.
" " " Pop A.
" " " Țeposu E.

Supleant: D-1 Doc. Dr. Veluda C.

*Domnului Profesor Tifu Vasiliu
ânchin această lucrare cu toată recunoștința mea.*





*On. Juriu de Promosie
respectuos omagiu.*

Istoric

Cancerul și problema lui captivează astăzi atenția tuturor oamenilor de știință; în laboratoarele lumii întregi, cancerul este privit din toate unghiurile și sub toate aspectele lui atât de variate.

Cunoscut încă din antichitatea romană și greacă, cuvântul „cancer” luat în sensul etimologic înfățișează în textele vechi, tumori cari au asemănare cu acei crustacei multipozi, tumora corespunzând corpului, iar ramificațiunile tumorale, picioarelor animalului.

Această epocă e legată de câteva nume celebre: *Hippocrat*, *Celse* și *Galien*, părinții medicinei.

O a doua epocă în evoluția cancerului este marcată de *Bichat* și *Laënnec*, epocă caracterizată prin apariția unei noi discipline — Anatomia patologică.

Vechile noțiuni, se poate spune fantastice, sunt înlocuite cu idei noi bazate pe observațiunea pieselor anatomice.

Bichat dă descrițiuni macroscopice ale diferitelor tumori cu o exactitate uimitoare; arată totodată că și tumorile ca și țesuturile normale sunt formate tot din „țesuturi”. Cu timpul prin perfecționarea microscopului, se întregește studiul anatomo-patologic și i se dă posibilități mult mai mari — tumorile încep să fie studiate și microscopic.

Virchow explică originea celulei canceroase în formula rămasă clasică „*Omnis cellula e cellula*”.

Perioada pasteuriană care marchează una din cele mai frumoase și mai prodigioase epoci din istoria medicinei, aduce și ea contribuțiuni și păreri noi, cari natural erau în spiritul acelei epoci. În cancer se vede o cauză exogenă microbiană sau parazitată.

În acest timp odată cu nouile achiziții în domeniul asepției, chirurgia face progrese, încât cancerul începe să se bucure de o terapie eficace.

Secolul al XX-lea aduce cu el o eră fizică — Roentgen descoperă razele X, apoi soții Curie radiumul, cari agenți fizici au fost puși în curând în tratamentul cancerului. Danlos face primele încercări la spitalul Saint-Louis asupra tumorilor pielii.

Chirurgia pierde puțin din terenul ei prin roentgenoz și radium-terapie însă nu poate fi înlocuită complet prin aceste mijloace fizice.

Conceptiile au evoluat enorm în decursul vremurilor, ajungând astăzi cancerul să fie privit printr'o prizmă mult mai verosimilă; în ceea ce privește histologia se pare că aceasta și-a dat contribuția ei la maximum. Nu voi discuta aici problema etiologiei cancerului cu multiplele ei teorii îndeajuns cunoscute, în special în ultimul timp când au apărut atât de frumoase lucrări de sinteză. Referindu-mă la articolul Dlui Dr. O. Comșia, voi da mai jos numai o schemă a factorilor cu rol cancerigen.

I. Factorii de ordin extern.

1. Factori fizico-chimici.
2. Factori microbieni și parazitari.

II. Factorii de ordin intern sau endogeni.

1. Factorul endocrin.
2. Factorul ereditar.
3. Factorul alimentar.
4. Dispoziția biochimică a organismului.
5. Dispoziția biologică a organismului.

Epoca contemporană este caracterizată prin trei tendințe: patogenică, terapeutică și socială.

Din punct de vedere social statisticele tind să arate o creștere a cancerului. Necesitatea unui diagnostic precoce și instituirea unei terapii cât mai bune aduce înființarea de centre anticanceroase în cele mai mari orașe ale lumii, unde problema cancerului se studiază cu râvnă ca și în modestele laboratoare, de unde se așteaptă alinarea atâtor suferinți.

Sarcomul intestinului

Frecvență și clasificare

Dacă încercăm să clasificăm tumorile intestinale în ordinea frecvenței lor, rezultă următoarele date: în primul rând găsim carcinomul intestinal, în al doilea vine sarcomul și apoi, foarte rare sunt tumorile benigne.

Acest lucru îl confirmă și statisticele lui *Mikulik* (100 de cazuri de cancer la 5 cazuri de sarcom), ale lui *Lecène, Fenwich, Kanzler, etc.*

Unii autori (*Vanni, Brault*) consideră sarcomul intestinului ca o raritate clinică și ca o curiozitate patologică (*Malherbe*).

Forgue și Chauvin au găsit la 40 de cazuri de tumori ale intestinului, 28 de cancere și 12 sarcoame.

Chiar dela Institutul de Anatomie Patologică din Praga, pe 13036 de autopsii a găsit 13 sarcoame primitive ale intestinului, iar *Smoler* pe alte 13000 de autopsii în timp de 15 ani, a găsit 15 cazuri de sarcoame.

Institutul de Anatomie Patologică din Pavia, găsește 10 cazuri în decurs de 25 de ani.

Libmann afirmă că între anii 1859 și 1875 la Institutul de Anatomie Patologică din Berlin n'a găsit nici un singur caz de sarcom.

Müller din Berna, pe 192 cazuri de sarcoame a găsit un singur sarcom al intestinului, iar *Rademaker*, 4 cazuri la 359 la Institutul de Anatomie Patologică din Monaco.

Sediul preferat al sarcomului din tot traectul tubului digestiv este intestinul subțire.

W. Wortmann din 1903 până în 1912 a observat 203 tumori intestinale, între cari a găsit 198 epitelioame și 5 sarcoame. Aceste 5 sarcoame au avut următoarele localizări: 1 pe cec, 1 pe rect, și 3 pe intestinul subțire.

Fairbank și Corner într-o statistică de 175 cazuri de sarcoame ale tubului digestiv, au găsit următoarele localizări: la esofag 14 cazuri, la stomac 58 cazuri, la intestinul subțire 66 cazuri, la cec 20 cazuri, la intestinul gros 11 cazuri și la rect 6 cazuri.

Kruger la 35 cazuri examinate de el ne dă următoarele cifre: intestinul subțire 16, ileo-cecul și apendicele 1, colonul transvers 1, intestinul subțire și gros concomitent 1, rect 16.

Nothnagel citează 12 cazuri survenite la Viena în timp de 12 ani la 21835 de autopsii: 1 din cazuri avea localizare pe duoden, 3 pe jejun, 4 pe cec, 3 pe ileon și 1 pe rect.

Kauffmann menționează deasemeni frecvența acestei neoplazii la partea inferioară a intestinului subțire.

Brochard pe 172 tumori maligne ale intestinului găsește 2 sarcoame ale intestinului subțire.

Între toate statisticele există o concordanță în ceea ce privește sarcomul intestinului — că are preferință pentru intestinul subțire și se găsește într-o proporție mai mare la bărbați.

Dau mai jos următorul tablou statistic după diferiți autori:

Autorul	cazuri	bărbați	femei
Libmann	36	23	13
Duval	76	49	27
Baltzer	14	13	1
Crowther	165	104	61
Truffi	115	77	38

Rademaker a calculat un procent de 44% la femei, însă acest autor afirmă totodată că la o vârstă înaintată predomină sarcomul la femei.

O altă clasificare după vârstă ar fi demonstrat că aceeași afecțiune e mai frecventă dela 1 la 10 ani și dela 20 la 50 ani cu maximum dela 29 la 30 ani (*Duval*).

După statistica lui *Libmann* se numără în literatură numai 51 de cazuri de sarcome ale intestinului subțire, 23 la duoden, 28 pe jejun și ileon cu un procent mai ridicat la 50 de ani.

Lecène în 1907 a strâns 89 de observații asupra sarcoamelor intestinului subțire, iar în anul următor *Rademaker* a atins cifra de 141, la cari mai adaugă alte 10 cazuri adunate de *Cartolari și Simoncelli*. La aceasta s'ar mai adăuga 1 caz a lui *Sternberg* la un bărbat de 44 de ani, 1 a lui *Rossi*, 1 a lui *Perez*, 1 a lui *Crescenzi* de sarcomatoză difuză cu infiltrație între seroasă și musculară extinzându-se dealungul întregului intestin, 1 a lui *Giuliani*, 1 a lui *Peracchia*, 9 ale lui *Puccinelli*, 1 a lui *Concetti* la un copil de 5 ani (*Piedro*).

Clasificarea sarcoamelor

Cancerile din seria conjunctivă sunt formate din elemente cari înfățișează mai mult sau mai puțin morfologia celor două mari variații de țesuturi de origină mezenchimatoasă: țesutul fibroblastic și țesutul limfo-hematopoetic de altă parte.

Asemănarea care există între structura celulei canceroase conjunctive cu celula normală adultă sau embrionară, poate servi ca bază unei clasificări pur morfologice. Din cauza mutabilității mari pe care o prezintă însă celula conjunctivă, face foarte grea clasificarea sarcoamelor.

Dăm mai jos clasificarea pe care o face *Letulle* în tratatul său și care pentru a face ușoară descrierea sarcoamelor le împarte după „morfologie” și pe cât e posibil după „origine”.

Sarcoame :

- | | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| După mor-
fologie | } | 1. Sarcom fusocelular. | | | |
| | | 2. " rotundocelular | { a) Mici
b) Mari | | |
| | | 3. Sarcoame gigantocelulare. | | | |
| | | 4. " alveolare. | | | |
| | | 5. Peritelioame. | | | |
| | | 6. Sarcom angioplastic. | | | |
| | | 7. " angioliitic. | | | |
| După ori-
gină | } | 1. Celule fixe: Sarcom fibroblastic. | | | |
| | | 2. " adipoase: Sarcom lipoblastic. | | | |
| | | 3. Endoteliu: Endoteliom. | | | |
| | | 4. Țesut mucos: Mixom malign. | | | |
| | | 5. Melanoblaști: Melanoame. | | | |
| | | 6. Țesut scheletic: | } | a) Sarcom condroblastic. | |
| | | | | b) " condroid. | |
| | | | | c) " osteoblastic. | |
| | | | | d) " osteoid. | |
| | | | | e) cu mieloplax (sarcom osteoclastic. | |
| 7. Țesut muscular: | } | a) Sarcom leiomioblastic. | | | |
| | | b) " rabdomioblastic. | | | |
| 8. Țesut he-
molimfo-
gen: | } | a) Limfoid: | Sarcom limfoblastic. | | |
| | | | " limfocitar. | | |
| | | | " plasmocitar. | | |
| | | b) Mieloid: | Sarcoame mieloid (mie-
loame). | | |
| a) Mieloblastic.
b) Eritroblastic.
Clorom. | | | | | |

Anatomia macroscopică

Sarcomul intestinului subțire

Lecène a descris sarcomul intestinului subțire sub două forme ; o formă circumscrișă ca tumoră unică, cu sau fără metastaze și o formă difuză, ca tumori multiple diseminate pe intestin. În acest din

urmă caz tumorile au aproximativ aceeași mărime, sau una din ele este mai mare, iar restul îl formează niște tumori mici, sub forma unor noduli, cari pot invada intestinul până la cec. La aceste două forme se poate adăuga o a treia formă unde sarcomul în loc de a evolua către lumenul intestinal, se exteriorizează luând o formă pediculată. Această formă a sarcomului pediculat este însă foarte rară; în toată literatura se pot cita numai câteva cazuri: 1 caz a lui *Cunéc*, 1 caz a lui *Lecène*, 1 caz a lui *Lauge*, 1 caz a lui *Grégoire* și 1 caz a lui *Sherperd*; la acestea se mai pot adăuga încă trei cazuri cari aparțin lui *Magainne*, *Girard* și *Marmasse*.

Sarcomul intestinului subțire îl găsim ca tumoră unică în 65 la 100 a cazurilor și ca tumoră difuză numai în 35 la sută a cazurilor.

Localizarea cea mai frecventă a sarcomului este pe ileon, apoi pe jejun și mult mai rar pe unghiul duodeno-jejunal și porțiunea terminală a ileonului.

În general e o tumoră voluminoasă, neregulată, boselată, care prezintă un diametru ce variază între 2—20 cm.; anza intestinală este neregulată.

Culoarea tumorii este albă strălucitoare; în unele cazuri poate fi ceva mai închisă ceea ce trădează hemoragii interstițiale proprii sarcomului în general.

Tumora în majoritatea cazurilor înconjură intestinul în massa sa ca într'un manșon; anza intestinală pare că se pierde în interiorul masei tumorale.

În ceea ce privește consistența, aceasta este dură, elastică în alte părți, iar pe unele locuri găsim și porțiuni moi. Pe secțiune aceste puncte ramolite corespund unor formațiuni pseudo-chistice cari au luat naștere printr'un proces de necroză interstițială și cari conțin sânge sau un lichid seros de culoare negricioasă.

Sarcomul în unele forme (sarcom fusocelular) poate să aibă o consistență dură pe toată întinderea, se pot găsi și zone calcificate.

Straturile intestinului sunt dislocate și disecate de către masele sarcomatoase, în special mai abundente la nivelul stratului submucos și în cel muscular. Când tumora e într'un stadiu mai avansat, este aproape o imposibilitate a recunoaște straturile constitutive ale organului. Mucoasa și mai ales seroasa pot rămânea mult timp intacte. În mai mult de jumătate din cazuri însă, mucoasa prezintă ulcerațiuni. Această suprafață ulcerată este acoperită cu un țesut sfacelat, care alternează cu porțiuni unde se văd perderi de substanță, cari ajung până la

seroasă dând naștere la perforațiuni ale intestinului, fie în peritoneu, fie la nivelul vreunui organ aderent; vesică sau rect.

Tumora se poate pedicula către lumenul intestinului când ia aspectul unui polip; aceste forme pot da naștere la invaginări acute sau cronice.

Dacă tumora se pediculează către seroasă poate fi depistată clinic prin volumul său, sau să fie o surpriză pe masa de autopsie. Chiar în aceste forme pediculate sarcomul infiltrază peretele intestinal pe toată circumferința. Contrar de ceea ce se întâmplă în caz de epiteliom care este stenozant, sarcomul în majoritatea cazurilor la nivelul unde intestinul este invadat produce o dilatare, uneori considerabilă a calibrului intestinal (Lecène). Unii autori vorbesc chiar de o dilatare anevrismală. Sarcomul nu rămâne todeauna localizat; el se exteriorizează dând naștere la aderențe și metastaze.

Aderențe: Aderențele se formează între tumoră și anzele intestinale din imediata vecinătate sau cu vezica, colonul, cecul, rectul etc. Aceste aderențe explică comunicarea care se poate stabili în caz de perforațiune între anza intestinală, tumoră și alte organe.

Sarcomul duodenului

Localizarea pe duoden a sarcomului, după cum am aratat în capitolul precedent este extrem de rară. *Tuttle*, în 1905, pe 8 tumori maligne a duodenului, a găsit 2 sarcoame. *Okinczyc* în 1923 adună încă 2 cazuri, 1 a lui *Mackenzie* și altul a lui *Augier* și *Fiévez*. Aceste cazuri atât de rare nu permit o descriere a sarcomului duodenal; de obicei înbracă aceleași caractere ca și sarcomul intestinului subțire, nu produce stenoze, ci în majoritatea cazurilor ectazii. Sunt tumori voluminoase și se dezvoltă în general cu o mare rapiditate. *Mackenzie* a observat un bolnav de 18 ani care a murit după o evoluție a tumorii de numai 3 săptămâni, cu edeme ale membrilor inferioare, icter etc.

Sarcomul intestinului gros

Sarcomul primitiv al colonului este o tumoră destul de rară. *Nothnagel* într-o statistică în care intră 255 de cazuri de tumori maligne ale intestinului gros, a găsit 12 cazuri de sarcoame la 243 de cazuri de cancere localizate la acest organ.

O localizare foarte frecventă a sarcomului la nivelul intestinului gros este cecul. La acest nivel se dezvoltă fie în perețele cecului propriu zis, fie pe valvulele ileo-cecale. *Rosenblum* a strâns 20 de cazuri publicate de sarcom al cecului și a arătat că localizarea pe cec este de două ori mai frecventă decât în restul colonului. Când se localizează pe valvulele ileo-cecale, poate da naștere în cazuri extrem de rare, la stenoze, cari atrag după ele dilatări considerabile ale porțiunii intestinului subțire din imediata vecinătate.

Tumora e de consistență dură, cu suprafața neregulată, iar pe secțiune prezintă o culoare albă strălucitoare; e voluminoasă și s'au văzut cazuri de tumori cari ating un diametru de 15 cm.

De cele mai multe ori procesul tumoral se întinde asupra apendicelui ileonului și către colonul ascendent care poate să fie invadat până aproape de flexura hepatică. Ca și la sarcomul intestinului subțire și aici se pot vedea ectazii considerabile.

Sarcomul rectului

Este o localizare extrem de rară; de obicei îl găsim în ampula rectală la câțiva centimetri deasupra ampulei.

Se dezvoltă în submucoasă de unde procesul se extinde în suprafață și în profunzime prinzând toate stratele în masa tumorală. La secțiune nu prezintă vreun caracter special. suprafața tumorii poate fi netedă sau lobulată. La început are o consistență dură, ca mai târziu să se ramolească și să dea naștere la ulcerajiuni.

Studiu histologic

Sarcomul intestinului subțire se poate clasa în ordinea frecvenței în modul următor:

Sarcom rotundocelular	46,4%
Limfosarcomul	25%
Sarcom fusocelular	13%

Se descriu însă excepțional sarcoame mixte, sarcoame alveolare, mixosarcoame, miosarcoame etc.

Intr'o secțiune prin perețele intestinal care prezintă un sarcom rotundocelular, se observă o infiltrație masivă prin grupul de celule rotunde cari se găsesc în toată grosimea peretelui. Submucoasa este foarte infiltrată, iar stratul muscular este disecat de celulele tumorale și această infiltrație ajunge până la seroasă.

Celulele acestea tumorale sunt rotunde și câteodată poliedrice cu o protoplasmă puțin abundentă și cu nucleul în diviziune atipică în unele celule.

Sarcomul fusocelular. Această formă o îmbracă sarcomul intestinului într-o proporție ceva mai mică decât cea cu celule rotunde. Se prezintă sub forma unei infiltrații cu celule tumorale fusiforme de unde vine și numele de sarcom fusocelular care se dă acestei tumori.

Celulele prezintă prelungiri fine cari pornesc din cele două extremități subțiri pe care le are celula. Diametrul celulei este foarte variabil.

Nucleii sunt ovalari, foarte bogati în cromatină și ocupă aproape în întregime celula. Se observă mitoze numeroase. Intre celule se găsesc adesea fine fibrile de țesut conjunctiv.

În țesutul neoplazic găsim un număr mare de vase de neoformație; ele sunt delimitate de celule sarcomatoase plate cari devin endoteliale.

Intre vase și celulele neoplazice se interpune o lamă colagenă, hialină, pe care o găsim în mod constant. Dimensiunea acestor vase este variabilă; unele sunt strâmte, altele dilatate. Peretele acestor vase nu este constituit din elemente pe cari le găsim în mod obișnuit în organele normale. Peretele lor este foarte friabil, se poate rupe ușor dând loc la hemoragii interstițiale și consecutiv la necroze, mai mult sau mai puțin înfinse, în masa tumorală.

Proprietatea de expansiune a tumorii este foarte pronunțată; disecă țesuturile în cari se dezvoltă, încât într'un stadiu mai avansat, este aproape imposibil a distinge stratele constitutive ale intestinului, cari fiind puternic comprimate merg către o atrofie aproape totală a elementelor din interiorul organului.

Metastaze: Este îndeajuns cunoscută tendința sarcomului de a se propaga pe cale sanghină și numai foarte discret pe cale limfatică. În sarcomul intestinului, foarte frecvent, găsim această metastazare pe cale limfatică. Dovadă o avem în ganglionii măriți cari însoțesc în majoritatea cazurilor această tumoră. Lecene sprijină această părere (metastazarea pe cale limfatică), arătând că în caz de sarcom al intestinului subțire cu metastaze, aceste metastazări, nu se observă nici odată în intestinul gros, deoarece, acesta are o circulație limfatică, care este relativ independentă de cea a intestinului subțire.

Metastazele ganglionare sunt sau regionale, adică mezenterice, sau la distanță în ganglionii retroperitoneali, iliaci sau mediastinali. În

trei sferturi din cazuri la autopsie, se descopăr ganglionii mezenterici foarte măriți, tumorali și formând masse cu un volum mult superior celui a tumorii primitive (Lecène).

Metastazele peritoneale întrunesc o frecvență ceva mai mică (17,5%); aceste metastaze iau forma unor noduli diseminați difuz, sau grupați în diferite regiuni ale cavității peritoneale: în fundul de sac a lui *Douglas*, pe epiplon, sau pe suprafața seroasă a diferitelor organe (ficat, splină, vezică biliară, etc.).

Metastazele peritoneale sunt acompaniate de ascită și sunt considerate ca un stadiu de trecere către formele de metastază la distanță: mediastinală sau subclaviculară.

Generalizarea tumorii în diferitele organe trebuie socotită ca o metastază pe cale sanghină. Aceasta se face într-o proporție de 31 la 100 a cazurilor după unii autori, iar după alții numai în 29 la 100 a cazurilor. Aceste metastaze dacă le-am clasa în ordinea frecvenței, după cum interesează diferitele organe, frecvența ar fi următoarea: rinichi, ficat, plămân și în mod excepțional, pleura, pancreasul și oasele.



Limfosarcomul

Există foarte puține chestiuni în anatomia patologică unde să domnească astfel de lacune și divergențe de păreri atât de mari ca în procesele proliferative ale țesutului limfatic (Orth).

În adevăr cunoștințele asupra proceselor proliferative ale țesutului limfatic foarte mult timp n'au putut să se dezvolte în aceeași măsură ca procesele analoge din alte țesuturi.

Faptul că din țesutul limfatic pot pleca tumori primare era cunoscut deja demult, se cunoșteau deasemeni formele histologice ale sarcomului zis banal și cari forme se numeau după structura lor histologică: sarcom rotundocelular, fusocelular sau fibrosarcom, sarcom alveolar, etc.

În procesele acestea la cari se căuta o interpretare nu interesau aceste forme de sarcom, ci limfosarcoamele, descendenții parenchimului specific limfoid.

Nägeli nu este un adept absolut al acestei concepții, dar atrage atențiunea asupra unor deosebiri și asupra raporturilor proceselor proliferative cu leucemia. După *Nägeli* proliferarea trebuie separată de tumorile maligne banale ca o afecțiune deosebită, chiar dacă cu timpul natura tumorală a procesului va fi admisă.

Fränkel are o părere asemănătoare, însă el presupune o apropiere mare a limfosarcoamelor cu procesele leucemice, fără să susțină însă identitatea lor.

Beitzke găsește numai deosebiri de grad între limfosarcoame și leucemii, cași *Pappenheim* după părerea căruia formele agresive ale limfosarcomatozei, leucosarcomatozei, cloromatozei și mielomatozei se țin de afecțiunile leucemice prin legături strânse histologice.

Prima părere cu totul deosebită de aceea a celorlalți autori a emis-o *Kundrat*. Bazat pe un material foarte bogat nu s'a atașat păreri dominante că limfosarcomul intră în categoria tumorilor propriuzise și anume a sarcoamelor, ci din contra a susținut că limfosarcomul trebuie separat complet de neoformațiuni în sensul strict al cuvântului. Concepția lui și-o documentează prin argumentele că în aceste proliferații nu este vorba de formațiuni atipice cari apar spontan în focare unice sau multiple și cari se propagă metastatic. În aceste proliferații de cari se ocupă, e vorba de formațiuni cari pleacă din noduli limfatici, formațiuni adenoidale sau foliculare, cari se propagă pe căile limfatice și numai accidental pe cale hematogenă. Formațiunile acestea prin caracterele lor s'ar apropia mai mult de limfoame, mai ales de pseudoleucemie decât de sarcoame. De limfoame se deosebesc însă prin structura lor atipică și creșterea lor în raport cu țesuturile vecine. După *Kundrat* legătura strânsă între limfosarcoame și pseudoleucemie ar fi evidentă prin faptul că găsim forme de trecere dela limfomele pseudoleucemice la limfosarcoame. Aceste forme sunt însă destul de rare.

Kundrat a lăsat deschisă chestiunea în cece privește încadrarea acestei tumori. El a vrut să diferențieze limfosarcomul de celelalte procese leucemice-pseudoleucemice și de procesele tumorale propriuzise.

Astăzi stările leucemice și aleucemice sunt mai bine cunoscute, hiperplaziile neoplazice ale ganglionilor limfatici și a splinei a căpătat oarecare sistematizare. În sindromul acesta anatomoclinic al pseudoleucemiei erau încadrate altădată o serie de alte sindrome asemănătoare până la un punct cu pseudoleucemia. Prin progresul însă care s'a făcut în cercetările histologice s'a adus modificări concepției prin amănuntele descoperite, cari deosebesc diferitele afecțiuni ce erau puse în cadrul pseudoleucemiei altădată.

Limfosarcomul este încadrat astăzi în stările hiperplazice; se consideră patru feluri de proliferațiuni ale țesutului adenoid.

1. Leucemie, aleucemie.
2. Hiperplazice benigne, inflamatorii, sau fără cauză cunoscută.
3. Neoplazice.
4. Grânulomatoze propriuzise.

În concepția actuală, limfosarcomul se deosebește atât de hiperplaziile aleucemice cât și de hiperplaziile inflamatorii și de tumorile propriu zise.

Este o formă specială histologică a hiperplaziilor (*Prof. Vasiliu*).

Anatomia macroscopică

Limfosarcomul intestinal se găsește sau ca tumoră unică sau ca tumori multiple. Nu am posibilitatea de a da o statistică precisă în ceea ce privește frecvența uneia sau alteia din aceste două posibilități și nici în ceea ce privește localizarea pe diferitele segmente ale tubului digestiv. Se pare însă că e mai frecvent la nivelul ileonului și mai puțin precvent cu cât ne apropiem de porțiunea terminală a intestinului.

În ceea ce privește aspectul macroscopic, acesta este al unei tumori mari, care dă impresia că învelește intestinul ca într'un manșon. Suprafața tumorii este de obicei neregulată, prezentând bosseluri plate sau foarte proeminente, de culoare albicioasă sau roșietică, împestrată în multe locuri cu puncte hemoragice. Consistența tumorii este destul de dură. Anza intestinală normală trece pe nesimțite în masa tumorală care o prinde în interiorul ei și unde numai pe secțiune se mai poate recunoaște elementele constitutive ale intestinului. În apropierea tumorii peretele intestinului are o grosime normală și mai ales diametrul lumenului său este păstrat; în porțiunea tumorală peretele se îngroașă din cauza infiltrației foarte dense, putând ajunge o grosime de 14 mm. cum a fost în unul din cazurile pe cari le-am studiat, sau poate să întrecă această cifră ajungând până la 20 mm. și chiar mai mult. Întinderea pe care o poate lua tumora deasemenea variază, aceasta interesând într'o singură porțiune câteodată și 20 cm. din anza intestinală. Pe secțiune de obicei se poate recunoaște stratul muscular; masa tumorală formează o infiltrație în special în stratul submucos și subseros cu o culoare cenușie rozată. În unele părți cule mucoasei intestinale sunt foarte groase și proeminente, pe alocuri aceste vilozități sunt șterse, iar în alte părți tumora prezintă ulcerațiuni destul de mari, neregulate și în parte hemoragice sau acoperite cu depozite necrotice.

În general ca și la sarcomul obișnuit pe care l-am descris anterior, adică acea formă histologică fusocelulară sau cu celule rotunde și la limfosarcom se observă tendința ca în aceste porțiuni tumorale, lumenul intestinului să fie mult mărit, ectaziat. În unul din cazurile pe cari le-am studiat, această dilatare este destul de pronunțată, tranșând net cu lumenul din restul intestinului subțire. În literatura pe care am consultat-o am găsit multe cazuri de limfosarcoame cari printre complicațiile cele mai frecvente pe cari le-au produs au fost perforațiile; stenozerile și invaginările se observă cu mult mai rar.

Metastaze: Privind modalitățile de răspândire în organism ale limfosarcomului, nu putem trasa nici o deosebire între felul de comportare al acestuia și a celorlalte tumori maligne. Putem spune deci, că și în privința formei metastazele limfosarcomului nu se deosebesc de metastazele celorlalte tumori. Aceste metastaze pot interesa: mezentenul cu ganglionii, ganglionii retroperitoneali, peritoneul, rinichii, epicardul, corpul tiroid, etc.



Studiu histologic

Limfosarcomul intestinal

În ceea ce privește aspectul histologic al limfosarcomului vedem că acesta nu prezintă un tablou unitar, variațiunile ce se observă nu se găsesc numai în cazuri cu totul disparate, dar chiar în același caz tabloul diferă dela câmp la câmp. Ceea ce este însă întrucâtva caracteristic și care isbește ochiul, este acel aspect care denotă un amestec de celule cu forme diferite și nu variațiuni ale unei aceleași celule.

Atipia celulei pe care o întâlnim în limfosarcom, mai mult sau mai puțin exprimată, este o atipie mai mult a tabloului total, de ansamblu decât o atipie a celulei izolate și oricât ar fi de atipice aceste celule, totdeauna se găsesc unele a căror identitate cu celulele limfatice nu poate fi considerată. Celulele acestea corespund celulelor plemchinatoase ale organelor limfoide, mai ales acelor centri germinali. *Borst* și *Ribbert* susțin că e vorba de forme mature și tinere ale celulelor limfatice.

Limfocitele sunt celulele cari se găsesc aproape în toate cazurile, formând masse înfinse și deci și masa principală a țesutului neformat. Aceste celule prezintă un diametru de 5—8 microni cu

un nucleu compact, rotund și protoplasma mai mult sau mai puțin bazofilă. Intre aceste celule găsim de multe ori forme atipice cu un diametru de 7—11 microni, cu nucleu bogat în cromatină, de multe ori lobulat, cu protoplasma slab bazofilă sau slab acidofilă.

Limfoblaștii se găsesc într'o măsură destul de considerabilă între celelalte celule, câteodată formează o mare parte din masa tumorală, iar în cazuri mai rare tumora este formată exclusiv din limfoblaști. Nucleul lor prezintă o culoare deschisă, cu o structură fină și uneori cu nucleoli. Protoplasma este mai mult sau mai puțin bazofilă, uneori cu vacuole, alteleori cu o zonă mai deschisă în jurul nucleului. Variațiuni se observă în caracterele nucleului cari câteodată sunt lobăți, simplu sau multiplu, iar câteodată fără nucleoli.

A. Ghon și B. Roman în frumosul studiu pe care-l fac asupra limfosarcomului descriu celule cari câteodată pot forma majoritatea elementelor și cari nu sunt libere ca limfociții și limfoblaștii, ci sunt legate între ele prin prelungiri fine sau mai groase, ce pleacă chiar din corpul celulei, formând o adevărată rețea, în care se găsesc elemente libere limfatice sau limfoblastice. Și aceste elemente cu prelungire prezintă asemănări remarcabile cu celulele limfatice însă în plus prezintă acele prelungiri. În unele cazuri tabloul se prezintă identic cu acel al unui centru germinativ.

În limfosarcom se mai găsesc apoi elemente celulare mari, cu protoplasma vacuolară, slab colorată cu detritusuri fagocitare, pe cari autorii mai sus citați le numesc „fagocite“. Sunt forme mai mici și mai mari; cele mai mici corespund complect macrofagilor din țesutul limfadenoid. În celulele mai mari nucleul este dislocat și câteodată distrus printr'un proces coriolitic, iar în protoplasmă o cantitate de fasticole fagocitate, încât toată protoplasma este marcată de aceste detritusuri. Aceste detritusuri sunt formate din fragmente de cromatină, uneori celule întregi, alteleori chiar globule roșii și pigment.

Se găsesc apoi celule foarte mari, gigante, cu diferite forme, cu mase mari de protoplasmă, cu nuclei mari și mulți fără structură, deasemeni sunt celule mici dela 1—3 mm., cu un nucleu compact de cromatină și cu o cantitate foarte mică de protoplasmă, ca o bandă fină. În foarte multe cazuri se găsesc și celule plasmaticice (plasmazellen).

Din tabloul de mai sus descris reese că în limfosarcom găsim aproape toate elementele țesutului limfoid: limfoblaști, limfociți, macrofagi, plasmazellen, chiar și celule gigante și adevărate centre germinative.

În ceea ce privește stroma limfosarcomului, autorii sunt de acord asupra acestei chestiuni; se naște un țesut de susținere pentru elementele limfoide, un reticul care este unul din caracterele principale ale limfosarcomului. Acest reticul este format dintr'o rețea fină, fibrilară, cu ochiuri largi, care prezintă o dezvoltare atipică cu ne-regularități în ceea ce privește mărimea spațiilor și grosimea rețicului.

Inmuițirea celulelor se face prin cariokineză, care se observă mai des în celulele principale, în limfocite și în limfoblaști.

În interiorul limfosarcomului nu sunt multe capilare; acestea sunt mult mai dezvoltate în hiperplasia limfoide leucemice. Față de vine se observă o agresivitate foarte pronunțată; tumora pătrunde până în lumen, ridicând endoteliul sau chiar perforându-l, dând naștere în unele cazuri, destul de rare, la embolii.



Studiu clinic

Sarcomul intestinal este un diagnostic, pe care-l face chirurgul atunci când intervine în abdomenul unui bolnav sau anatomo-patologul pe masa de autopsie. Un diagnostic clinic de certitudine este aproape imposibil, decât doar în urma complicațiilor pe care le poate provoca aceasta (stenoze, invaginații, ocluzii, perforații), să determine pe clinician să se gândească la posibilitatea unui sarcom intestinal. În literatură se citează cazul lui *Westermarck*, care a pus diagnosticul de sarcom al intestinului subțire la un bolnav, datorită faptului că nu cu mult înainte avusese un caz similar, care nu a fost diagnosticat însă și etichetat de sarcom decât pe masa de utopsie.

Frecvență. Părerile variază de la autor la autor, însă în limite destul de mici. Fapt e că sarcomul este destul de rar, față de carcinom, după cum se poate vedea din diferitele statistici. Am arătat la început toate aceste date, încât nu insist încă odată.

Vârstă. Unii autori arată un procent mai ridicat al sarcomului la 50 de ani, alții la 1—10 ani și de la 20 la 50 de ani, cu maximum de la 20 la 30 ani. În cazurile mele am avut un caz care avea 34 de ani, iar două 36 ani, deci ar concorda cu părerea acestor din urmă.

Sex. Din statisticile diferitor autori, cum am arătat și într'un capitol anterior, reese că sarcomul manifestă o frecvență mai mare la bărbați decât la femei. Raportul ar fi de 60% la bărbați și restul de 40% la femei. Din puținele observații (în număr de 3) pe care le-am făcut asupra acestei chestiuni, am găsit două sarcome la bărbați și unu la o femeie. Natural nu avem posibilitatea de a trage concluzii, cari să confirme cele de mai sus, tocmai din cauza materialului extrem de redus.

Localizare. Sediul preferat, din tot traectul tubului digestiv, este intestinul subțire și anume ileonul, urmează apoi, în mod descrescând: colonul, rectul, duodenul.

Antecedente. În dezvoltarea acestei neoplasii se invoacă o serie de cauze, cum ar fi traumatismele iritațiuni locale ale intestinului, subformă de cicatrici lăsate de către febra tifoidă, ulcerazioni tuberculoase, etc. Sunt cazuri în literatură unde s'a găsit pe lângă un sarcom și o tuberculoză a ganglionilor mezentenici. Într'un caz în antecedente am găsit o febră tifoidă însă la cetelalte două n'am putut depista nimic care să explice acea cauză iritativă locală exercitată asupra intestinului.

Simptome. Simptomatologia sarcomului este destul de obscură. Tumora câteodată poate fi singurul simptom care să îndrumeze pe clinician pe calea unui diagnostic. Aceasta e voluminoasă, boselată, dură, indoloră și mobilă. Când se stabilesc însă aderențele, poate simula o tumoră a unui alt organ, cum s'ar întâmpla când tumora ar fi în piloris, să imite o tumoră a organelor genitale femeiești. În general e mai ușor palpabilă la copii, la cari peretele abdominal este mult mai subțire ca la adulți.

Sarcomul este o tumoră care excepțional poate da naștere unei ocluzii intestinale. Se observă constipații sau diarei sau faze alternative de constipație cu diarei, mai adesea simple fenomene dispeptice sub formă de anorexie cu senzație de greutate după masă. Durerile vii sub formă de colici se întâlnesc destul de des. Vărsăturile provocate sau spontane se întâlnesc deasemeni și pare că acest simptom ar fi legat de o poziție înaltă a tumorii (unghiul duodeno-jejunal), sau atunci când în mod excepțional se întâlnesc ocluzii. În două cazuri am găsit sânge în scaun, în mod constant.

Am întâlnit deasemeni subfebrilități în două cazuri. La unul

din cazuri însă bolnavul avea și o tuberculoză pulmonară, iar în al doilea această stare subfebrilă s'a declarat numai cu două zile înainte de a sucomba.

Starea generală se alterează repede și se instalează cașexia care duce pe bolnav către un sfârșit fatal.

Complicațiuni. În evoluția sarcomului intestinal se observă în unele cazuri rareori complicațiuni. În mod excepțional, cum am arătat încă, stenoza este o consecință în evoluția acestei tumori, însă foarte rară, căci sarcomul evoluiază în marea majoritate a cazurilor cu ecatazii din partea intestinului.

Altă complicație care s'ar putea ivi ar fi invaginarea intestinului, dar și aceasta se întâmplă foarte rar.

Mai frecvent este perforațiunea care se face fie în cavitatea abdominală, dând naștere la peritonite sau în urma aderențelor cari se pot instala între tumoră și anzele intestinale sau alte organe, să dea naștere la comunicări.

Evoluția tumorii este rapidă. De la apariția primului simptom și până la desnodământul fatal nu trece mai mult de zece luni. Apariția adesea a unor simptome neclare face foarte greu diagnosticul. Tumora în timpul acesta de tatonări progresează cu pași repezi.

Diagnosticul diferențial. De cele mai multe ori diagnosticul oscilează între afecțiunile cele mai frecvente pe cari le întâlnim, adică: rinichi mobil, cancer al colonului, tuberculoză ilco-cecală sau la femei se poate confunda cu un chist ovarian, fibrom uterin sau o tumoră solidă a ovarului.

Alterarea stării generale cu o cașexie precoce, cu lipsa unor simptome sigure, justifică o laparatomie exploratoare. Chirurgical în fața unei tumori voluminoase, boselate, cu extra vazații sanguine pe suprafață, va putea face un diagnostic de sarcom, fără nicio ezitare, acționând și îndrumându-și tehnica pentru o terapie adevărată.

Carcinomul intestinal este de obicei o tumoră mai mică, cu un caracter stenozant și cu o tendință mai mică pentru extindere.

Observații Anatomico-Clinice.

Observația No. 1.

Femeia C. R. în vârstă de 34 ani, de profesiune servitoare, intră în serviciul clinicei Medicale (Prof. I. Hațieganu) pentru dureri abdominale difuze și astenie progresivă. În antecedentele heredo-colate reale nimic deosebit de remarcat; în antecedentele personale găsim, că la vârsta de 25 ani a suferit de diarei repetate care durau 2—3 zile, iar la 38 ani deci un an înainte de a sucomba, a suferit de febră tifoidă și gripă.

Boala actuală datează de 4 luni, de când are dureri abdominale difuze dureri și arsuri în regiunea epigastrică, ducând la vărsături provocate. De 3 săptămâni i se edemațiază membrele inferioare nu are poftă de mâncare și este constipată. Este ospitalizată timp de 2 săptămâni, în care timp bolnava e febrilă, prezentând oscilațiuni între afebrilitate și 38, 5°—39, 5° C.

Reacțiunile de laborator, inclusiv reacția Bordet-Wassermann sunt negative. În timpul ospitalizării bolnava slăbește progresiv se cașectizează și sucombă.

La autopsie se constată. un cadavru de sex feminin de statură mijlocie, cu țesutul adipos dispărut, țesutul muscular foarte redus țesutul osos intact.

Creierul prezintă un edem apreciabil.

Plămânul prezintă un edem și un ușor emfizem marginal. În ambele cavități pleurale se găsește cc 200 cmc lichid serocitrin.

Ganglionii traheo-bronșici nu sunt măriți și nu prezintă leziuni vizibile macroscopic.

Inima nu prezintă nimic deosebit.

În cavitatea peritoneală se găsește cc 800 cmc lichid sero-citrin.

Ficatul nemodificat ca volum, prezintă o ușoară perihepatită fibroasă, iar pe fața inferioară e ușor aderent de anzele intestinale vecine.

La secțiune: suprafața este de o culoare galbenă omogenă, iar parenchimul friabil. Desemnul lobular este dispărut.

Vezica biliară este liberă, căile biliare permeabile.

Splina de formă normală; capsula cu îngroșări fibroase. Pe secțiune prezintă o culoare roșie-brună, parenchimul este friabil și se rade din abundență cu cuțitul.

Tubul digestiv. Primele segmente, faringe, esofag și stomac nu prezintă nici o leziune. În imediata apropiere a duodenului, intestinul subțire prezintă leziuni mari ale mucoasei cari, au aspectul unor bande transversale, inelare, bine limitate de mucoasa normală.

Peretele intestinal este mai îngroșat în totalitate iar, pe întinderea bandelor modificat complet. Suprafața acestor bande este neregulată, mamelonată cu aspect cerebroid. Pe secțiune transversală la nivelul bandelor, se distinge bine stratul de deasupra musculaturii îngroșat iar musculoasa subțiată și inclavată într-o masă omogenă, gălbuie. Mai departe leziunile cresc în mărime cu cât ne depărtăm de duoden, ajungând până la o lățime de 5 cm. Aceste leziuni merg până la intestinul gros. În porțiunea terminală, leziunile sunt mai mici, nu sunt circulare și se prezintă sub forma unor ulcere cu conturul rotund sau ovoid. Marginele leziunilor circulare sunt regulate și ușor proeminente; fundul bandelor este ulcerat.

Peretele intestinal la locul leziunilor este dur, fibros și cu aspect pergamentos. Lumenul intestinal mai redus la locul ulcerățiunilor încât la exterior, intestinul subțire prezintă multiple strangulațiuni, corespunzătoare leziunilor.

Intestinul gros prezintă mucoasa hiperemică, peretele îngroșat prin edem; nu prezintă nici un fel de ulcerățiuni.

Ganglionii mezenterici nu sunt măriți și macroscopic nu se văd nici un fel de leziuni.

Peritoneul în locul ulcerățiunilor, este hiperemic, își păstrează însă luciul normal, atât în aceste porțiuni cât și pe întreg peritoneul parietal și visceral, exceptând loja subhepatică. În totalitate se găsesc pe intestinul subțire un număr de 24 de astfel de leziuni.

Capsulele suprarenale, rinichii, restul aparatului urinar, ca și aparatul genital nu prezintă transformări patologice vizibile macroscopic.

Istologie: Secțiunile microscopice făcute din diversele locuri ale ulcerărilor intestinale arată: lipsa mucoasei în aceste porțiuni. Coșionul mucoasei, submucoasa, straturile musculare și până în seroasă sunt abondent infiltrate cu celule rotunde, cu nucleul mare și rotund, protoplasmă redusă și cu dimensiuni aproape egale. Aceste celule se găsesc dispuse, fie în insule compacte, fie că pătrund sub formă de lanțuri printre fibrele musculare, disociindu-le și întrerupându-le. Aspectul microscopic al ulcerărilor este identic pe toată lungimea intestinului.

Observația No. 2.

Bolnavul M. G., în vârstă de 36 ani, de profesiune ceferist; intră în serviciul Clinicii Medicale (*Prof. Hațieganu*) în 25. II. 1933, cu acuze digestive. În antecedentele eredo-colaterale nu găsim nimic demn de remarcat; antecedentele personale sunt deasemenea fără importanță.

Boala actuală a început cu 8 zile înainte de internarea în Clinica medicală, când bolnavul a început să simtă dureri în bară deasupra ombilicului. Durerea a început brusc cu un caracter pongitiv, continuă, exacerbată prin alimentație. Abdomenul a început să se baloneze, bolnavul avea diarei și tenesme. Dela începutul boalei avea vărsături spontane, postalimentare, Apetitul i-a diminuat și bolnavul a scăzut în greutate. În 26. II. 1933, i-se face o puncție abdominală, extrăgându-se un lichid emoragic, lichid Rivalta pozitiv și foarte multe limfocite. Gregersen în scaun pozitiv. În 2. III. 1933, i-se face o puncție evacuatoare a 4000 cc. lichid. Până la 4. III. 1933, bolnavul e afebril, după care dată începe să febriciteze. În 6. III. 1933, se face o nouă puncție abdominală evacuatoare a 3000 cc. În ziua de 7 bolnavul e somnolent, pulsul mic, filiform, temperatura 40,2°. Sucombă în 7. III. 1933, ora 1 p. m.

Autopsia se face în ziua de 7. III. 1933, de către dl Dr. Rubin Popa.

Cadavru bărbătesc, de etate mijlocie, cu tegumentele palide, abdomenul destins, țesutul adipos dispărut, țesutul muscular bine dezvoltat, țesutul osos intact.

Ganglionii nu sunt palpabili.

Capul: cadavrul fiind reclamat, nu se deschide; se face incizia abdominală prin care se scot organele cutiei toracice și ale abdomenului.

Cutia toracică: Plămânu liber în cavitățile pleurale, aceste din urmă nu conțin nici un fel de lichid. Pe fața externă a lobului inferior drept se află un mic nodul subpleural, rotund, albicios și de consistență cartilaginoasă. La palpate ambii plămâni prezintă în lobii inferiori porțiuni, de mărimi variate, de culoare roșietică, iar lobii inferiori de ambele părți prezintă focare multiple hepatizate, friabile, de culoare variată. Unele de culoare gălbuie-cenușie, altele roșietice. De ambele părți aceste focare ocupă lobii aproape în întregime. Bronșiile din aceste părți sunt pline cu o substanță muco-purulentă, vâscoasă.

Ganglionii tracheo-bronșici, de mărimea unor boabe de fasole, antracofici și hiperemici. Mucoasa tracheală hiperemică pe toată întinderea sa.

Inima, de conformație obișnuită, pare ceva mai mare. La secțiune ventricolul stâng dilatat, cavitatea ventriculară reală, musculatura ceva mai groasă. Inima dreaptă și mai puțin auricolul stâng, pline cu coaguli sanguini.

Miocardul palid, gălbui și friabil. Lesiuni ale endocardului și și ale vaselor mari, nu se găsesc.

Cavitatea abdominală: Conține aproximativ 2—3 kgr. de lichid gălbui, vâscos, grăsos. Intreaga suprafață peritoneală, dar mai ales marele epiploon și mezenterul sunt hiperemice, de culoare roșietică și acoperite, mai ales la inserția pe intestin, cu fine false membrane albicioase. Marele epiploon este strâns în formă de cordon, transversal în epigastru, scleros, retractat și prezintă o înfinitate de mici noduli albicioși, cu aspect tumoral. Acelaș aspect îl au și apendicele epiploice. Mezenterul mult îngroșat, conține o mucoasă de ganglioni limfatici hiperplasiați, ajungând până la mărimea unor nuci, mai ales în vâcinătea inserției intestinale. Pe secțiune acești ganglioni sunt moi, de culoare albicioasă, presărați cu mici hemoragii. De pe suprafața de secțiune nu se vede suc lăptos. Intestinul subțire, în dreptul celui mai voluminos dintre ganglioni, este retractat, peretele îngroșat, scleros, fără să se observe ulcerăriuni ale mucoasei. Această lesiune se găsește cam 1 1/2 mm. distanță de cec.

Apendicele este îngroșat și tumefiat, pe secțiune lumenul aproape dispărut și organul transformat într'un țesut albicios, mai consistent. Seroasa în fundul de sac a lui *Douglas*, este mult îngroșată, formând un bloc hiperplasic în jurul vezicii și prostatei. Se observă în general o îngroșare a peritoneului, care este presărat cu mici noduli tumorali. În rest tubul digestiv deschis în întregime, nu prezintă leziuni vizibile.

Ficatul, mărit de volum (2300 gr.), prezintă pe suprafață și la secțiune o serie de noduli ajungând până la mărimea unei nuci mari, cu aceeași înfățișare ca și ganglionii mezenterici. Nodulii sunt bine delimitați și presărați cu hemoragii, la secțiune. Căile biliare libere.

Splina, mai mică (100 gr.) ca normal, ușor difluentă, de culoare cenușie, se rade pe suprafață de secțiune.

Rinichii, capsulele suprarenale, vesica urinară și prostata, nu prezintă nimic patologic.

Istologie. Aspectul microscopic al tumorii este identic în procesele ganglionare cât și în metastazele hepatice și în apendice. Tumoră este formată din celule sensibil egale și monoforme, având o talie mai mare decât a limfocitului, un nucleu voluminos, rotund sau ovalar, protoplasma variind cantitativ, în unele fiind foarte redusă și sub aspect semilunar, în altele mai abondentă și înconjurând nucleul. Grupele sunt separate între ele prin o foarte fină tramă reticulară. Inleziunea intestinală invadează în totalitate peretele intestinului, disociind straturile organului. Acelaș aspect se întâlnește în apendice, unde scheletul conjunctivo-muscular abia se mai poate evidenția. Iperplazia tumorală a acestor celule reduce lumenul organului aproape la inexistentă, totuș în porțiunea centrală se mai evidențiază rămășițe glandulare. Este aspectul caracteristic al unui limfosarcom cu adenopatie considerabilă și cu infiltrațiuni în vecinătate și metastaze hepatice.

Observația No. 3.

Bolnavul O. A. de 36 ani, de profesiune plugar, intră în serviciul Clinicei Chirurgicale (Prof. Alex. Pop) pentru dureri epigastrice post alimentare și astenie progresivă.

În antecedentele heredo-colaterale nimic deosebit de remarcant; în antecedentele personale găsim că la vârsta de 2 ani a suferit de rușeolă, la 26 de ani de pleurezie dreaptă și în două rânduri de ascaridoză. Nu uzează de tutun și de alcool.

Boala actuală datează de 4 ani, când a debutat cu dureri epigastrice post alimentare, cari survineau la 1/2—1 oră după masă, cu o durată de 1/2 de oră. Aceste dureri țineau cam 5—6 zile consecutive cu durata pe care am indicat-o, pentru ca apoi să urmeze o întrerupere cu o stare de acalmie de 1—3 luni. Durerile sunt localizate în epigastriu la dreapta liniei mediane, dând totodată și senzația de arsură; aceste dureri apăreau și noaptea dela orele 11—1.

Din toamna anului 1933, adică cu 6 luni înainte de a fi ospitalizat în clinică, durerile sunt tot mai frecvente și bolnavul începe să se alimenteze tot mai puțin, în care timp a scăzut în greutate cu 10 kgr.

De o lună durerile sunt tot mai frecvente și mai puternice, iradiază în spate iar bolnavul slăbește progresiv.

De 4 luni își provoacă singur vărsături post alimentare, după cari durerile se calmează. Prezintă o constipație spastică.

Gregersen pozitiv.

Temperatura 36,5 C.

Reacțiunile de laborator inclusiv reacția Bordet-Wassermann sunt negative.

I-se face laparotomie exploratoare, iar la zece zile dela intrarea în clinică sucombă.

Autopsia se face în 31. III. 1934 (de Dr. A. Aldan) la care se constată următoarele:

Un cadavru de sex masculin de statură mijlocie, cu tegumentele și mucoasele vizibile palide, cu țesutul celulo-adipos slab dezvoltat, țesutul muscular redus, sistemul osos intact.

Creierul nu prezintă leziuni.

Torace. În lobii pulmonari inferiori se văd noduli peribronșici roșii cenușii, friabili. Din bronșii se scurge un puroi galben verzui.

Inima mărită flască cu miocardul de culoare galben brună, foarte friabili. Endocardul nemodificat.

Ficatul cântărește 1550 gr., prezintă desenul lobular șters. Căile biliare sunt libere.

Splina cu aspect folicular.

Tubul digestiv.

Stomacul este foarte dilatat ajungând până sub ombilic. Este plin cu un lichid tulbure verzui. Mucoasa stomacală nu prezintă nici o leziune.

Duodenul în primele trei porțiuni este la fel foarte dilatat ajungând un diametru de 10 cm, conținând acelaș lichid descris la stomac.

Porțiunea a IV-a duodenului precum și la unghiul duodeno-jejunal, duodenul are pereții îngroșați în mod uniform de jur-împrejur, transformat într'un tub rigid cu un diametru de cca. 4—5 cm. și o grosime a peretelui de $1\frac{1}{2}$ —2 cm.

Suprafața internă este îngroșată și neregulată. Pe secțiune perețele duodenal la acest nivel prezintă o colorație albă rozată ca și carnea de pește și nu se rade pe suprafața de secțiune.

La o distanță de 20 cm de unghiul duodeno-jejunal pe suprafața mucoasei jejunale se găsește o ulceratiune rotundă de 6—8 cm. diametru cu fondul neregulat acoperit de masse necrotice sanguinolente. Fondul și marginile ulceratiunii sunt foarte îngroșate (2—3 cm.).

Această bandă infiltrativă cu aspect tumoral, înconjură ulceratiunea. Fundul ulceratiunii este neregulat, papilomatos.

Pe secțiune această tumoră este formată dintrun țesut albicios rozat cenușiu, de consistență mai fermă.

De la această tumoră mai jos cu 12 cm. se găsește o a doua tumoră la fel ulcerată și într-o foale asemănătoare celei descrise mai sus dar având o mărime mai mică (mărimea unei piese de 2 lei).

Ganglionii mezenterici sunt mult măriți de volum ca ouăle de porumbel, elastici și izolați între ei. Pe secțiune prezentând acelaș aspect ca și masele tumorale intestinale descrise.

Ganglionii formează manșoane în jurul tubului intestinal comprimând stratele spre lumen.

Histologie. La examenul microscopic al secțiunilor făcute din tumorile intestinale constatăm (pro., Dr. T. Vasiliu) prezența unor celule rotunde, izolate în tot câmpul microscopic și despărțite între ele prin fascicule colagene, cu numeroase vase de neoformație, placarde hemoragice și insule necrobiotice.

Celulele acestei tumori sunt foarte variate; unele sunt mici cu un singur nucleu, foarte bogat în cromatină, avid de coloranți nucleari și înconjurați de o infimă cantitate de protoplasmă.

Altele sunt celule mai fine cu caracter limfoblastic, dintre cari unele în repaus, altele în mitoză. Sunt și celule foarte mari, gigante, cu numeroși nuclei, deseori în mitoză anormală, pluripolară.

Secțiunile făcute din ganglionii mezenterici ne arată acelaș tablou ca și tumorile intestinale.

Este deci o tumoră cu celule în mare parte limfatice: limfoblaști, limfociți și celule mari sincițiale.

Histologic această tumoră nu se poate încadra între sarcoamele adevărate, celulele având caracterele celulelor tinere limfocitare. Nu este nici un limfosarcom pur. Este probabil că multe din tumorile descrise de autori drept sarcoame, pe cât putem judeca au fost tot din categoria sarcoamelor limfiblastice.

Variația formelor celulare ne îndreptățește a le grupa tot între sarcoamele limfoblastice. Această tumoră deci s'ar deosebi de reticulo-sarcoame, fiind forme parenchimotoase și nu stromatice. S'ar putea numi sarcoame histio-limfoblastice.





Concluzii

1. Sarcomul și limfosarcomul intestinului sunt tumori a căror frecvență e cu mult mai mică decât a carcinomului intestinal și cu o localizare de predilecție pe intestinul subțire.

2. Sarcomul intestinului se întâlnește cu o frecvență mai mare la bărbați decât la femei, cu maximum de cazuri în jurul vârstei de 30 ani.

3. Aspectul macroscopic al sarcomului, se caracterizează printr'o neoformațiune voluminoasă, neregulată, cu o tendință la stenoză și ectazie a intestinului. În limfosarcom găsim întotdeauna o masă ganglionară voluminoasă, leziunea intestinală fiind de cele mai multe ori redusă la o infiltrație sau ulcerare a peretelui.

4. Din punct de vedere histologic sarcomul intestinal se poate prezenta sub următoarele înfățișări:

- a) rotundocelular — mai frecvent — cu celule mici și mari;
- b) fusocelular — cu celule mici și mari.

Limfosarcomul este format din variatele forme ale celulelor limfactice tinere și adulte având caracteristic o fină tramă reticulară.

5. Clinic nu sunt criteriile pentru a se face diagnosticul diferențial între aceste tumori și cele epiteliale. Un diagnostic de certitudine se face numai după intervenție.

Văzută și bună de imprimat

Cluj, Ianuarie 1935.

Decanul Facultății:

(ss) Prof. Dr. GH. MARTINESCU

Președintele tezei:

(ss) Prof. Dr. TITU VASILIU



Bibliografie

Albrecht E.: Frankf. Zschr. f. Path. I. 1907.

Babeş V. și Babeş A.: Anatomie patologică specială. Sarcomul intestinului. Pag. 175—176, a. 1922.

Brandt C. E.: Über die Wechselbeziehungen von Lymphosarcomatose u. Tuberkulose etc. M. m. W. 14. 1908.

Banti: Linfosarcoma primitivo dell'intestino. Acc. Med. Fiorentina Sed. 26 genn. 1906.

Bregmann u. Steinhaus: Lymphosarkom des Mittelfells mit Übergang in den Rückratskanal. Virch. Arch. 172. 1903.

Bérnard et Denis: Enormes Lymphosarcomes de l'intestin grêle. Occlusion intestinale. Résection de plus d'un mètre d'intestin. (Soc. Chir. Lyon, 26 Fev. 1931), Lyon chirurgical, Juill-acût 1931, 28, n. 4. p. 522—523.

Bezaucón, Labbé, Bernard: Pathologie Médicale. Tom. VI. Cancer du Jéjuno-iléon. p. 355—356, a. 1927.

Cartolavi: Sul sarcoma a nodi multipli dell'intestino tenue. La Clin. Chir. n. 12, 1913.

Calderata: Tomore connettivale dell'intestino tenue. Invaginamente. Incipiente gangrena. Resezione di 25 cm. di intestino tenue. Guarigione. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1912, no. 42.

Cohnheim: Ein Fall von Pseudoleukämie. Virch. Arch. 33.

Concetti: Un caso di linfosarcoma maligno del mesenterio e dell'intestino tenue di un bambino di 5 anni. Riv. di Cl. Ped. 1903, vol. XV, p. 564.

Derselbe: Über die Beziehungen der Leukämie zu geschwulst-

bildenden Prozessen des hämatopoetischen Apparates Virch. Arch. 216. 1914.

Derselbe: Über eine eigenartige unter dem Bilde der Pseudo-leukämie verlaufenden Tuberkulose des lymphatischen Apparates. Zschr. f. Heilk. 19. 1898.

Derselbe: Über sogen. Pseudoieukämie. Verh. D. path. Ges. 15. Tagung. Strassburg. 1912.

Derselbe: Primäres generalisiertes Spindelzellensarkom der Lymphdrüsen. B. kl. W. 1915.

Dominici u. Ribadeau Dumas: C. R. soc. Biol. 1908. 64. S. 37 u. 65. S. 208.

Ducuing J.: Précis de eancérologie. Sarcome du Jéjuno-iléon p. 625—631, a. 1932.

Donati M.: Chirurgia dell'addome. Torino. U. T. E. T.

Eiselberg: Lymphosarkom des Dünndarms. Zentr. f. Chir. 43. 1908.

Exner A.: Die Klinische Stellung der Lymphosarkome in der Geschwulstreibe. Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 158. 1920.

Fabian. E.: Über die diffus infiltrierende Form der Leukämie und des Lymphosarcoms etc. Zieglers Beitr. 53. 1912

Fabian, Naegeli u. Schatiloff: Beiträge zur Kenntnis der Leukämie. Virch. Arch. 190. 1907.

Fränkel. E.: Über sogenannte Pseudoleukämie. Verh. D. path. Ges. Strassburg. 1912.

Fränkel. E. u. Much. H.: Über die Hodkinsche Krankheit (Lymphomatosis granulomatosa) insbesondere deren Ätiologie. Zsch. Hyg. 67. 1910.

Forni: Ossvazioni supra 100 tumori. Bolletino delle Scienze mediche. 1914. Serie IX. vol. II.

Fulhrott: Die Lymphosarkom des Darmes. I. D. Bonn. 1918.

Gabbi: Tumori e pseudo-tumori addominali. Errori diagnostici e insenamenti clinici. Societa Medica di Parma. 10 maggio 1920.

Gartner: Lymphosarcoma primitivo del tenue. Deutsche Zeitsch. f. Chir. Bd. CXX. Hf. 1—2 1912.

Ghon u. Roman: Frankfurter Zeitschrift f. Pathol. 1916. Bd. 19.

Giuliani: Un caso di Lymphosarcoma dell'intestino. Arch. It. di Chir. vol. XX. p. 263. 1927.

Glinski L. K.: Zur Kenntnis der Dickdarmlymphosarkome. Virch Arch. 167. 1902.

Grancher J. et Comby J.: 'Traité des Maladies de L'enfance vol. 2. Sarcomes de l'intestin p. 247—260. a. 1904.

Herxheimer G.: Grundriss der patholog. Anatomie von Schmaus. (11).

Hortolomei și Bușuleanu: Sarcom de l'intestin grêle Bull. Mém. Soc. nation. Chir. Paris. 7. Juin. 1933, no. 21. pag. 949.

Kauffmann E.: Lehrbuch der spez. path. Anat. 1913.

Koelliker: Handb. der Gewebelehre. 3. 1902.

Kundrat: Über Lymphosarkomatosis. W. kl. W. n. 12. 1893.

Kundrat: Wien. Klin. Wochenschrift. 1893. n. 12—13.

Leriche R.: Sarcome occlusif de l'iléon. Lyon Chirurgicale, Janv-fév, 1932. 29. n. 1. p. 50—62.

Letulle M.: Anatomie Pathologique. Lymphosarcome. p. 130. 171. Sarcomes de l'intestin. p. 1607—1610. a. 1931.

Lecène: Zeitschrift f. Chirurgie. 1904. n. 32. und 1907. n. 50.

Libmann: Über Dünndarmsarkom, Mitteil. aus Grenzgeb. der Medizin u. Chir. Bd. VII. p. 446. 1900.

Martin et Stewart: Lymphosarcoma of the small intestine with mensual metastases; casereport. Bull. Memorial Hosp. New-York. déc. 1929. 1. n. 6. p. 82—87.

Masson P.: Diagnostics de Laboratoire. Sarcomes. p. 222. p. 227. 1923.

Mollier S.: Die blutbildung in der embryonalen Leber der Menchen und der Säugetiere. Arch. f. mikr. Anat. 74. 1909.

v. Müllern u. Grossmann: Beiträge zur Kenntnis der Primärerkrankungen der hematopoetischen Organe. Zieglers Beitr. 3. 1912.

Naegeli: Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. 1912.

Nedjelsky: Über amitotische Teilung in pathologischen Neubildungen, hauptsächlich Sarkomen und karzinomen Zieglers Beitr. 22.

Nobécourt: Précis de Médecine des Enfants. p. 243. a. 1922.

Nothnagel: Sper. Path. u. Ther. 1903.

Orth J.: Pathologisch-anatomische Diagnostik (7) Berlin 1909 u. Lehrb. d. spez. path. Anat. Berlin 1887.

Paltauf R.: Lymphosakom. etc. Erg. d. allgem. Path. 1897.

Peracchia: Contributo allo studio delle neoplasie intestinali. Annali Italiani di Chirurgia. 31 agosto 1924. anno III. fasc. 8. p. 781.

Pierro di Vincenzo: Il sarcoma dell'intestino tenue. La Riforma Medica. Napoli. 21 Maggio. 1932. X. n. 21.

Pusateri: Contributo allo studio dei tumori de'intestino. Il Policlinico. Sez. Chir. Fasc. 1. 1908.

Puccinelli: Tumori dell'intestino tenue. Archiv. Ital. di Chirurgia. vol. XVIII. 1927. p. 273.

Roger Widal Teissier: Nouveau Traité de Médecine Tumeurs de l'intestin. Fasc. XIV. p. 243—275. 1724.

Schmidt M. B.: Die Verbreitungswege der Karzinome und die Beziehung generalisierter Sarkome zu den leukämischen Neubildungen. Jena 1909.

Vasilu Titu: Sângele și organele Hematopoetice.

