

26

UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I. DIN CLUJ
Facultatea de Medicină.

No. 853

CANCERUL MAMELEI

TEZĂ
PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 7 MARTIE 1935



DE

PÂRVULESCU GR. MIHAIL

CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
STRADA MEMORANDULUI 22

CANCERUL MAMELEI

TEZĂ
PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 7 MARTIE 1935



DE

PĂRVULESCU GR. MIHAIL

23 MAY 2005

INST. MED. FARM. TG-MUREȘ ORV. TUD. GYÖGYSZ. INT. MVM. Biol. Centrala-Központi Könyvtár 1195 Lelt. sz. 434981

CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
STRADA MEMORANDULUI 22

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Prodecan: Domnul Prof. Dr. C. GRIGORIU.

Profesori:

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

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: Domnul Prof. Dr. Al. Pop

Membrii:	}	Domnul Prof. Dr. D. Negru
		" " " T. Vasiliu
		" " " E. Țeposu
		" " " I. Goia

Supleant: Domnul Doc. Dr. Nichita.

L. Introducere și Istoric.

Problema cancerului își mărește importanța pe zi ce trece, din cauza numărului îmbolnăvirilor și dificultăților de tratament.

Cu toate că această boală este cunoscută încă înainte de **Christos**, nu se poate preciza data când a fost cunoscută ca boală. Se vorbește de neoplasmul malign, încă din 1500 a. c., în „**Papirus Ebers**”.

Odată cu descoperirea mumiilor egiptene, s'a putut constata că prezentau urme de tumori. Deasemenea, din timpul **Grecilor**, în **colecțiunile Hipocratice** se pomeneste de cancer, ca niște tumori cari nu se vindecă.

Prima clasificare a tumorilor o face **Galien din Pergam**, la 131 a. C., în:

- I. Tumori urmând natura.
- II. Tumori depășind natura.
- III. Tumori contra naturii.

Rogeria din Palermo, în timpul evului mediu, clasifică cancerul în: 1. cancer operabile și 2. cancer inoperabile.

În timpul Renașterii, din cauza că autopsiile au fost oprite, cercetările asupra cancerului au fost împiedecate. Mai târziu, la începutul secolului al XVIII-a, **Laennec** clasifică neoplasmul în tumori, degenerări, transformări schiroase, cancer, carcinome.

Înainte însă sub numele de cancer se înțelegea tot felul de tumori. Mai târziu, în timpurile noastre însă, cu ajutorul noilor metode de cercetare, s'a putut separa tumorile inflamatorii de adevăratele tumori neoplazice maligne.

Caracteristica neoplasmelor fiind o proliferare celulară anormală și desordonată, care prin înmulțire distruge

tesuturile învecinate și are tendință de generalizare, producând moartea mai ales printr'o intoxicație și o anemie excesivă, ceea ce e important de remarcat, în afară de faptul că nu se găsește o etiologie precisă, mai este și aceea că numărul celor morți de cancer, după unele statistici, pare să crească în fiecare an.

Cancer găsim și la vegetale, cu aceleaș caractere ca și la om, numai că la plante se crede că este infecțios și se transmite prin înepăturile insectelor, afară de excrescențele nucei de gal, cari ar fi datorite unei toxine a insectei care își depune ouăle aci.

În regnul animal, deasemenea găsim cancer, atât la vertebrate cât și la nevertebrate, precum și la animalele domestice și sălbatice.

Cancerul, la pești și la păsări, are mai mult un caracter infecțios. Între animalele domestice, la câini este foarte frecvent, având predilecție pentru glanda mamară și organele genitale. La pisică, deasemenea, cancerul mamar este cel mai frecvent. La celelalte animale domestice, porc, capra, oaia, cancerul e mai puțin frecvent, probabil din cauza că nu ajung vârsta înaintată, fiind sacrificate de timpuriu. Dintre animalele sălbatice, cele mai atinse de cancer sunt: șoarecii, guzganii, cobaii și epurii.

După cum vedem, cancer în afară de om, găsim în toată scara zoologică, precum și în regnul vegetal pe o scară destul de întinsă.

Etiologie.

Problema etiologiei cancerului, din cauza complexității ei, a dat naștere la o mulțime de teorii cari rând pe rând au căzut, ca să ridice una mai nouă și astăzi nu se mai poate vorbi de o cauză unică, ci de un concurs de cauze și împrejurări favorizante, însumându-se în combinațiuni ce variază dela caz la caz, ceea ce l'a făcut pe **Roussy** să spună că astăzi trebuie să vorbim de „cancere” și nu de „cancer”, iar pe **Fauveau de Couzmelles** să vorbească de „canceroși”.

În afară de teoriile etiologice, s'au mai descris și influențe ale climei, solului, obiceiurile și modul de viață care ar mări frecvența îmbolnăvirilor acolo unde ele lucrează. Astfel s'a crezut că unele rase sunt mai susceptibile decât altele, apoi că indigenii unei țări necontaminate de cancer, de îndată ce își schimbă felul de viață, venind în contact cu civilizația, contractează cancerul.

Profesiunea ar avea și ea o influență asupra cancerului, fără să fie bine stabilită. Sexul, și el ar juca un rol, prin faptul că frecvența cancerului e diferită la femeie față de bărbat, în raport cu anumite organe; la femeie mai ales este mai frecvent la sân.

Clima umedă deasemenea este considerată ca o influență determinată asupra apariției cancerului; deasemenea și regimul alimentar, acuzându-se cel bogat în proteine, cholesterine, vitamine etc.

Astăzi însă, făcând o sinteză a lucrărilor din ultimele decenii, cancerul apare ca o reacțiune a organismului față de cele mai variate momente exogene și endogene. În concepția de astăzi, în urma observațiilor științifice, momentele cancroase se pot împărți în:

a) Factori fizico chimici.

b) Factori microbiologici și parazitari.

Factori de ordin extern:

a) Factorul ereditar.

b) Factorul endocrin.

c) Factorul alimentar.

Factori de ordin intern:

d) Dispoziția biochimică a organismului.

e) Dispoziția biologică a organismului.

Vom vedea ce cuprind acești factori și la ce concepție s'a ajuns astăzi.

1. **Factori de ordin extern:** a) Factorii fizico chimici ar lua parte la etiologia cancerului, prin iritația permanentă și de lungă durată. Astfel, oleiurile crude ar avea un rol cancerizant destul de însemnat. **Scott** a observat că, din 5000 de cazuri din mediul muncitoresc, 65 erau datorite parafinei și erau localizate pe membrele superioare și în regiunea scrotală; produsele de destilare ale oleiurilor brute își păstrează această putere cancerogenă, precum și gazele rezultate din arderea lor, lucru destul de important.

Aceeași localizare o au și cei ce lucrează cu gudron; experimental chiar, s'a obținut, la iepurii de casă, cancer prin badijonarea feței interne a urechii, de către **Jamagiwo** și **Itohikawa**.

Temperatura ridicată ar fi și ea un factor cancerizant, observându-se la conducătorii de locomotive cancece, ca rezultat al arsurilor repetate cu focul din cuptor; apoi la locuitorii din ținutul **Kashmir**, pentru a compensa gerul iernii, poartă legat de gât un vas de faianță cu jeratec, numit kangri și care vine în contact direct cu pielea abdominală, producând arsuri și apoi cicatrice, pe care se dezvoltă un cancer, numit **kangricancer**. Asemenea, prin arsură, ar acționa orezul fierbinte mâncat de bărbații chinezi, dând cancer esofagian. Femeile chineze nu-l fac, pentru că ele mănâncă totdeauna după ce bărbatul a terminat masa și atunci orezul este rece.

Razele X s'au dovedit a fi și ele un factor cancerizant. **Jonathan Hutchinson** a atras atenția asupra arsenului ca factor cancerigen: arsenul, eliminându-se prin piele, dă un cancer al pielii, sub formă de noduli multipli.

Interesant este cancerul pulmonar al minierilor dela Scheeberg, datorit emanațiilor de radiu al minereurilor și degajării unor vapori de cobalt-arsen (**Hess**). **Schmol** crede că nici antracocalicoza nu ar fi streină de producerea acestui cancer. Prea cunoscute sunt cazurile când se atașează cancere pe terenurile vechi inflamatorii, iritative, proliferative, sau involutive; de ex., în urma unei ulcer stomacal, unei ciroze, unei mastite cronice etc.

Kenyes și mai târziu **Bagg** au arătat experimental apariția cancerului mamelei, în urma stagnării laptelui.

b) Factorii cancerizanti de ordin microbiologic. O serie întreagă de autori, încurajați de era pasteuriană, au descoperit fiecare câte un agent patogen, a căror specificitate se rezuma la experiențele descoperitorului.

Mai târziu, autorii însași au revenit asupra celor spuse mai înainte de ei, arătând că s'au înșelat.

S'a pus apoi problema unui virus filtrabil, însă nici în această direcție nu au fost rezultate mai fericite, afară de **Peyton Rous**, care, după ce a filtrat un material luat din sarcomul găinilor, l'a inoculat în musculatura pieptului găinilor sănătoase și a putut reproduce sarcomul tipic. În 1931, **Heidenhain** dela **Worms** face experiențe la șoadeci inoculându-le autolizante din tumori mamare, obținând rezultate în 6% din cazuri. El spune că în celulele cancerose s'ar afla un virus filtrabil, ce s'ar pune în libertate prin autolizarea celulelor.

Factorii cancerizanti de ordin parazitar. Paraziții au fost invinuiți ca producători de cancere. În momentul când s'a observat că unele cancere ale vezicii urinare sunt datorite bilharziozei. Făcându-se experiențe pe animale, s'au putut obține, în nenumărate cazuri, tumori cu *Schistosomum hematobium*, *demodex folliculorum* și trichinoză (**Borrel**, **Chambers** etc.), precum și cancerul spiropterian al cardiei șobolanilor, studiat de **Fibiger**. Deci, în urma ex-

periențelor, se poate spune că anumite cancere au o etiologie parazitară.

II. **Factorii de ordin endogen.** După cum am văzut nu sunt de ajuns agenții externi pentru a produce o tumoră, ci e nevoie de o receptivitate specială a individului, în care ar intra momente multiple:

a) **Factorul ereditar.** Cercetările lui **Miss Maud Slye** pe șoareci întărește concepția veche, în care se spunea că, cancerul are un caracter ereditar. Autoarea americană spune că susceptibilitatea pentru cancer se transmite descendenților după legile lui Mendel, însă, pe lângă dispoziția înăscută, mai admite și factori iritativi simpli.

b) **Factorul endocrin.** S'a observat că există o legătură între secreția modificată a unor glande endocrine și între creșterea receptivității sau diminuarea ei, față de cancer.

Timusul, prin prezența sa, ar produce o rezistență față de cancer. Extractele de timus *in vitro* ar produce liza celulelor canceroase, de unde ideea lui **Hanson** de a face la cancerul uman injecțiuni cu extras de timus.

Părerea celor mai multor autori este că tiroida ar juca un rol important, în privința apărării față de cancer, astfel că hipersecreția ar inhiba dezvoltarea cancerului, iar în regiunile cu gușe endemică (hiposecreția), cancerul ar fi mai frecvent. **Fischer, Pende**, sunt de părere contrară, iar **Moratti** găsește, la 80% din femeile atinse de cancerul mamelei, o hiperactivitate a glandei tiroide.

În ce privește hipofiza, din cauza contradicțiilor între autori, s'a ajuns la concluzia că, în cancer, lobul anterior este în hiperfuncțiune, pe când cel posterior în hipofuncțiune.

În urma experiențelor asupra cancerului spontan la șoarece, **Evangoras Georgian** crede că hiperfuncțiunea glandei epifizare, însoțită de hipofuncțiunea testiculelor, ar favoriza dezvoltarea tumorii.

Despre rolul suprarenalei, în ceea ce privește patogeniza cancerului, sunt rezultate nesigure, cu toate că **Coffey** și **Humber** (americani), în 1930, au publicat rezultatele

lor favorabile în tratamentul cancerului uman, prin administrarea de extract de glandă supra-renală (corticală).

Nici pancreasului nu i se poate preciza un rol hotărâtor în evoluția cancerului, cu toate că unii autori au obținut o inhibare a cancerului greiat și a cancerului de gu-dron, prin injecții de insulină. Alții au găsit leziuni în celulele pancreasului la guzganii cu adeno-carcinom.

Faptul că tumorile apar mai frecvent în perioada de declin a vieții genitale a făcut pe diferiți autori să creadă, că glandele genitale au rol de protecțiune față de o anumită categorie de tumori.

c) **Factorul alimentar.** Alimentele ar juca și ele un rol, ca factor producător de cancer. Exemplul a fost dat de negrii din Africa. Aceștia, duși în America unde își schimbă felului alimentației și modului de viață, fac cancer, ca și albi. Se citează ca alimente cari împiedică dezvoltarea cancerului, grăsimile neutre și alimentele bogate în calciu iar alimentele bogate în lanolină, cholesterină, săruri de K, zahărul prin acidul lactic, diete deficiente în general și în vitamina A, și prin carență magneziană, au rol cancerogen. Acelaș rol l-ar avea o dietă bazică și în acelaș timp bogată în k.

d) **Dispoziția biochimică și metabolică a organismului.** Freund și Kaminer dela Wienu spun că în serul normal sanguin se găsește o substanță, care ar fi mai abundantă, cu cât individul este mai tânăr. Această substanță se găsește și la alte animale și are proprietatea de a liza **in vitro** emulsii de celule canceroase. Această substanță, care a fost numită „Normalsaure”, în serul canceroșilor și aci găsim o altă substanță cu proprietatea antilitică, numită „Karzinomsaure”.

Warburg dela Berlin spune că patogenia cancerului ține de un proces metabolic, în sensul disarmoniei între producerea de glicogen și respirația celulară. **Petersen** și **Pericaud** spun că predominanța fermentilor ar da naștere temperamentului uricemic și canceros. Antifermentul sângelui luptă pentru păstrarea unui echilibru, care este rupt în unele împrejurări și proteazele depășesc o anumită li-

mită; atunci se constituie o diateză canceroasă. Fermentul proteolitic se acumulează în terenele cicatriciale, expuse iritațiilor cronice, sau inflamațiilor de lungă durată, unde influența antifermenților nu este accesibilă. Aceste terene se pot afla oricând în pragul cancerizării.

e) **Dispoziția biologică a organismului.** Unii autori sunt de părere că problema cancerului nu ar fi decât o problemă de biologie generală. Vina a căzut, pe rând, în ordinea descoperirilor, pe celulă, apoi pe nucleu, apoi pe cromosomi și astăzi pe genii, cari s'ar afla câteva sute în interiorul unui cromosom. Acești genii se află și în celulele somatice, nu numai în cele germinative. Și cum cancerul este o descendență atipică a unor celule somatice, ar fi datorit unei mutațiuni în conținutul cromosomic al acestora. **(Banes).**

Teutschlander spune că aceasta mutațiune se întâmplă numai în celulele nenormate, sau relativ normate, cari singurele sunt dotate cu o prolificitate naturală, păstrând anumite potențe reziduale, cu ajutorul cărora își pot îndeplini rolul de țesut reparator și prin urmare se pot afla oricând pe pragul unei mutațiuni. Astfel, e de ajuns unul din momentele cancerogene, ca să transforme o proliferare limitată cu tendința de reparațiune, într'una nelimitată, lipsită de țintă și sens, cu alte cuvinte într'un cancer.

Tot **Teutschlander** spune că în etiologia cancerului sunt trei factori, cari pot varia în intensitate, de ex., dacă intensitatea unuia e mai mare, aluia mai mică. Se poate asemăna cu un produs matematic de trei factori, în care factorii variază, însă produsul rămâne același. Acești trei factori sunt: **a)** agentul patogen; **b)** dispoziția locală și generală a organismului; **c)** expoziția.

Deci, am văzut că, după cele mai recente teorii, această boală, cancerul, ne apare ca o reacțiune elulară desordonată, față de numeroase momente de ordin exogen și endogen, deopotrivă.

III. Noțiuni de anatomie.

Anatomia glandei. Glanda mamară este o glandă tubulo-acinoasă, de formă emisferică, fiind situată prin fața sa plană pe fața anterioară a toracelui. Macroscopic, mai important este de remarcat faptul că circumferința glandei nu este regulată, ci prezintă niște prelungiri, numite prelungiri mamare și sunt în număr de cinci: 1. o prelungire superioară spre claviculă; 2. o prelungire infero-externă sau hipocondrică; 3. o prelungire infero-internă sau sternală și 5. o prelungire axilară sau supero-externă, care se prelungeste înconjurând bordul inferior al marelui pectoral, până în axilă. Această prelungire este cea mai frecventă, aproape constantă și cea mai importantă, pe când celelalte patru sunt relativ rari.

Glanda mamară, cu toate că pare a fi unică, e compusă din 12—20 lobi, ce vin în contact intim, chiar se penetrează. Fiecare lob are un canal propriu excretor, numit și canal galactofor. Un lob este compus din mai mulți lobuli și aceștia, la rândul lor, sunt compuși din acini. Histologic, acinii au o membrană proprie, apoi un strat intern de celule prismatice joase și egale ca înălțime, cari sunt celule secretoare de colostru și de lapte; mai este un strat extern de celule neregulat cubice, cari în timpul alăptării, iau caracterul celulelor „en panier”, descrise de **Boll**. Acestea sunt celule mio-epiteliale. Canalele secretoare sunt formate din:

a) canale intra-lobulare, situate în interiorul lobulilor, urmând acinilor și sunt formate și ele din o membrană proprie, din celule Boll și un epiteliu format din celule prismatice înalte.

b) Canale interlobulare, care urmează celor intra-lobulare, în care se colectează acestea din urmă și unesc lo-

bulii între ei. Au și ele o membrană proprie, un strat de celule mio-epiteliale și un strat epitelial, format din celule prismatice mai puțin înalte ca cele din canalele intra-lobulare.

Canalele galactofore. Toate canalele inter-lobulare ale unui lob se varsă într'un singur canal, câte unul pentru fiecare lob și care se îndreaptă spre mamelon. Canalele galactofore sunt sinuoase și înainte de a ajunge la mamelon, prezintă o dilatare fuziformă.

Anatomia limfaticelor. Mai importante de cunoscut sunt limfaticele mamelei, pentru că ele constituiesc calea obișnuită de generalizare a cancerului mamar. Vom avea, ca rețele de origină, limfaticele cutanate, limfaticele glandulare și limfaticele galactofore.

a) Limfaticele cutanate se unesc și formează un plex intradermic și un altul subareolar.

b) Limfaticele glandulare sunt formate din sacuri limfatice, situate împrejurul lobulilor, din cari sacuri, limfa este condusă de canale colectoare, în rețeaua subareolară.

c) Limfaticele galactofore sunt limfaticele canalelor cu acelaș nume, situate în adventicia acestor canale.

În ceea ce privește limfaticele eferente, **Testut** le împarte în 3 grupe: 1. Limfatic externe, ce merg la ganglionii axilari; 2. Limfatic posterioare, care au traiecte diferite, sau spre ganglionii axilari, sau spre cei subclaviculari; 3. Limfaticele interne, ce străbat spațiile intercostale și merg în torace, la ganglionii mamari interni.

Monrad clasifică trunchiurile limfatice, ce pleacă de la glanda mamară, în 2 pediculi: a) pediculul exilar, subclavicular și supraclavicular.

b) pediculul mamar intern.

a) Pentru că primul pedicul este foarte variat ca topografie, **Monrad** l'a împărțit în 5 tipuri:

Tipul I., în care limfaticele superiare sau externe ale glandei merg pe marginea inferioară a mușchiului pectoral, la ganglionii axilari centrali și de aci, prin vase eferente, la ganglionii supraclaviculari. Frecvența acestui tip de limfatic este de 45%.

Tipul II. In acest tip, limfaticile ajung în ganglionul umeral și reprezintă numai 12% din cazuri.

Tipul III. In acest tip, mamela are doi pediculi limfatici: un pedicul asemănător cu cel din tipul și un pedicul ce pornește din partea supero-internă a glandei, traversând marele și micul pectoral, ajungând direct la ganglionii subclaviculari. Frecvența acestui tip este de 36%, deci destul de des.

Tipul IV. Acest tip de limfatic se deosebește de precedentul, numai prin faptul că pediculul al doilea merge între pectoralul mare și pectoralul mic.

Tipul V. și ultimul este la fel cu tipul precedent, numai că al doilea pedicul nu se oprește la ganglionii subclaviculari, ci merge mai departe, până la ganglionii supraclaviculari.

b) Pediculul mamar intern pornește dela partea supero-internă a glandei, străbate primele patru spații intercostale, ajungând la ganglionii mamari interni, intratoracici. In privința comunicării limfaticelor unei mamele cu limfaticile și ganglionii mamelei de partea opusă, **Gerota** a observat comunicația între limfaticile cutanate, pe linia mediană.

Oelsner a găsit la 21% din cazuri un traect limfatic încrucișat, mergând la ganglionii din axila opusă, iar limfaticile mușchiulare s'ar încrucișa pe linia mediană și ar ajunge la ganglionii mamari interni, de partea opusă. In urma acestor observații, s'ar explica adenopatia axilară încrucișată și apariția metastazelor în mamela de partea opusă.

IV. Anatomie patologică.

Un studiu anatomo-patologic mai amănunțit este foarte important, mai ales că din el se pot trage concluzii, asupra evoluției și prognosticului cancerului mamei. Din cauza multelor forme sub care se prezintă cancerul mamei, nu putem să dăm o clasificare unică. **Maurice-Lettulle** împarte tumorile maligne ale mamei în:

1. neoplasme de natură epitelială; 2. neoplasme de origine conjunctivă.

Vom studia numai pe cele de origine epitelială: epiteliomul glandei mamare și maladia lui Paget.

I. **Epiteliomul glandei mamare** este mult mai frecvent la femeie decât la bărbat, având un caracter invadat al celulelor epiteliale tumorale, iar țesutul conjunctiv un rol secundar, afară de forma schiroasă, unde proliferarea țesutului conjunctiv preponderează. Vom deosebi două variații de epiteliome:

a) **Epiteliomul dendritic sau intracanalicular**, care se dezvoltă în interiorul unui canal galactofor, dilatându-l în formă de chist, semnalându-se prin scurgerea din mamelon a unei serozități sanguinolente. De obicei tumoarea este situată central și rămâne staționară un timp anumit de ani și apoi invadează glanda și ganglionii. Tumoarea apare ca o vegetație arborescentă, formată dintr'un țesut conjunctiv foarte subțire, pe care sunt celule epiteliale cilindrice, provenite din celulele epiteliale ale canalului galactofor.

b) **Epiteliomul atipic infiltrat**. Această formă de epiteliom, așezată de obicei excentric (segmentul supero-extern), se prezintă la început ca un nodul fără capsulă și — de la început — infiltrat. La secțiune este albicios și presă-

rat de puncte galbene, cari sunt insule adipoase sau de degenerescență granulo-grăsoasă. Dela acest nodul canceros pleacă prelungiri albicioase, în țesuturile învecinate. Microscopic, neoplasmul este format din cordoane de celule neoplazice, ce par izolate de stromă; în realitate însă, aceste cordoane celulare se unesc unele cu altele. De obicei, majoritatea epiteliomelor sunt polimorfe, însă, pentru a ne orienta, s'au descris patru varietăți, cu toate că acestea pot fi prezente în aceiași tumoare și să se asocieze, dând forme de tranziție. Avem, ca varietăți:

1. Forma acinoasă, când cu toată multiplicarea celulară, nu se depășește formațiunea acinului și deci fiecare nucleu corespunde la un acin, bineînțeles destins și fiecare grup de acești nuclei corespunde la un lobul glandular.

2. Forma schiroasă, când avem predominanța țesutului conjunctiv, ci din contră, lanțurile epiteliale sunt rare și răslețe. Uneori, țesutul conjunctiv este așa de abundent, că trebuesc făcute mai multe secțiuni, ca să găsim una sau două grămezi celulare; în această stare, **Velpeau** i-a dat numirea de schirus atrofic.

3. Forma encefaloidă, când stroma conjunctivă este foarte puțin dezvoltată, iar celulele epiteliale foarte numeroase, foarte atipice, străbătute de vase fragile; ici și colo se văd mari insule de necroză și hemoragii interstițiale. Această formă este cea mai invadantă și deci cea mai malignă.

4. Forma coloidală, când microscopic are un aspect slănininos particular, sau gelatiniform; iar microscopic e caracterizat prin cavități umplute cu mucus, elaborat, probabil, din celulele epiteliale. Această varietate este cea mai puțin frecventă.

Clulele epiteliale ca atare, din care sunt formate aceste tumori mamare maligne, sunt foarte diferite ca mărime, ca formă și ca reacțiune tinctorială.

II. **Boala lui Paget.** Anatomia boalei lui Paget este astăzi bine stabilită: este vorba de o degenerescență diskercatozică a epidermului, foarte aproape de epiteliomizație, dând loc, mai curând sau mai târziu, la o proliferație epi-

telimatoasă veritabilă (Darier). Leziunile cutanate sunt reprezentate, la început, printr'o crustă aderentă și mai târziu printr'o ulceratie umedă, eczematoidă. Microscopic, se observă printre celulele epidermice, în toată grosimea epidermului, grămezi de celule caracteristice, cu nucleul hiperchromatic și protoplasma clară, lipsindu-le filamentele intercelulare. După câțiva ani se transformă într'un cancer pavimentos, lobulat, cu globuri epidermice sau clare, în aparență lobulate, unde se găsesc celule discheratozice.

Redau aci o clasificatie morfologică, imaginată de **Delbet**, după felul și forma celulelor, care ne dă indicații uneri, asupra progosticului.

După această clasificatie avem:

a) Epitelioame cubo-cilindrice, cu predominanța celulelor cilindrice și poliedrice.

b) Epitelioame pavimentoase, cu celule de tip pavimentos cutanat.

c) Epiteliom polimorf mamar, format din celule veziculoase cilindrice și celule mici neregulate și cromofile.

d) Epiteliom polimorf ectodermic, în care avem o variație de celule și mai mare ca în grupa precedentă, având forme de celule dela cea cilindrică până la cea pavimentoasă și uneri chiar celule keratinizate.

e) Epiteliom cu celule clare și acesta este relativ benign.

f) Epitelioame cu celule independente, în care celulele, după cum arată numele, nu au conexiuni cu țesutul conjunctiv, nici între ele; sunt neregulate și foarte chromofile.

g) Epitelioame mega celulare, cari au celule polimorfe și de dimensiuni mari. Aceste epitelioame, împreună cu acelea cu celule independente, sunt foarte grave.

O clasificare interesantă o face **Delbet** în: epitelioame secretante și epitelioame hemofile.

a) Epitelioame secretante: în care celula canceroasă dă naștere la 2 feluri de secrețiuni: un fel de secrețiune probabil de natură albuminoasă și alta de natură mucoasă. Uneori se pot pune în evidență și secrețiuni mixte. Secrețiunea mucoasa se găsește în interiorul celulelor, sau în spațiile intercelulare, pe când cea albuminoasă se găsește în cavități

pseudo-glandulare. Cancerele secretante sunt caracterizate prin slaba lor toxicitate, incetineala evoluției și mica tendință de invadare ganglionară și generalizare. De aceea, când suntem în fața unui cancer mamar la limita operabilității și este un cancer secretant, trebuie operat.

b) Epitelioame hemofile, se numesc acelea în cari, celula canceroasă, pătrunzând în interiorul vaselor, se găsește între globulele roșii. Se pot pune în evidență în vasele proprii ale tumorii, cărora le distruge endoteliul și circulația devine lacunară.

De asemenea aceste celule se pot pune în evidență în vasele sanguine, la distanță de tumoră. *Delbet* a arătat prin statistici, că aceste cancere, din punct de vedere al prognosticului, sunt foarte grave.



V. Cancerul mamelei la șoarece.

În ce privește cancerul mamar, el nu constituie o boală exclusiv a speciei umane. El se întâlnește cu o frecvență destul de mare la o serie întreagă de animale, iar la unele constituie infinita majoritate a tumorilor ce se pot întâlni.

Din punct de vedere experimental, cancerul mamar e mai bine studiat la șoarecele alb. Acest animal se află în grupul acelor pentru care cancerul mamar este tumoarea care își asumă un procent de 90% din totalul tumorilor întâlnite. (Slye 1916). La animale se pot întâlni de altfel și tumori ale celorlalte organe, ca de exemplu: la ficat, plămâni, tiroidă, ovare, testicole, uter, rinichi, etc. Tumorile tractului digestiv contează ca o raritate la animale. Adenocarcinomul mamelei la șoarece a fost studiat și descris prima dată de Borrel. Am amintit cancerul mamar al șoarecelui, nu pentru a-i da o descripție detaliată, care nu interesează lucrarea de față, ci numai pentru a arăta că, în urma studiilor făcute asupra adenocarcinomului șoarecelui, aceasta tumoră ne apare ca fiind determinată de o dispoziție particulară a factorului ereditar. E adevărat că, concluziile asupra caracterului hereditar al acestei tumori nu sunt toate concordante, în ceea ce privește detaliile, astfel că *Maud Slye* continuă să creadă că tumoarea mamară ar fi determinată de un factor ereditar recesiv simplu; iar *Clara Lynch* admite un factor dominant simplu, împreună cu *Little*, care mai adaugă faptul că aceste tumori ar fi legate de sex, având o letalitate omozigotă. *Dobrovolskaya-Zavadskaya* crede, că factorul cancerizant ar fi cuplat cu un factor localizant. De notat este că cercetările de natura acestora nu au putut demonstra ereditatea tumorilor decât exclusiv ereditatea cancerului mamar; așa încât formularea unor concluzii cu o valabilitate generală ne pare încă lipsită de actualitate.

VI. Studiu Clinic.

Cancerul mamar se găsește atât la femei, cât și la bărbați. La femei în afară de cancerul uterin, cancerul mamar este una din localizările cele mai frecvente ale cancerului în general; *R. Williams*, în urma statisticilor făcute de dânsul, a găsit că 43% din tumorile maligne întâlnite în practică sunt reprezentate prin cancerul mamei, iar dintre tumorile maligne ale mamei 80% sunt reprezentate prin epiteliom.

De aceea, când ne găsim în fața unei tumori ale mamei la femei, se ne gândim la epiteliom, pentru a evita greșeli ireparabile.

La bărbat, cancerul mamar însă este foarte rar; raportul dintre epiteliomul mamar la bărbați și acela la femei variază, după autori: după *Gurtt* 0,56% pentru *Williams* 0,9% iar după Clinica Chirurgicală din Cluj 6%.

Ceea ce dă gravitatea acestui cancer, este lipsa de fenomene subiective în perioada de debut și aproape în totdeauna tumoarea este descoperită printr'o întâmplare neînsemnată, ca de exemplu: în timpul toaletei, în urma unui traumatism la acel nivel, sau în urma unei senzații de tensiune la nivelul mamei.

Faptul că această tumoare de cele mai multe ori de dimensiune mică la început, este și nedureroasă, face pe bolnavă să nu se ducă la medic, ci numai când survin simptome mai alarmante și atunci de obicei este cam târziu, pentru că tratamentul nu mai dă rezultatul dorit. Din această cauză, majoritatea cazurilor de cancer al mamei sunt la limita operabilității, cu toate că această regiune este așa de ușor de depistat și diagnosticul s'ar putea pune precoce, și rezultatele tratamentului ar fi din cele mai fericite. Dacă tratamentul ar fi aplicat dela început, când boala nu se manifestă decât prin-

tr'un nodul mic palpabil și fără metastaze ganglionare, s'ar obține o vindecare definitivă în 90% cazuri, sau chiar mai mult.

De aceea este important să cunoască fiecare medic practician metodele de diagnostic precoce al cancerului mamelei și fiecare femeie să știe să se prezinte la medic, imediat ce simte un nodul cât de mic la nivelul mamelei.

Când avem în fața noastră un bolnav și constatăm la nivelul mamelei o tumoare cât de mică și în aparență solidă, trebuie să ne punem întrebarea dacă este benignă sau malignă, sau una benignă care se transformă într-una malignă. Pentru a răspunde la această întrebare, trebuie să întrebuițăm metode bune de explorare.

Cea mai sigură metodă, prin care am putea spune cu certitudine diagnosticul, este biopsia; însă biopsia are marele inconvenient, că prin această mică operație se pot face grefe celulare, sau, evoluția tumoarei poate deveni extrem de rapidă. Idealul ar fi, ca în serviciile de chirurgie, să se facă examenul istologic în același timp cu biopsia și având rezultatul imediat, chirurgul să poată continua în aceeași ședință operația, — după cum e cazul — unei tumori benigne sau maligne. Tot ca metodă de biopsie se poate face și puncția, însă această metodă nu are valoare reală; numai în cazul când avem un chist simplu sau un abces rece.

De aceea, nu ne rămâne decât să facem un examen clinic cât mai amănunțit și bine condus și din suma simptomelor să tragem concluzia despre benignitatea sau malignitatea tumoarei.

Simptome.

Scurgeri din mamelon.

Aceste scurgeri sunt secrețiuni câte odată clare însă mai des galbene, roșcate și sanghinolente, murdărind cămașa. Această secreție poate fi fluidă, sau mai consistentă și uneori chiar purulentă. Scurgerile nu depind de forma cancerului, ci de localizarea lui și indică, că tumoarea este în comunicare cu canalul galactofor. În unele cazuri, s'a remarcat că aceasta secreție se exacerbează în timpul menstruației.

Echimozele. Un simptom important, însă care se prezintă destul de rar, este prezența echimozelor spontane împrejurul tumoarei, trădând un epiteliom angiotrib, cu un prognostic grav.

Prezența tumoarei. Pentru a depista tumoara, e bine ca să examinăm bolnava în decubit dorsal, întrebuițând *manopera lui Velpeau* care constă în a palpa mamela cu mâna întinsă și degetele apropiate, aplicate pe planul toracic. În acest caz o tumoară cauzată de mamită cronică cu noduli incoerenți dispăre și numai în caz de coerență a acestor noduli tumoarea nu dispăre, însă atunci avem o senzație specială la palpare.

Caracteristic cancerului este prezența unei tumori nedueroase al cărui contur este rău delimitat, suprațata neregulată și care aderă de țesutul perimamar sau de piele. La început, consistența cancerului mamelei este dură, însă mai târziu, consistența variază dela un punct la altul și această deosebire de consistență este datorită unor formațiuni chistice sau pseudo-chistice. Poate, deasemenea, să fie simultan un cancer și un chist de mamită cronică. Mai des, aceste formațiuni sunt datorite pseudo chistelor formate în zonele de ramoliție ale tumoarei. După mărimea tumoarei, nu se poate trage nici o concluzie, însă dacă luăm în considerare și tim-

pul, putem spune că, o tumoră cu evoluție rapidă este în general mai gravă, ca una cu evoluție lentă.

Tumoara nu este circumscrișă, din cauza că invadează țesuturile din jur, excentric, nu concentric, ca la tumorile benigne și nu are capsulă.

Alterațiile mamelonului. În unele cancere ale sânului, vârful mamelonului este alterat, uneori fiind o hiperkeratinizație, alteori mamelonul este crustos, sau ușor exulcerat. Cea mai obișnuită alterație a mamelonului este *retracția sa*, simptom destul de frecvent, dar pe care nu-l găsim în totdeauna, ci numai aproximativ în 25% a cazurilor. Această retracție este fixă, și o putem accentua, dacă împingem excentric tumoarea. Când mamelonul este tras în sus, din cauza infiltratului, în tumorile situate în emisferul superior, avem *semnul lui Fergue*. Trebuie să-l comparăm totdeauna cu cel de partea opusă și să căutăm, dacă această retracție a mamelonului nu e provocată de o inflamație sau o supurație veche. Deci acest simptom nu are nimic patognomic.

Pielea de portocală este un simptom al cancerului și trebuie deosebită de capitonajul pielei, care este datorit unor mici tractusuri fibroase, cari merg dela tumoară spre piele și se traduc prin depresiuni neregulate ale pielei; pe când pielea de portocală se traduce prin puncte depresionate, corespunzătoare glandelor pielei și sunt dispuse în mod regulat. Între aceste puncte, pielea este ușor ridicată. Pielea de portocală este datorită unei jene limfatice, însoțite de edem. Acest simptom poate fi de asemenea și în alte boli, deci nu are valoare de cancer, decât dacă este însoțit și de alte simptome.

Extensiunea la tegumente. Cancerul fiind o tumoră necapsulată, invadează țesuturile din jur, infiltrându-le. Cea mai obișnuită invadare este mai întâiu spre tegumente și apoi spre planurile profunde. Invadarea tegumentelor se traduce prin *ingroșarea lor și aderența de planurile profunde*, punându-se în evidență dacă prindem pielea între police și index (semnul plicei); plica pielei este rigidă, se formează brazde fine și pielea are depresiuni aderente, sub forma unei încrețituri subțiri, sau a unui punct turtit și fix, (fixitatea acestui punct se pune în evidență, împingând un segment de

glandă vecină acestuia). Constatarea acestui simptom indică natura malignă a tumoarei. După câțva timp de evoluție, se formează *ulcerații ale dermului*. Ulcerația se face progresiv; pielea fuzionată cu tumoarea ia o culoare mai mult sau mai puțin roșie, epidermul devine scuamos, uneori fiind neted și strălucitor, iar alteori, se formează la suprafață flictene și tumoarea ajunge la exterior. De multeori se întâmplă ca bolnavii să nu observe nimic, ci bursc se trezesc cu o hemoragie. Aceste cancere cari dau hemoragie bruscă și au bordurile ulcerației intro-pionate, denotă o formă benignă a epiteliomului. În general, bordurile ulcerației sunt ridicate, dure, violacee, și împrejurul ulcerației, pielea normală, ne ulcerată, are o culoare lividă. Fundul ulcerației este purulent, acoperit de burgeoni galbeni, cari sângerează la cel mai ușor contact. Uneori, la suprafața pielei sunt niște *pustule*, cari sunt datorite colonizației de celule canceroase, transportate de vasele sanguine și cari, ajungând în ramurile mici arteriale, le embolizează, dând aceste pustule. Invadarea pielei nu depinde de natura istologică a cancerului, căci ea se traduce atât în formele benigne, cât și în formele maligne.

Extensiunea în profunzime. În profunzime, invadarea neoplazică se traduce, mai întâiu, prin aderența tumoarei de aponevroza marelui pectoral și apoi, de aderența mușchiului însăși. După *Tillaux*, pentru a pune în evidență aceste aderențe, se procedează astfel: În cazurile mai puțin avansate, tumoarea este mobilă de planul muscular, când acești mușchi sunt relaxați; însă când sunt contractați, lucru pe care îl obținem punând pe bolnav să apropie cu putere brațul de corp, opunându-ne la această mișcare, constatăm că tumoara este fixată, prin aderențe solide. În cazurile mai avansate, tumoarea poate deveni absolut fixată de peretele toracic, din cauza invadării mușchilor pectorali și chiar a spațiilor intercostale sau coastelor. Aderențele la marele pectoral depinde de 3 factori: de durată, de topografie și de natura neoplasmului. Acești factori se combină, astfel că e foarte greu să faci un prognostic pe aceste aderențe; în urma rezultatelor date de statistici, rezultă că aderența la marele pectoral nu are importanță mare, în ceea ce privește prognosticul.

Aderența la peretele toracic este considerată ca un simptom de inoperabilitate, însă *Delbet* a avut un caz, în care a obținut o vindecare de 11 ani și 8 luni. Istologic, acest caz era cu celule clare și de aici concluzia, că în cazuri unde avem forme benigne cu infiltrație mare locală, nu trebuie să disperăm.

Adenopatia axilară. Pentru a explora dacă sunt sau nu metastaze ganglionare în axilă, întrebuițăm mâna dreaptă pentru axila stângă și mâna stângă pentru axila dreaptă. Ganglionii colaterali toracici sunt primii atinși de cancer și ei ocupă peretele intern al axilei, fiind așezați pe marele dințat, în șanțul ce-l formează acest mușchi cu bordul inferior al marelui pectoral. Examenul acestor ganglioni trebuie făcut cu grijă. Abundența țesutului adipos face palparea ganglionilor foarte grea, ceea ce nu trebuie să ne facă să negăm posibilitatea acestei adenopatii. Prezența în axilă a unuia sau mai multor ganglioni duri, mobili, înseamnă un indiciu de malignitate.

Mamita cromică și tubercolza mamară dau o adenopatie axilară, chiar mai voluminoasă decât cea dată de un cancer de aceleași dimensiuni. O adenopatie axilară nu înseamnă totdeauna că avem de a face cu o invadare de celule canceroase și această adenopatie necanceroasă este destul de frecventă, mai ales în formele benigne de cancer și deci, se poate spune, că o adenopatie axilară fără invadare canceroasă este un semn de benignitate, fără ca acest semn să aibă o valoare mare. Nici în cazurile unde nu este nici adenopatie clinică, nici istologic, nu sunt rezultate mai bune. În cazurile unde ganglionii axilari sunt invadați histologiceste, este greu să spui ceva precis, căci depinde de numărul ganglionilor invadați, de faptul dacă capsula ganglionară este integră, sau este invadat și țesutul grăsos periganglionar.

În ori ce caz, când sunt mulți ganglioni invadați, este un semn de gravitate.

Adenopatie supraclaviculară. Ganglionii supraclaviculari de asemenea trebuiesc căutați cu grijă. Invadarea acestor ganglioni se face sau direct și pot fi deci cazuri unde ganglionii axilari sunt indemni, iar cei supraclaviculari prinși, sau se face indirect, prin intermediul acelor axilari, deci o etapă

secundară a infecției ganglionare și atunci au semnificația unui prognostic foarte supărător.

Intre mușchii pectorali, ganglionii pot fi prinși, fără ca tumoarea să fie aderentă de perețele toracic, sau să infiltreze mușchiul pectoral. Prin faptul că acești ganglioni nu au loc fix, trebuie să se rezece mușchiul pectoral cu atenție.

Adenopatia încrucișată este foarte rară și arată un semn de malignitate.

Intr'o perioadă mai avansată, cancerul mai ales când se ulcerează, devine *dureros*. Durerile iradiază în brațul și umărul de aceeași parte. Durerile sunt insuportabile, nelăsând pe bolnav să doarmă. La început, cancerul nu e dureros și numai excepțional sunt cazuri, unde avem și acest simptom. In aceste cazuri, probabil că durerile sunt cauzate de invadarea nervilor și corpusculilor lactili.

In acest stadiu, survin complicațiile cele mai grave, „*flegmația alba dolens*“ a membrului superior și *faza de generalizare*. Sub cuvântul de generalizare, nu intră adenopatia regională. In privința *generalizării cancerului*, sunt două categorii: una, cea clasică, pe cale sanguină, și alta pe cale limfatică. Cea pe cale limfatică este susținută de *Handley*, însă argumentele sale nu sunt destul de puternice ca să convingă.

In ordinea frecvenței, *organele cu metastaze* sunt pleura și plămâni, în 50% după *Gross din Philadelphia*; apoi ficatul, și oasele. Dintre oase, coloana vertebrală și femurul sunt în special atinse. Localizarea la femur are un loc de elecție extern de precis, la baza trohanterului mare și se întinde orizontal ducând la fractura spontană între cele două trohantere. In faza de generalizare, starea bolnavului devine gravă, bolnava slăbește progresiv, până la starea scheletică, nu are poftă de mâncare, are dureri mari și nu poate dormi. Durata unui cancer mamar netratat este, în mediu, de 3 ani. Moartea survine, sau prin o complicație septică, sau prin prezența metastazelor din ficat sau plămâni.

Forme Clinice.

1. *Epiteliomul intracanalicular*. Această formă se găsește mai ales între 35—50 ani. Simptomul caracteristic este scurgerea unei serosități prin mamelon.

Tumoarea, în majoritatea cazurilor, este situată central, sub mamelon. De obicei, volumul acestei tumori nu depășește dimensiunile unui ou de găină. Are o consistență dură, rareori fluctuantă, și cu toată că aderă de țesutul din jur, ea nu trimite prelungiri în glandă și nu aderă de tegument. Uneori, pe pielea din jurul tumorii se văd pete echimotice. Ganglionii regionali nu sunt prinși. În stadiul acesta poate sta mult timp, având o evoluție lentă, de 10—12—15 ani. Însă, nu totdeauna are această evoluție lentă, ci brusc își poate schimba mersul, țesutul canceros trecând peste capsula conjunctivă și evoluând ca o tumoră din cele mai maligne.

2. *Epiteliomul atipic infiltrat*. Aceasta este forma ale cărei simptome le am descris. Această formă vulgară mai are câteva varietăți:

a) cancerul acut, numit și mastita carcinomatoasă, de către *Klotz* și *Volkman*. Această formă are o evoluție rapidă, se găsește mai ales la femeii tinere. Sânul crește în volum, fără să se poate distinge de vre-o tumoră, cu simptomele unei inflamații acute. Ganglionii sunt invadați foarte de timpuriu. Evoluția este foarte scurtă, dela câteva săptămâni (*Billrott*), până la câteva luni (*Klotz-Schmidt*), bolnavii murind adesea, prin generalizație viscerală.

b) Cancerul encefaloid. Și acesta are o evoluție rapidă, moartea putând veni în câteva luni; însă această formă este relativ destul de rară. Se numește encefaloid, din cauza asemănării între tumora ulcerată și substanța cerebrelă.

c) Cancerul schiros. Această formă are și ea mai multe varietăți.

Schirusul pustulos diseminat, în care pielea și țesutul celular subcutanat sunt invadate de noduli mici canceroși secundari. *Velpeau* a asemănat acești noduli cu o erupție de pustule. Această formă este gravă.

Schirusul în chiurase este datorit unei întinse infecțiuni neoplazice a pielii și a peretelui toracic. Pielea toracelui poate fi așa de invadată, și pe o întindere atât de mare, încât să semene cu o „quirase“, dând jenă respiratorie și dureri, bolnavii murind prin asfixie, din cauza generalizării pulmonare.

Schirusul atrofic, în care, după cum am spus, predomină țesutul conjunctiv și maschează aproape complet elementele epiteliale. Glanda se deformează, se încrețește și mamelonul este retractat. Tumoarea are dimensiuni mici și aderențe de piele și planurile profunde. În general, are o evoluție lungă, fără a altera starea generală a bolnavului; se întâlnește mai ales la femei în vârstă.

Cancerul sânului la bărbați, după cum am spus, este aproape excepțional. Cancerul mamar primitiv la bărbați prezintă absolut aceleași caractere anatomice și clinice ca și la femei. Forma cea mai frecventă a cancerului mamar la bărbați însă, este epiteliomul intracanalicular. Aceasta se poate explica prin faptul că, la bărbat, numai canalele galactofore sunt mai bine dezvoltate, pe când acinii glandularii aproape nu există.

Diagnosticul radiologic al cancerului mamelei.

În afară de diagnosticul clinic și histologic, se mai poate face și un diagnostic radiologic. Pentru a ne da seama de aspectul radiologic al cancerului mamelei, să vedem cum se prezintă, pe o placă radiografică, o mamelă normală.

Mamela normală se prezintă ca o umbră semilunară, atașată de peretele toracic. Această umbră se disociază într'o serie de alveole, de mărimi diferite și cu contururi neregulate, corespunzătoare lobilor glandulari, iar periferic sunt umbre mai puțin intense, cari corespund lamelor grăsoase. Între alveole, se găsesc umbre liniare, de densitate diferită, cari corespund tractusurilor fibroase. La persoanele cu țesutul celular adipos dezvoltat și la cele cu țesutul glandular atrofiat, alveolele de grăsime sunt mai mari și mai numeroase și tractusurile fibroase se văd mai distinct. Înapoia glandei între ea și mușchiul pectoral mare, este de asemenea o zonă lineară, clară, care este ocupată de țesut celular adipos formând spațiul retromamar, iar înapoia acestui spațiu, mușchiul pectoral se proiectează ca o bandă densă. În timpul menstruației, în graviditate și mai ales în lactație, glanda mamară își schimbă aspectul radiologic, devenind mai mare, mai turgescență, umbra pe care o dă este mai densă, iar structura alveolară mai ștearsă.

Reimann și Seabold au găsit că turgescența glandei mamară începe cu 7 zile înainte de menstruație și durează în total 14 zile, iar formațiunile benigne, chiste, adenofibroame, urmează aceleași modificări de volum. *Formațiunile tumorale* situate în glandă se deosebesc de restul structural al glandei prin aceea că au dimensiuni variabile și o opacitate mai mare. Formațiunile benigne, chistele și adenofibroamele,

au caracteristic regularitatea marginilor tumorale și delimitarea lor netă. Însă formațiunile maligne sunt caracterizate prin faptul că au conturul tumoral neregulat și dela această neformațiune pleacă prelungiri infiltrative neregulate, într'una sau mai multe direcții, dându-i un aspect stelat și având o direcție, sau anterioară, spre mamelon, sau posterioară, spre spațiul retromamar. Spațiul retromamar rămâne liber în afecțiunile inflamatorii, în neformațiunile benigne, precum și în tumorile maligne, atâta timp cât procesul tumoral a rămas cantonat la glande; când difuzează în regiunile vecine, în primul rând în mușchiul pectoral, spațiul retromamar este umbrat în parte, din cauza prelungirilor neoplazice, având aceeași densitate ca tumoara însăși. Când aceste prelungiri sunt în număr mai mare, glanda și clinicește își pierde mobilitatea și deci și clinic, și radiologic cancerul devine inoperabil. Sunt însă cazuri, când, numărul acestor prelungiri este mai mic și clinic nu se poate simți căci glanda nu și-a pierdut mobilitatea, însă radiologic acest cancer este inoperabil; *deci, printr'un examen radiologic, putem diagnostica un cancer inoperabil, înainte ca să putem pune acest diagnostic clinic.*

Diagnostic diferențial.

În general nimic nu este mai ușor de diagnosticat decât cancerul mamei; sunt totuși cazuri, când dificultățile sunt foarte mari și uneori chiar de neînving.

a) Primul diagnostic diferențial ce trebuie făcut, este cu *mamita cronică*. Diagnosticul diferențial îl facem, palpând sânul dinainte înapoi, apăsând cu palma pe peretele toracic; de obicei tumoarea dispăre. În cazul când grăunțele de mamită sunt coerente, formează o placă cu suprafață granulată, de o consistență fermă, dar regulată și păstrează în ansamblu o coerență suplă. Această placă nu este circumscrisă, ca un adenom, nici nu are difuziunea cancerului. Dacă tumoarea e mică, nu necesită amputația sânelui. Uneori, este un chist, care nu ne împiedică să facem această amputație. În cazuri de transformare a mamei în cancer, diagnosticul este foarte greu și nu trebuie să facem erori, lăsând aceste cazuri neoperabile; astăzi se știe că, un epiteliu de mamită cronică are o tendință de a se transforma în cancer, mai mare decât epitelul normal.

b) Cu *tumorile adenoconjunctive* (adeno-fibrom, adeno-sarcom, tumori mixte), aceste însă sunt bine încapsulate, nu sunt dureroase, nu aderă de piele, și nici ganglionii regionali nu sunt prinși. Cu toate acestea, când suntem în fața unei femei în preajma menopauzei, ori ce tumoră, cât de bine încapsulată, trebuie supravegheată cu grijă, pentru că foarte ușor poate degenera.

c) *Adenomele mamare pot fi luate drept cancer*. Se va extirpa și se va face examen histologic cu atenție mai ales la adenomele vechi, cari degenerază, mai ales în porțiunea lor profundă.

d) *Cu chistele*. Aceste chiste sunt și ele încapsulate și se pot confunda cu epiteliomul intra canalicular. În caz că este

un galactocel, atunci apare în timpul lactației, sau în momentul ablactației și dacă facem o presiune pe tumoră, se scurge prin mamelon un lichid lactescent, sau dacă nu, facem puncție exploratorie. De asemenea se face puncție în chisturile solitare.

e) În caz că tumora sânului e ulcerată, trebuiește deosebită de *gomele sifilitice*, mai ales, și de *ulcerațiile tuberculoase*. Ulcerațiile tuberculoase au o formă caracteristică și se confundă foarte greu. Pentru diagnosticul diferențial cu sifilisul, facem analiza sângelui, biopsia, și la rigoare tratamentul de probă.

Diagnosticul formelor clinice al epiteliomului infiltrativ se va face ușor, dacă vom ține seamă de simptomele și descripția de mai înainte; diagnosticul mastitei carcinomatoase se face mai greu, însă bilateralitatea, invadarea ganglionară relativă, prinderea sânului în masă, ulcerația rapidă permite să se recunoască adeseori. Numai biopsia este singura care ne dă cheia diagnosticului.



Prognostic.

Prognosticul în cancerul mamei este foarte greu, căci trebuie luate în considerare mai multe lucruri; prognosticul depinde de o parte de varietate histologică, și de altă parte de invadarea țesuturilor perimamare, starea ganglionară sau de generalizare. Înainte ajunsese clasică concepția că tumorile mici, dure, schirusul de formă atrofică, sunt totdeauna benigne și tumorile mari, moi, sunt de o extremă malignitate. După observația această clinică, s'a trecut la anatomia patologică, zicându-se că țesutul conjunctiv luptă contra țesutului epitelial, dar s'a observat că rețracția acestor tumori era datorită mai mult desvoltării țesutului elastic. Astăzi nu mai are valoare observația veche și nu trebuie considerată nici duritatea, nici rețracția, ca un gaj de benignitate. Moliciunea tumorilor are o însemnătate mai obișnuită de gravitate, însă nici în acest sens nu trebuie exagerat. Uneori, tumorile canceroase prezintă zone fluctuente, cari pot fi de natură diferită, zone de ramoliție, chiste sau pseudochiste, hemactice mai ales. În cazul pseudo-chistelor hemactice, prognosticul este grav.

Mastita carcinomatoasă dublă, descrisă de *Klotz*, are un prognostic foarte grav, considerând evoluția sa malignă, ce se termină în câteva luni cu moartea.

În cancerile de sân, supraviețuirile de lungă durată sunt extrem de rare, pentru că adesea sunt însoțite sau urmate de generalizare, terminându-se cu moartea prin cașexie. În cazuri de recidivă postoperatorie a cancerului mamar unilateral, cu apariția unei tumori secundare în celalalt sân, prognosticul se agravează.

Delbet a împărțit, pe baza istologică, cancerul sânelui, din punct de vedere al prognosticului, în: forme maligne, forme benigne și forme cu prognostic nesigur.

1. *Formele maligne* cuprind epiteliomele megacelulare, cu celule independente și epiteliomele hemofile.

Epiteliomele megacelulare au o evoluție rapidă și o malignitate absolută; invadarea ganglionilor este constantă, și precoce, deci epiteliomele megacelulare sunt limfofile.

Epiteliomele cu celule independente sunt maligne, fără să se știe cauza malignității. Malignitatea ar fi datorită, sau lipsei de coerență și astfel ar fi duse de curentul limfatic, sau sunt capabile să se miște singure.

De asemenea, epiteliomele hemofile au prognostic grav, bolnavii nu supraviețuiesc peste 4 ani. Gravitatea ar fi datorită invadării vasculare și numai în cazul când tumoarea are și celule secretante, timpul de supraviețuire se mărește peste 4 ani.

2. *Formele benigne* cuprind epiteliomele cu celule secretante, cu celule clare, și cele pavimetoase.

Epiteliomele cu celule secretante au un caracter de benignitate. În cazurile unde cancerul este pur secretant, după operație dă o supraviețuire de lungă durată, cea mai scurtă fiind de 5 ani. Caracterile evolutive particulare epiteliomelor secretante sunt: slaba toxicitate, încetineala evoluției și mica tendință de invadare ganglionară și de generalizare. Această benignitate însă dispare, când se atașează celulelor caracterul hemofilic.

Epiteliomele cu celule clare sunt de o extraordinară benignitate, însă sunt foarte rari în raport cu celalalte forme. Clinic, aceste două din urmă forme, nu au caracter benign, căci extensia locală a tumoarei poate fi considerabilă și să prezinte o adenopatie, fără să fie o invadare cu celule neoplazice a ganglionilor.

Epiteliomele de tip pavimentos sunt rare și se clasează deocamdată printre cancerile benigne.

3. *Forme cu prognostic nesigur.* Epiteliomele dendritice (intracaniculare), pentru că dau un simptom precoce — hemoragia prin mamelon — atrag atenția bolnavului și astfel se face operația precoce. De aci s'a tras concluzia că ar avea o evoluție benignă; însă uneori acest simptom lipsește și tumoarea nu e depistată la început și poate duce aproape in-

evitabil la o invadare vasculară, din cauza fragilității particulare a vaselor, de unde evoluția malignă a acestei forme.

Epiteliomele polimorfe mamare nu permit nic un prognostic. Printre epiteliomele tubo-cilindrice, formele net tubulate sau poli-adenomatoase sunt cele mai puțin maligne. Apoi mai sunt epiteliomele cărora nu le putem preciza caracterul și deci nu le putem plasa; tot deodată acestea se comportă ca evoluție, foarte neregulat.

Deci, în rezumat, epiteliomele secretante formează marea bloc al formelor benigne. Epiteliomele cu celule clare sunt cele mai benigne, însă sunt mult mai rare. Epiteliomele pavimentoase de asemenea sunt rari, însă par a avea o oarecare benignitate.

De altă parte, epiteliomele hemofile formează marea bloc al epiteliomelor maligne, apoi vin cele cu celule independente și epiteliomele megacelulare.



VII. Tratament.

A) **Tratament chirurgical.**

Indicațiunii operatorii. Indicațiile operatorii se deosebesc de la chirurg la chirurg, așa că nici astăzi nu este o regulă precisă. În orice caz și în stările precanceroase trebuie făcută o operație largă, adică o extirpare totală. După autorii germani, când carcinomul este bine localizat, fără metastaze regionale și este operat de timpuriu, dă speranțe; rezultatele însă scad cu 50% în cazul că tumoarea crește cu pielea sau dacă ganglionii sunt măriți. Rezultatele sunt și mai rele, dacă tumoarea aderă de planurile profunde, iar în cazul când țesutul tumoral invadează spațiile perilimfatică sau plexul nervos al vaselor, nu ai putea avea speranță.

Clasic, limita operabilității cancerului mamar este clavicula, dar prin faptul că Monrad a găsit o cale limfatică, care merge direct de la mamele la ganglionii supraclaviculari, nu se poate spune că adenopatia supraclaviculară indică o evoluție prea avansată, ca să nu fie posibilă operația. Din contră, ne poate aduce servicii ablația acestor ganglioni, în același timp cu amputația mamelei.

De asemenea, când un cancer al sânului este aderent de peretele toracic, se consideră inoperabil; cu toate acestea, **Delbet** a operat aceste cazuri, dându-le o supraviețuire foarte lungă și părerea lui este să nu se considere inoperabile, argumentând că, tumori mici prezentându-se în condițiuni excelente de operabilitate, după operație largă dau recidive rapide și moarte în termen scurt. Acestea sunt cancerurile de tip istologic malign. Altora canceroși, declarați clinic incurabili și cari prezintă o tumoră de tip istologic benign, li se poate prelungi viața, sau se poate obține vindecare prin operație.

De asemenea, **Pels-Leusdens** e de părere ca limitele indicației operatorie să nu fie prea strâmte; cancerul e considerat ca malign, bolnavii nu știu acest lucru și toată speranța lor este în mâna chirurgului, deci nu trebuie să le îndepărtăm această speranță.

Cum să ne comportăm deci practic, în fața unui cancer al mamei? Unele simptome pot să dea o presupunere, dar sunt vagi și nu se găsesc totdeauna, ca să ne bazăm pe ele. În formele pustuloase, operația dă rezultate lamentabile

Delbet e de părere că, pentru a face un prognostic, e bine să se facă o biopsie largă, — cu toate că unii sunt de părere că modifică evoluția în rău. — În cazurile unde avem de a face cu o generalizare, nu este permisă operația, dar în cazurile unde avem o extensie locală, cu aderențe de peretele toracic, e bine să se facă o biopsie largă și dacă examenul istologic arată un cancer cu celule clare, sau un epiteliom, pavimentos sau secretant, trebuie operat, chiar dacă cazul este disperat.

Technica operatorie. Pentru ca operația de cancer al mamei să fie bine făcută, trebuie ca exereza să fie largă și bine condusă.

Cele mai frecvente recidive sunt cele locale, în vecinătatea cicatricei, de aceea astăzi s'a ajuns la sacrificarea unei porțiuni cât mai întinse a tegumentului, a țesutului celular adipos perimamar și de asemenea, a aponevrozei de acoperire.

În jos și înainte, trebuie să se meargă până la marele drept al abdomenului, iar înapoi trebuie disecat marele dințat, lucru destul de greu, căci aci țesutul celular este foarte aderent.

Pentru prevenirea recidivelor interpectorale, trebuie sacrificat marele pectoral cât mai sus, până la apofiza coronoidă, printrucă situația ganglionilor este de multe ori foarte sus și calea limfatică supraclaviculară poate trece între cei doi pectorali.

Rotter zice ca să se scoată porțiunea sternală a pectoralului mare și mic, căci sunt deseori prinse de ganglionii.

Willi Meyer și Halsted recomandă o extirpare mare a țesutului grăsos perimamar.

Pe când majoritatea autorilor sunt pentru scoaterea ambilor pectorali, Delbet zice că rezecția marelui pectoral nu e recomandată de nici o noțiune de anatomie normală sau patologică, pentru că ramurile perforante ale lanțului mamar intern sunt situate la un cm. sau $1\frac{1}{2}$ cm. de bordul sternului și astfel se pot găsi, fără a leza fascicolul costal al acestui mușchi. În ceea ce privește calea limfatică supraclaviculară directă, Monrad nu a văzut-o traversând, nici marele, nici micul pectoral. Bine înțeles că, atunci când tumoarea aderă de mușchi, trebuie sacrificată.

În curățirea axilei de ganglioni, este pericolul de a leza vena axilară, de aceea curățirea ganglionilor să se facă după o prealabilă izolare a acestei vene.

Conduita generală a unei operații de mamele constă în: eliminarea glandei mamare în întregime, împreună cu țesutul grăsos și pielea învecinată; extirparea porțiunii sternale a pectoralului mare și a micului pectoral; evidarea axilei și a fosei subclaviculare în bloc.

Operația se face sub anestezie generală și numai în cazurile unde este contraindicată aceasta, se face cu anestezie locală, după **Braun**.

Operația cea mai obișnuită astăzi este cea a lui **Halsted**, a cărui tehnică a fost adoptată de majoritatea chirurgilor, cu oarecari modificări. Halsted crede în principiu că, curățirea fosei supraclaviculară nu este necesară. Pielea mamelei se încizează sub formă de elipsă alungită în partea superioară, înconjurând mamela. Dela partea superioară se duce o incizie până la claviculă și una mai scurtă, dela marginea inferioară, care uneori e dispensabilă. Incizia odată făcută, se prepară pielea de țesutul grăsos subepidemic, care se lasă pe glandă. Lamboul superior se desface până la claviculă, cel mijlociu până la stern, cel inferior până la $\frac{1}{3}$ superioară a dreptului abdominal, iar cel lateral, până la marginea anterioară a marelui dorsal. Apoi se încizează, dela inserțiile lor, cei doi pectorali și se scot, în bloc, cu glanda mamară. După a-

ceasta, se procedează la curățirea cavității axilare. După curățirea axilei, lambourile se suturează în felul următor: incizia superioară se coaptează simplu; lamboul superior se plasează peste vasele axilare, suturându-se în așa fel, ca să se formeze o cavitate axilară înaltă, pentru a permite mișcările normale ale brațului. Lambourile infero-intern și lateral se unesc, fără să se întrebuinteze tracțiune mare, iar locul rămas neacoperit se acoperă cu lambourile **Tiersch**.

Afară de această metodă de operație obișnuită, se face un număr mare de incizii cari în parte au de scop o oprire imediată a căilor limfatice, sau îndepărtarea ganglionilor supraclaviculari, sau scop cosmetic, de acoperirea al defectului de piele.

Incizia lui **Kocher** începe la mijlocul claviculei, ceva mai intern de foseta lui Mohrenheim și se îndreaptă către plica anterioară axilară; înconjură mamela dela partea sa inferioară până ajunge la mijlocul sternului și apoi se întoarce, înconjurând bordura superioară a mamelei, terminându-se pe marginea dorsalului mare. Avantajul acestei incizii este că permite, dela prima jumătate a inciziei, prin tăierea inserțiilor pectoralului, să blocheze calea limfatică și să se curățească axila, până la claviculă, împiedcând astfel propagarea infecției.

Incizia lui **Karl Beck** este recomandată foarte mult de **Pels-Leusden**, care permite dela început o acoperire simplă și plastică a unei defect mare de piele. Incizia se face în forma de patrat, în jurul mamelei. Latura internă a patratului se prelungeste în sus și în jos, cu aproximativ 7—8 cm. Latura externă se prelungeste de asemenea în jos, cu 7—8 cm.; iar în sus, din colțul extern al patratului, se face o incizie pe marginea pectoralului, până la inserția acestui mușchiu pe umerus. Lambourile se prepară până la mușchiu și apoi se restrâng, având astfel o privire coplectă asupra câmpului de operație. După curățire, sutura se face apropiind, fără să se forțeze, lamboul superior cu cel inferior și dacă nu se reușește se mai prelungesc inciziile inferioare.

Sunt două procedee, ale lui **Tansini și von Czirer**, cari au un principiu comun, adică să îndepărteze lamboul de piele sub care se duc vasele limfatice superficiale spre axilă, de aceea trebuiesc ocolite cu cuțitul, pentru ca celulele canceroase să nu pătrunde în profunzime.

Incizia lui Tansini este ovalară largă, cu vârful până la granița periferică a axilei. Tansini extirpă în bloc pielea, glanda mamară, amândoi pectoralii și masa grăsoasă a cavității axilare. După operație, rămâne un defect mare ce se acopere imediat cu un lambou ce cuprinde, în afară de piele, și mușchiul dorsalul mare. Lamboul se trage cu mușchiul, ca să se aducă cu el și arterele nutritoare ale acestui lambou: artera circumflexă posterioară și scapulară inferioară; dacă lamboul ar fi format numai din piele, s'ar necroza. Mărimea lamboului depinde de mărimea defectului, și trebuie să aibă o formă ovalară lunguiată și o direcție oblică de sus în jos, către linia mijlocie a spatelui. Marginea anterioară a părții libere a lamboului pleacă dela polul distal al plăgii axilare și se poate sutura cu marginea anterioară a defectului. În spate, de obicei, rămâne un mic loc, ce se acopere cu plastie **Tirsch**.

Incizia lui von Czirer are trei linii, ce le voi descrie pe rând. Prima linie este scurtă și are forma unui arc cu convexitatea în jos, începând dela inserția marei pectoral pe umerus, trece cam cu un deget pe dedesubtul spațiului delto pectoral, către fosa subclaviculară. Punctul inferior al inciziei se găsește la nivelul marginii superioare a cavității axilare. A doua linie începe dela prima, de unde aceasta părăsește marele pectoral, trece ca un arc deschis înainte, prin porțiunea anterioară a fosei axilare și înconjoară partea laterală și inferioară a mamelei, ca să se sfârșească la jumătatea distanței dintre mamelă și rebordul costal. Linia treia începe dela prima linie, cam două degete înăuntrul celei de a doua, și înconjoară ca un S curbat ușor, partea superioară și internă a mamelei, terminându-se în același loc cu linia doua, formând cu ea un unghiu ascuțit.

La clinica din Cluj se întrebuițează procedeul **Tirsch-Legueu-Bălăcescu**. Procedeul Bălăcescu se compune din cinci timpi:

1. O parte din incizia cutanată și punerea în evidență a tendonului marelui pectoral.
2. Secționarea tendoanelor mușchilor pectorali și punerea în evidență a axilei.
3. Evidarea axilei.
4. Restul inciziei cutanate.
5. Reunirea plăgii. Autoplastia.

Pentru a face plastia locurilor rămase neacoperite de piele după operație, unii chirurghi recomandă o autoplastie a mamelei sănătoase, prin aducerea unui lambou dreptunghiular din aceasta. Aceasta autoplastie cu mamelele sănătoase, se face mai ales unde este nevoie de rezecția peretelui toracic și deci, trebuie o acoperire imediată a defectului rămas.

Peyer face o incizie înconjurând mamelele sănătoase într'un lamboc, a cărui bază este îndreptată în sus și înăuntru. **Sauerbruch** face această acoperire, întrebuițând în același timp și pneumotorace, ca să nu se lezeze plămânii. Ca să se facă o închidere ermetică, trebuie să se sutureze minuțios țesutul grăsos al lamboului. Această autoplastie, de foarte multeori, nu reușește și **Heidenhain** a dat, la 1911, o metodă de autoplastie, prin întrebuițarea unui lambou din pielea părții laterale a abdomenului. Aceasta are avantajul că se vindecă mai ușor, evitând gangrena, și rezultatul cosmetic e mai bun; dispare de asemenea senzația de tracțiune de pe torace și se pot acoperi goluri mari, în așa fel ca, în cazuri de recidive să se mai poate interveni printr'o operație paleativă. Lamboul abdominal se taie după mărimea golului și se păstrează țesutul adipos.

Uneori, este nevoie să se facă și evidarea ganglionilor supraclaviculari. Această evidare se face preventiv adică în cazul când ganglionii supraclaviculari nu sunt palpabili și curativ, când aceștia sunt clinic invadați. De asemenea, operația aceasta se poate face în același timp cu

amputația sânelui și în acest caz se face o incizie supraclaviculară, pornind dela cartilajul tiroid, pe partea mijlocie a mușchiului sterno-cleido-mastodian ce traversează clavicula, la $1\frac{1}{2}$ cm. de extremitatea sa internă, apoi se unește cu incizia subclaviculară. Evidarea ganglionilor se face după desarticularea claviculei și după operație, clavicula se pune la locul său, fixându-se cu câteva fire de sutură.

Evidarea ganglionilor supraclaviculari se poate face și după un oarecare timp dela operația de ablație a mamelei. În acest caz, incizia e formată din două linii: una verticală, situată pe marginea externă a mușchiului sterno-cleido-mastodian, începând dela claviculă, iar în sus, merge pe o distanță mai mică sau mai mare după nevoie. A doua linie pleacă dela extremitatea inferioară a primei și merge orizontal pe marginea superioară a claviculei, până la inserția trapezului. Se formează un labou triunghiular care se disecă, păstrându-se în el mușchiul pielos; apoi se face cu grijă evidarea ganglionilor, până dedesubtul claviculei, ajungând în apropierea imediată a confluenței jugulo-subclaviculare. Operația în sine nu e grea, însă, uneori, dă un accident particular, dar fără importanță, limforagia, care se întâmplă în urma lezării marelui vene limfatice, sau a canalului toracic, sau când legăturile vaselor limfatice nu sunt bine făcute.

Tratamentul recidivelor se face la fel cu tratamentul cancerului primitiv.

B) **Tratamentul radioterapic.**

Chirurgia rămâne tratamentul de elecție, totuși și cu röntgenul și radiul se poate contribui la tratamentul cancerului sânelui, fără să fie precizată tehnica. Cancerul sânelui poate beneficia de acest tratament, în ori ce perioadă a evoluției sale, într'o măsură mai mult sau mai puțin largă și pentru o durată mai mult sau mai puțin lungă. Este bine a face tratament radioterapic după intervenția operatorie, căci Röntgenterapia nu are influență numai asupra nodulilor intradermici de recidivă și asu-

pra ulceratiunilor întinse, dar și asupra focarelor de recidivă, situate mai în profunzime și cari scapă palpației și bisturiului chirurgului (Bécler).

Iradieria preoperatorie are astăzi un număr de partizani, ca școala **Auschnitz**, școala dela Stockholm și alți mulți chirurși și radiologi din America de Nord, însă teama este că, iradierea preoperatorie să nu împiedice bunul mers al operației chirurgicale. Însă radioterapia preventivă este susceptibilă de a face să regreseze unele tumori inoperabile, aducându-le în stadiul de operabilitate. **Zimmern** este de părere că, în stadiul I se poate face iradierea preoperatorie, fără să fie obligatorie. În stadiul II însă, această iradiere este indicată și aici se preferă doze mijlocii, aplicate în ședințe repetate, la intervale crescânde.

Radioterapia exclusivă are puțini partizani **Wintz**, **Doderlein**, **Kenyes**. Acest tratament trebuie să facă, pe cât se poate, în ședințe zilnice și într'un timp relativ scurt. Unii asociază röntgenul cu radium. Dacă supraviețuirea în urma acestui tratament nu este așa lungă, este interesant de notat că, în 80% din cazuri, dă o mare ameliorare a semnelor funcționale, în special a durerilor. Important este că, metastazele osoase în urma cancerului mamelei se tratează, cu mare succes, prin radioterapie și astăzi nu mai pot fi considerate cazuri disperate.

Radioterapia postoperatorie. Dificultatea mare constă în faptul că, nu s'a putut stabili dela început doza de raze care trebuie întrebuințată în tratamentul postoperator al cancerului mamelei și de aceea, unele păreri, că acest tratament ar fi nociv; păreri bazate pe statistice. Bécler, în urma studiilor sale, ajunge la concluzia că, să nu se întrebuințeze o radiație intensivă a câmpului operator cu doze pretinse cancericide; procedeul trebuie abandonat și prohibit; ședințele trebuiesc repetate și dozele moderate, procedeu care nu este dăunător și după statisticele germane, olandeze, și suedeze dă rezultate favorabile.

Ceea ce arată Bécler mai important ar fi expunerea la raze imediat după operație, a regiunii supraclavicula-

re, regiune care conține, prin ganglionii săi, ultima barieră a evadării profunde a cancerului mamei și care e aproape totdeauna respectată de chirurg. Iradierea acestei regiuni trebuie făcută, chiar dacă nu prezintă nimic anormal

Roussy și Laborde vin să întărească părerea lui Bécler, indicând tratamentul întrebuițat de el pe 14 bolnavi cari n'au făcut recidive, grație acestui tratament. Ei indică începutul radioterapiei penetrante, după 3—4 săptămâni dela intervenție, cu aparate de 200.000 volți, 5 miliamperi intensitate; distanța între anticatod și piele 40 cm. și având ca filtru 0,5 mm. zinc + 2 mm. aluminium.

Iradiația să se facă pe tot hemitoracele operat prin 3—4 porți; una supraclaviculară, alta axilară, și a treia (eventual și a 4-a), în regiunea toracică anterioară: dela axilă până la mijlocul sternului și dela claviculă la limita inferioară a cicatricii. Doza de raze este de 4,500 R. pentru fiecare parte și într-o ședință să nu se facă mai mult de 1,000 R. In urma acestui tratament, Roussy și Laborde au impresia că bolnavii tratați sunt scutiți de recidivă precoce ganglionară sau viscerală.

Deci indicația radioterapiei postoperatorie este astăzi rezolvată în sens pozitiv, însă, pentru a avea rezultate bune, se întrebuițează doze moderate, spațiate, și periodice, căci dozele masive și pe timp scurt produc o slăbire generală și diminuarea reacțiunilor de apărare locală și generală. Dozele masive ar distruge stroma conjunctivă, care are avea și ea un rol în formarea cancerului.

C) **Tratamentul medical.**

Tratamentul medical poate să aducă serviciu, când este asociat cu celelalte metode de tratament. S'a administrat diferite substanțe ca: arsenicul, acidul chlorhidric, condurango, magneziul și metale coloidale. Tratamentul medical pur a dat rezultate nule. Deasemenea, s'a experimentat un mare număr de seruri anticanceroase, iarăși fără rezultat.

VIII. Observații Clinice.

Expunerea câtorva cazuri ne va face să înțelegem starea în care bolnavii se prezintă la clinică și rezultatul care s'a putut obține.

Obs. I. L. D. 43 ani, casnică. S'a prezentat la clinică la 21 III. 1923, pentru o tumoră la nivelul hemitoracelui drept.

Antecedentele heredocolaterale: nimic important.

Antecedentele personale: în 1910 a suferit de o criză de nervi și a stat în sanatoriu 3 luni. De atunci a rămas bolnavicioasă, cu un rinichi mobil, care a fost fixat prin operație, în 1912.

Boala actuală. În toamna anului 1921, bolnava a observat un nodul, de mărimea unei alune, în mamela dreapta. În Martie 1922, a fost operată la Sighișoara, extirpându-i se mamela dreaptă. De 4 săptămâni, a observat că-i apare un nodul, pe fața anterioară a hemitoracelui drept, cam în dreptul coastei a doua, precum și un ganglion supraclavicular dr.

Examenul general. La aparatul respirator, ușoară submatitate, la ambele vârfuri. La cord, sgomotele surde. Reacția Wassermann, negativă.

Examen local: se constată o cicatrice operatoare, care pornește din treimea superioară a brațului drept, pe marginea anterioară a axilei, până la apendicele xifoid. Culoarea cicatricii este roșie, cicatricea este ușor sensibilă la palpare. Cam la două degete la dreapta apendicelui xifoid, se constată, în cicatrice, un nodul de mărimea unui sămbure de cireășă, dur, mobil pe straturile profunde, aderent de cicatrice, ușor sensibil la palpare. La nivelul coastei a III-a drepte, în linia medioclaviculară, se constată o pată de culoare roșie vineție, cu o ușoară proeminență, — se palpează un nodul de mărimea unei alune, aderent de tegumente, puțin mobil pe stratu-

rile profunde, dureros la palpare. În dreapta lui, cu două degete și puțin mai jos de cel precedent, un alt nodul identic, dar de mărimea unui sămbure de cireșă. La mijlocul claviculei, imediat deasupra ei, în triunghiul supraclavicular drept, se palpează un ganglion, ceva mai mare, ca un bob de fasole, mobil, deplasabil.

Se face intervenția operatorie: 1. evitarea ganglionară în axila stângă; 2. evidarea ganglionilor supraclaviculari drept; 3. extirparea tumorilor locale. La 14 IV. 1923, bolnava părăsește serviciul, vindecată, urmând a face o cură radioterapică. Controlată în 1935, bolnava se găsește în perfectă stare de sănătate.

Obs. II. M. M., 45 ani, sora de ocrotire. Intră în clinică la 3. VI. 1926, unde i-se pune diagnostic de epiteliom al mamei stângi.

Antecedentele heredocolaterale: nimic important.

Antecedentele personale: în ultimul timp, prezintă menstruație neregulată.

Boala actuală: înainte cu un an, a debutat în mod lent, cu senzație de înțepătură, localizată la nivelul sânului stâng; la câteva săptămâni după aceea, observă aparițiunea unei tumorete, de mărimea unei alune, care s'a dezvoltat treptat, învadând sânul. Consultând un doctor, acesta îi prescrie o aliție iodată, fără vre-un rezultat. Mai târziu, consultând un alt doctor, acesta îi recomandă operație. În timpul din urmă, tumoarea s'a ulcerat, iar bolnava a slăbit foarte mult, din cauză că este lipsită complet de poftă de mâncare și din cauza durerilor, adesea foarte accentuate, în epigastru. Aceste dureri sunt în legătură cu alimentația și însoțite de vărsături. Se prezintă la clinica medicală, de unde se transpune la clinica chirurgicală, pentru intervenție.

Examenul local. La inspecție: sânul stâng tumefiat. Aceasta tumefacțiune se întinde în sus, până în regiunea axilară corespondentă. Deasupra și ceva înafara mamelonului, se constată prezența unei ulcerăriuni, de mărimea unei piese de 2 lei, cu margini neregulate, cu un fond burjonat și murdar. La palpare: tumoarea prezintă o duritate foarte pronunțată, este prinsă de planurile profunde (mușchiul pectoral

este absolut nedureros). Ganglionii axilari corespondenți, măriti de volum, formând un bloc puternic. Ganglionii supraclaviculari, oarecum prinși.

Examenul general. La aparatul respirator, subnititate asupra ambelor vârfuri pulmonare, cu respirație înăspriță, mai ales asupra celui drept. La cord, sgomotele mai surde. Reacția Wassermann negativă. Se intervine la 5. VI. 1926, extirpându-se mamela și ganglionii axilari. Se face anestezie locală cu Novocaină. La 12. VI. 1926, bolnava părăsește serviciul, vindecată. La ancheta noastră, bolnava răspunde că este perfect sănătoasă.

Obs. III. R. A. 36 ani. Casnică. Intră la clinică în 12. XII. 1928, unde i-se pune diagnosticul de epiteliom al mamelei drepte și mastită cronică stângă.

Antecedentele heredocolaterale: o soră moartă, înainte cu un an, de neoplasm al uterului, iar o alta soră, moartă la etatea de 19 ani, fără să știe de ce boală.

Antecedentele personale: La etatea de 22 ani, a suferit de o indurație vârfurilor pulmonare și pleurezie uscată. N'a avut nașteri, nici avorturi.

Boala actuală: datează din luna Martie 1927. A debutat în mod insidios, fără ca bolnava să simte nici o jenă; întâmplător, a observat un nodul de consistență ceva mai dură, localizat în interiorul mamelei drepte. Prezentându-se la spitalul de femei, i-se face biopsie și se trimete la examinare. După obținerea rezultatului, i-se face operație, în ziua de 23 Iunie 1928. După operație, bolnava începe să simtă dureri în partea internă a brațului drept și umărul drept. Aceste dureri erau aproape continue și se accentuau mereu. Pentru aceasta, i-se propune a face tratament cu quarț, supunându-se la 15 ședințe. Bolnava nu simte nici o ameliorare. În acest timp, durerile devin tot mai accentuate și se localizează în locul operației, având iradieri în spre torace și brațul drept. Cu aceste fenomene, intră în clinica chirurgicală.

Examenul local: la inspecția regiunii mamare drepte, se constată o cicatrice operatorie, cu traect oblic în sus și în afară, lungă de 8—10 cm., care se oprește la linia axilară anterioară, unde pectoralul mare părăsește toracele. Lipsește

glanda mamară din această parte, axila își are însă aspectul obișnuit, cu păretele anterior păstrat și cu o escavație mai puțin pronunțată. La palpare, în această parte, se constată existența pectoralilor, iar în axilă se palpează grupele ganglionare voluminoase; grupul toracic și axilar central, cu țesutul celular din jurul lor, infiltrat. La inspecția mamelei stângi, nimic deosebit, la palpare se simte însă foarte bine o tumoră difuză, așezată transversal, în ambele sectoare inferioare ale mamelei; tumoarea este dură și se pierde în țesuturile vecine, fără limite precise. Ganglionii axilari sunt palpabili.

Examenul general. Starea generală bună, la aparatul respirator o submatitate, la percuția vârfurilor pulmonare. La cord, ficat și splină nimic important. Reacția Wassermann negativă.

La 20. XII. 1928, se intervine chirurgical. La mamela dreaptă, se face completarea amputației mamelei, după procedeul lui Halsted și evidarea ganglionilor axilari. Apoi se închide plaga, punându-se un tub de drenaj. La mamela stângă, se face o incizie dedesuptul mamelonului, pentru biopsie.

Examenul histo-patologic: Mamela stângă. Se vede un țesut collagen tânăr fibrilar, în care se găsesc puține insule de țesut glandular mamelar. Canalele galactofore sunt dilatate și hiperplaziate, fără caractere de malignitate. Mamela dreaptă. La dreapta este un adeno-fibrom. (Titu Vasiliu).

La 5. I. 1929, bolnava părăsește clinica, vindecată. Controlată actualmente, bolnava este complet sănătoasă.

Discuția cazurilor.

La clinica chirurgicală din Cluj, începând din 1923 până în 1934, au fost 122 cazuri de cancer al mamei, dintre cari 118 femeii și 4 bărbați, deci bărbații, față de femeii, sunt într'un procent de 3,5%.

Din 118 cazuri femei, 2 au prezentat cancer mamar bilateral, adică 1,7%.

În 63 cazuri s'au făcut examene histopatologice și au fost 9 adenocarcinoame; 5 adenofibroame; 13 schirusuri; un adenosarcom; un caz cu boala lui Paget; 2 cancere pavimentoase și diferite alte forme anatomo-patologice.

În ce privește vârsta, cel mai tânăr caz a fost de 12 ani și cel mai bătrân, de 70 ani.

Dintre aceste 122 cazuri, s'a făcut intervenție pe 104, executându-se, în toate cazurile, amputația mamei după procedeul lui Halsted, cu extirparea unei porțiuni cât mai largi a tegumentelor și evidarea ganglionilor axilari. În cele mai multe cazuri, s'a făcut anestezie generală, cu eter, sau cu protoxid de azot și numai în câteva cazuri s'a făcut cu anestezie locală, cu Novocaină.

În 18 cazuri nu s'a intervenit, fie din motivul că existau metastaze pulmonare, sau la distanță, ori tumori aderente de peretele toracic, deci s'au considerat ca inoperabile; fie că bolnavii au refuzat intervenția. La cazurile inoperabile, s'a făcut tratament prin raze Röntgen, la Institutul de Radiologie, sau la Institutul „Iuliu Maniu“ pentru studiul și profilaxia cancerului.

Din cele 104 cazuri operate, au sucombat, înainte de a părăsi clinica, 2 cazuri, deci aproximativ 2%. Din 102 cazuri rămase în viață, 7 au părăsit clinica ameliorate, iar 3 în aceeași stare și restul vindecate.

În afară de aceste rezultate imediate, am făcut și un control tardiv al cazurilor operate. La aceasta anchetă însă, nu am primit decât 39 răspunsuri sigure, restul de 65, negăsindu-se la adresa trimisă sau, n'au răspuns deloc. Deci, la 63% din totalul bolnavilor, nu se poate ști precis rezultatul. Dintre răspunsurile primite, totalul recidivelor au fost de 30; iar sănătoase se mențin 9 cazuri, dintre cari doi după 3 ani; unul după 4 ani; unul după 9 ani și unul după 12 ani. Vedem că sunt cazuri de supraviețuire destul de mare.

Dintre cele 30 recidive, în 19 cazuri ne-au răspuns aparținătorii, că bolnavii au sucombat, din cauza metastazelor; iar în 11, cazuri recidivele sunt la axilă, sau locale, și au fost influențate favorabil, prin radioterapie.

Meyer, după 171 de operații de cancer al mamelei, are 84 de recidive, majoritatea apărând cam la 1 jum. an după operație și numai în 2 cazuri după 7 ani. El spune că, în cazurile operate în prima perioadă, a avut 75% vindecări, după mai mult de 5 ani; cele tratate în perioada a doua au dat 17% vindecări, iar cele operate în perioada a treia, numai 4 la sută.

Dahl-Iversen (Copenhaga), în 109 cazuri operate și urmărite, 65 erau morți de recidive, la sfârșitul primului an (60%); iar din 85 de operații datând de mai mult de 3 ani, au fost 57 morți prin recidive (67%). Aproximarea acestor cifre arată că majoritatea recidivelor survine în cursul primului an.

Crawford White (New-York), în 157 operații de cancer al mamelei are 5 decese operatorii. La sfârșitul a cinci ani, 36% erau vii și cu starea generală bună. Dintre bolnavii cari avuseseră ganglionii axilari invadați în momentul operației, a avut numai 19% supraviețuiri și 70% la aceia cari nu aveau adenopatie. După primii trei ani, mortalitatea este mică.

La clinica Chirurgicală din Cluj, rezultatele nu sunt satisfăcătoare, din cauza că majoritatea bolnavilor, fiind din mediul rural, vin la clinică într'un stadiu înaintat al boalei, în majoritatea cazurilor la limita operabilității. Lipsa de conștiințiozitate este datorită înculturii, lucru ce se vede și din micul număr de răspunsuri primite, în urma anchetei întreprinse de noi.

T A B L O U L
cazurilor de cancer mamar dela Clinica Chirurgicală din Cluj, dela 1923-1934.

Numărul	Anul	Numele	Vârsta	Sexul	Observații	Diagnosic pre-operator	Diagnostic isto-patologic	R. W.	Operația	Starea la eșire	Control
1	1923	L.D.	43	f.	5 copii	Epiteliom recid. mamela dr.			Extirparea tumorilor. Ev'd. gangl. axilari stg și supraclav. dr. Radioterapie	Vindecată	Răspunde că este sănătoasă
2	1923	R.B.	44	"	7 "	Ep. recidivant mam. stg				Status quo	Sucombată în 1923/XII
3	1923	R.S.	55	"		Epiteliom la mamela dr.			Amp. m. dr. Evidarea ganglionilor	Vindecată	Nu răspunde
4	1923	V.B.	40	"		Ep. m. dr.			Amputația Halsted	"	" "
5	1923	V.S.	60	"		E. m. dr.			Amputația Halsted	"	" "
6	1923	M.M.	44	"		Ep. m. stg			Procedeul Halsted	"	" "
7	1924	J.P.	56	"	4 "	Ep. m. stg.			Amputația Halsted	"	" "
8	1924	P.M.	62	"	13 "	Ep. m. dr.	Schiros		Amputația Halsted	Sucombată	" "
9	1925	I.B.	44	"	5 "	Ep. m. stg.	E. Schiros		Amputația Halsted.	Vindecată	" "
10	1925	C.V.	43	"	2 "	Ep. m. stâng.			Amputația Halsted evidentă	"	" "
11	1925	M.F.	56	"	3 "	Ep. m. stg.			Amputația Halsted.	"	" "
12	1925	D.C.	42	"		Ep. m. dr.			Amp Halsted Plastie Tirsch	"	" "
13	1925	P.Z.	48	"		Ep. m. stg.			Amp. Halsted Plastie Tirsch	"	" "
14	1925	R.W.	45	"		Ep. m. stg.			Amp. evidentă Halsted plastie Tirsch	"	" "
15	1925	S.T.	50	"		Ep. m. drept			Amp. Halsted plastie Tirsch	Ameliorată	" "
16	1925	M.U.	53	"	F. tifoidă, Scarlatină, Difterie	Ep. m. stg.			Amp. Halsted	Vindecată	" "
17	1925	P.M.	50	"	Malarie	Ep. m. dr.			Amp. Halsted	Ameliorată	" "
18	1925	O.V.	47	"		Ep. m. stg.			Amp. Evidare Halsted	Vindecată	" "
19	1925	M.R.	57	"	6 copii	Ep. m. stg.	Ep. Schiros		Amp. Evidare Halsted	"	" "
20	1925	D.S.	6	"	1 copil	Ep. m. dr.			Amp. Halsted plastie Tirsch-Leguen	"	" "
21	1925	G.N.	65	"		Ep. m. stg. exulcerat	Fibro-chist adenom papilar		Amp. Halsted plastie Tirsch-Leguen	Ameliorată	" "
22	1926	R.M.	43	"	3 copii	Ep. m. stg.	Epiteliom alveolar simplu		Amp. Halsted plastie Tirsch	Vindecată	" "
23	1926	A.I.	62	"	8 "	Ep. m. stg. exulcerat			Amp. Halsted plastie Tirsch	"	" "
24	1926	M.V.	32	"		Ep. m. stg. exulcerat	Ep. bazocelular		Amp. Halsted plastie Tirsch-Leguen	Ameliorată	" "
25	1926	S.R.	63	"	3 "	Ep. m. stg.	Epiteliom Malpighian		Amp. Halsted	Vindecată	" "
26	1926	M.B.	38	"	2 copii, Pneumonie dublă	Ep. m. stg.	Epiteliom atipic cu celule clare		Amputație Halsted Plastie	"	18 luni sănătoasă sucombă în 1929 cu recidivă pulmonară
27	1926	E.M.	38	"	T. b. c. în familie	Ep. m. dr. inoperabil. cu metastaze gangl.			Radioterapie	Ameliorată	Nu răspunde
28	1926	G.E.	55	"	1 copil, Malarie	Ep. m. stg.	C. C. schiros tipic		Amputație Halsted Plastie	"	În 1929 Recid. vâ. Se operează din nou plastie; Radioterapie
29	1926	M.M.	45	"		Ep. m. stg.			Amp. Evidarea gang. Plastie Tirsch.	Vindecată	Actualmente este vindecată și sănătoasă
30	1927	C.M.	47	"		Ep. m. dr. metastaze axilare			Amp. mamelei drepte. Evidarea axilei Plastie	"	Trăește și are recidivă cerebrală
31	1927	Z.E.	17	"		Ep. m. stg. exulcerat	Cancer schiros		Amp. Halsted. Plastie Leguen Tirsch Bălăcescu comp. cu un lambou atd.	"	Nu răspunde
32	1927	C.D.	53	"	O soră cu T. b. c.	Ep. m. stg.	Adeno-cancer schiros		Amp. după procedeul Tirsch-Leguen Bălăcescu	"	" "
33	1927	V.S.	38	"		Ep. m. stg.	Cancer schiros		Amputație Halsted	"	" "
34	1927	T.I.	40	"	3 copii	Ep. m. dr. exulcerat	infiltrație cronică specifică (sifilis)		Tratament conservativ; Neosalvarsan. Refuză intervenția	Ameliorată	Sucombă în 1928
35	1927	P.E.	36	"	2 "	Ep. m. dr.	C. C. masiv. simplu		Amp. mamelei. Plastie Tirsch-Leguen-Bălăcescu	"	Nu răspunde
36	1927	I.I.	41	"	2 "	Ep. m. stg. cu metastaze ganglionare			Refuză intervenția. Nu face niciun tratament	Status quo	" "
37	1927	S.R.	50	"	7 copii, 1 avort	Ep. m. stg.	Cancer tubular		Amp. plastie Tirsch-Leguen-Bălăcescu	Vindecată	Sucombă în 1927/VI
38	1927	F.S.	42	"	3 copii	Ep. m. stg.	Cancer masiv simplu		Amp. evidentă gang. axilari, plastie Tirsch, Leguen-Bălăcescu	Status quo	Nu răspunde
39	1927	A.M.	44	"		Ep. m. dr.	Adeno carcinom		Amp. evidentă; plastie Halsted	Vindecată	Revine după 3 luni cu recidivă stângă Radioterapie 6 sed. Trăește și este sănătoasă.
40	1927	T.A.	4	"	4 copii Malarie	Ep. m. dr.			Amp. evidentă axilară plastie	"	" "
41	1927	H.F.	70	"	10 copii o fată sucombă de cc. uterin	Ep. m. stg.			Amp. plastie Leguen Tirsch.	"	Nu răspunde
42	1927	E.L.	34	"	3 copii	Ep. m. stg.			Amp. evidentă axilară Plastie Halsted	"	" "
43	1928	G.G.	60	"		Ep. m. dr. exulcerat			Amp cu evidentă axilară	"	" "
44	1928	C.I.	43	"	Spondilită T. b. c. la 20 ani	Ep. m. stg.			Amputație Halsted	"	" "
45	1928	M.I.	47	"	3 copii	Ep. m. dr.			Amputație Halsted	"	" "
46	1928	F.H.	51	"	O soră moartă de cc. uterin	Ep. m. dr.	Adeno-carcinom		Biopsie Radioterapie	Ameliorată	" "
47	1928	K.E.	32	"	5 copii	Ep. m. stg. Inoperabil			Radioterapie 3 ședințe	"	Sucombată în 1928/IX
48	1928	M.M.	41	"	3 avorturi, 2 pleurezii	Ep. m. stg.			Amp. evidentă axilară plastie. Halsted	Vindecată	Nu răspunde
49	1928	P.S.	32	"	2 copii	Ep. m. dr.			Amp. evidentă axilară, plastie. Halsted	"	" "
50	1928	B.A.	45	"	4 "	Ep. m. dr. exulcerat	Adeno-carcinom		Biopsie. Radiumterapie	Status quo	" "
51	1928	P.A.	0	"	13 copii	Ep. m. dr.			Radiumterapie	Ameliorată	" "
52	1928	R.A.	36	"	O soră cu cc. uterin	Ep. m. dr. Martită cr. stg. operată incomplet.	La dreapta adeno-tibrom		Complectarea amputației în dreapta Halsted Biopsie stângă	Vindecată	Trăește și este sănătoasă
53	1929	M.E.	50	"	Metastaze în tibia și astragal	Ep. m. bilateral exulcerat la dreapta	Ep. solid cubocilindric		Amp. stângă Halsted plastie	Ameliorată	Recidivă. Radioterapie. Sucombă în 1930
54	1929	B.V.	30	"		Ep. m. stg.			Amp. stângă Halsted. Evidare axilară. Plastie Tirsch-Leguen	Vindecată	Nu răspunde
55	1929	A.R.	43	"		Ep. m. stg.			Amp. stângă Halsted	"	" "

Numărul	Anul	Numele	Vârsta	Sexul	Observații	Diagnostic pre operator	Diagnostic isto-patologic	R. W.	O p e r a ț i a	Starea la eșire	Control
56	1929	A.R.	38	f.		Ep. m. stg.			Amputație Halsted	Vindecată	Sănătoasă
57	"	S.I.	52	"		Ep. schiros dr.			Amp. Halsted. Plăstie Tirsch-Leguen-Bălăcescu	"	Recidivă. Metastază în coapsă. Sucombă
58	"	K.E.	36	"		Ep. m. stg.			Cură Radicală Radioterapie	Status quo	Recidivă după 3 luni Radioterapie
59	"	N.F.	60	"		Ep. m. stg.			Amputație Halsted	Vindecată	Nu răspunde
60	"	P.M.	65	"		Ep. m. dr.	Epiteliom pavimentos, baz-celular		Amputația mamelei drepte	"	" "
61	"	A.E.	44	"		Ep. m. stg.			Amputație Halsted. Evidare axilară	"	Recidivă. Sucombă în 1934
62	"	C.L.	45	"		Ep. m. dr. exulcerat			Amputație Halsted. Plăstie Tirsch-Leguen-Bălăcescu	"	Nu răspunde
63	"	I.N.	45	"		Ep. m. dr.			Amputație Halsted. Plăctie Tirsch-Leguen-Bălăcescu	"	Recidivă. Sucombă în 1931
64	"	M.G.	40	"		Ep. m. stg. cu metastaze axilare	Epiteliom alveolar		Amputație Halsted	"	Nu răspunde
65	"	E.V.	60	"		Ep. m. stg. exulcerat			Amputație cu evid. axilară Halsted	"	" "
66	1930	E.G.	50	"		Ep. m. stg.	Fibro-adenom		Amputație Halsted	"	Trăește, sănătoasă
67	"	V.R.	51	"		Ep. m. dr. inoperabil			Radioterapie	Status quo	Nu răspunde
68	"	K.B.	36	"		Ep. m. stg.	Adeno-fibrom intracanalicular		Amputație Halsted	Vindecată	" "
69	"	M.E.	51	"		Ep. m. bilateral	Carcinom atipic și polimorf		Amp. dreaptă Halsted. Plăstie Radioterapie	Pe cale de vind.	Revine după un an cu metastaze în membrul inf. dr.
70	"	B.M.	49	"		Ep. m. dr.	Carcinom solid atipic		Amputație Halsted	Vindecată	Nu răspunde
71	"	S.C.	55	"		Ep. m. stg.			" "	"	" "
72	"	H.F.	30	"		Ep. m. dr.			Amp. Evidare axilară dreaptă	"	Recidivă. Sucombă în 1932
73	"	C.R.	40	"		Ep. m. stg.	Carcinom rotundo-celular		Amputație Halsted	"	Nu răspunde
74	"	H.M.	55	"		Ep. m. stg. exulcerat inoperabil			Radioterapie	Status quo	" "
75	"	M.P.	27	"		Ep. m. stg. exulcerat inoperabil			" "	" "	Sucombă în 1930 XII
76	"	S.V.	57	"		Ep. m. dr.	Carcinom alveolar solid		Amp. Halsted. Evidarea ganglionilor	Vindecată	Nu răspunde
77	"	V.E.	38	"		Ep. m. dr.	Adeno-sarcom drept		Amputație Halsted Evidare axilară dreaptă	"	" "
78	"	P.T.	32	"		Ep. m. dr. cu metast. gangl.	Carcinom alveolar solid		Amputație Halsted	"	In Iunie 1931 metastază vertebrală. In Iunie 1931 suc.
79	"	C.M.	37	"		Ep. m. stg.	Carc. pavimentos Paget		Biopsie Radioterapie	Status quo	Nu răspunde
80	"	I.R.	38	"		Ep. m. dr. exulcerat	Carcinom atipic		Amputație Halsted	Vindecată	" "
81	"	T.I.	47	"		Ep. m. stg.	Carcinom schiros		Amputație Halsted. Plăstie Tirsch-Leguen-Bălăcescu	Pe cale de vind	" "
82	"	F.A.	42	"		Ep. m. stg. recidivat	Adeno-carcinom infiltrativ		Amputație-plăstie Halsted	Vindecată	Recidivă la un an Radioter.
83	"	G.R.	46	"		Ep. m. dr.	Carc. alveolar cu celule rotunde poligonale		Amputație Halsted	"	Recidivă le un an, i se face Radioterapie
84	"	C.M.	38	"		Ep. m. dr. exulcerat. Febră tifoidă			Se transpune la spitalul epidemic Nu mai revine	Status quo	Nu răspunde
85	1931	I.I.	43	"		Ep. m. stg.	Carc. atipic trabecular		Amputație-plăstie Halsted	Vindecată	Nu răspunde
86	"	L.A.	39	"		Ep. m. dr.	Adeno-fibrom		Biopsie largă	"	" "
87	"	L.P.	38	"		Ep. m. dr.			Amputație Halsted	"	Trăește
88	"	P.V.	52	"		Ep. m. stg. exulcerat	Cancer schiros		Amputație Halsted. Radioterapie	"	Recidivă la dreapta după 3 luni Radioterapie Sucombă în 1937
89	"	S.S.	48	"		Ep. m. stg. metastaze axilare	Carcinom atipic rotundo-celular		Evidare axilară. Amp. Halsted. Plăstie Tirsch-Leguen-Bălăcescu	"	Nu răspunde
90	"	D.M.	48	"		Ep. m. stg.	Adeno-carcinom solid atipic		Amputație Halsted	"	Sucombă în 1934/V.
91	"	S.P.	52	"		Ep. m. stg.	Carcinom alveolar cu stromă bogată		Amputație Halsted. Evidare axilară. Dre aj.	"	Nu răspunde
92	"	B.I.	58	"	Starea generală slabă	Ep. m. stg.			Radioterapie	Status quo	" "
93	"	G.I.	59	b		Ep. m. dr.	Carc. schiros trabecular		Amputație Halsted	Vindecată	" "
94	"	O.A.	35	f.		Ep. m. dr.	Carc. solid rotundo-cel.		" "	Vindecată	" "
95	"	C.M.	34	"		Ep. m. dr.	Carcinom solid cu celule rotunde		" "	"	" "
96	"	D.M.	50	"		Ep. m. stg. exulcerat			Radioterapie 4 ședințe	Status quo	" "
97	"	V.N.	40	"		Ep. m. stg.	Carcinom glandular		Amputație Halsted. Plăstie Tirsch-Bălăcescu	Vindecată	Trăește și este sănătoasă
98	"	I.N.	60	"		Ep. m. dr.	Carcinom solid rotundo-celular		Amputație Halsted	Status quo	Sucombă în 1933
99	"	C.I.	65	"		Ep. m. dr.	Adeno-carcinom tubular și schiros		Amp. Halsted, plăstie Tirsch-Leguen-Bălăcescu	Vindecată	Nu răspunde
100	1932	K.N.	50	"		Ep. m. dr.	Carcinom cilindro-celular, trabecular		Amp. Halsted, plăstie Tirsch-Leguen-Bălăcescu	"	" "
101	"	B.M.	41	"		Ep. m. dr.	Cc. rotundo-alveolar tubular		Amp. Halsted, plăstie Tirsch-Leguen-Bălăcescu	"	Sucombă în 1933/II
102	"	B.V.	49	"	O soră a suferit de cc. gastric	Ep. m. stg.	Carcinom atipic vascular		Amputație Halsted	"	Nu răspunde
103	"	C.F.	36	"		Ep. m. stg.	Carcinom atipic		" "	"	" "
104	"	I.C.	58	b.		Ep. m. dr.	Carcinom trabecular schiros		Amp. Halsted. Evidarea axilară dreaptă	"	" "
105	"	P.V.	58	"		Ep. m. dr. exulcerat	Carcinom trab. schiros		Amputație Halsted	"	" "
106	"	K.R.	30	f.		Ep. m. stg. exulcerat recidivant			Amp. Halsted. Evidare ganglionară axilară. Plăstie	"	Recidivă după 4 luni
107	"	V.F.	32	"		Ep. m. stg. Metastaze în vertebrele XI dors. și IV lomb.			Radioterapie	Status quo	Sucombă
108	"	G.F.	46	"		Ep. m. dr.	Cancer rotundo-celular trabecular		Amp. Halsted fără plăstie	Vindecată	Nu răspunde
109	"	S.N.	38	"		Ep. m. bilateral exulcerat			Radioterapie	Status quo	" "
110	"	B.M.	53	"		Ep. m. dr.			Amputație și evidarea axilară după Halsted	Vindecată	" "
111	"	A.E.	40	"		Ep. m. dr.			Amputație Halsted	"	" "
112	"	G.A.	36	"		Ep. m. stg.	Cancer alveolar solid		" "	"	" "
113	"	D.M.	31	"		Ep. m. stg.			Refuză intervenției	Status quo	" "
114	1933	V.R.	66	"		Ep. m. stg. re.idivant			Evidarea tumorii. Evidarea axilei	Vindecată	Recidivă după 2 ani
115	"	F.A.	58	"		Ep. m. stg.	Adeno-carcinom solid, trabecular schiros		Amp. Halsted. Evidare axilară.	"	Sucombă.
116	"	A.M.	45	"		Ep. m. dr.	Adeno-carcinom		Amputație Halsted	"	Nu răspunde
117	"	F.C.	57	"		Ep. m. dr.	Cancer atipic		I. Evid ganglionară supraclaviculară II. Amp. Halsted. Plăstie	Sucombă	" "
118	"	P.R.	36	"		Ep. m. dr.	Cancer atipic schiros cu celule rotunde		Evidarea axilei. Amp. Halsted	Vindecată	Recidivă. Sucombă în 1934
119	"	J.P.	35	"		Ep. m. dr.	Cancer solid rotundo-cel.		" "	"	Nu răspunde
120	"	M.M.	49	"		Ep. m. stg.	Carcinom solid alveolar cu celule rotunde		Amp. Halsted	"	" "
121	"	S.M.	44	"		Ep. m. dr.	Carcinom alveolar		" "	"	Recidivă în axilă
122	"	M.I.	64	b.		Ep. m. st.	Carcinom solid tubular		Amp. mamelei stg. Evid. axilară	"	Nu răspunde

Concluziuni.

1. Cancerul mamar este o boală foarte frecventă la femei (80%) și foarte rară la bărbați. (3,5% din totalitatea cancerului mamar).

2. In etiologia cancerului mamar, ca și în etiologia tumorilor în general, nu se știe nimic precis.

3. Cancerul mamar dă simptome evidente, numai într-o perioadă înaintată, de unde rezultatele slabe în urma tratamentului chirurgical.

4. Ganglionii regionali sunt invadați foarte frecvent și foarte de timpuriu.

5. Prognosticul depinde de stadiul de evoluție al tumorii și de varietatea isto-patologică.

6. Tratamentul capital, în cancerul mamei este intervenția chirurgicală, făcută cât mai precoce și cât mai larg posibil. La Clinica Chirurgicală din Cluj, amputația mamei se face după procedeu Halsted, cu extirparea unei porțiuni cât mai largi, a tegumentelor, extirparea pectoralului mare și pectoralului mic și evidarea ganglionilor axilari.

7. Prin faptul, că există o cale limfatică supra claviculară directă, este bine să se facă curativ, ablația acestor ganglioni.

8. Radioterapia postoperatorie, dă rezultate foarte bune, dacă este întrebuințată în doze mici și în ședințe repetate.

9. Rezultatele postoperatorii imediate sunt bune, însă rezultatele tardive sunt mai puțin bune.

10. Recidivele constatate la Clinica Chirurgicală din Cluj, în urma anchetei făcute la 104 cazuri, au răspuns 39, dintre cari 30 erau recidive.

Văzut și bun de imprimat.

Președintele tezei:
Prof. POP ALEXANDRU

Prodecan:
Prof. GRIGORIU C.

Bibliografie.

- Babey*: Anatomie patologică generală.
- Baumgarten*: Maladie de la Mamelle (nouveau traité de chirurgie, publié sous la direction de A. Le Dentu et Pierre Delbet 1912).
- Benetato-Modval*: Aspectul radiologic al mamelei normale și patologică (Rev. Cancerul An. II, No. 2).
- Bèclere*: Association Française pour l'Etude du Carcer, Julie 1924.
- Botez*: Tratamentul cancerului mamar (Teză. București 1906).
- Crawford White*: Anals of Surgeri. vol. 86 no. 5, 1927.
- Comșia O.*: Terenul biologic în cancer, (Cancerul No. 1, 2; 1934).
- Comșia O.*: Problema etiologiei cancerului (Rev. Cancerul No. 1, anul 1933).
- Delbet*: Les cancers du sein, 1927.
- Delbet et Mendora*: Les cancers du sein, Paris, 1929.
- Dahl-Iversen*: Lyons chirurgical, decembre, 1927.
- Danis*: Bulletin de l'Academie Royale de Médecine de Belgique, 5 serie, Tom. 8 Ian. 1928.
- Gerota*: Nach welchen Richtungen kan sich der Brust Krebs verheiten. Arch. f. chir. 1847. Bd. 54.
- Gossel*: Traitement chirurgical du cancer du sein. Masson, Paris, 1927.
- Gottelier-Oberlin*: Journal de chirurgie. Tome 31. 1928.
- Handley*: Le cancer du sein. Trad. fr. 1910.
- Hartman*: Diagnostic des Principaux Cancers, Masson 1927.
- Kirschner-Nordman*: Die Chirurgie. Band III, Berlin, 1930.
- Lecène et Lenormant*: Précis de Patologie Chirurgicale. Tome III, Masson, 1928.
- Leroux et Perrot*: A propos de la classification prognostique des cancers du sein, Masson, 1928.
- Lettule M.*: Anatomie Patologique. Paris, 1930, Masson.
- Meyer*: Bruns Beitrage zur Klinischen Chirurgie. Tom 140, no. 4, 1927.
- Menitrier*: Cancer, generalités, 1926.
- Nehnkorn*: Über die primären malignen Tumoren (Münch. med. Wochenschrift, 1901, No. 15).
- Negru*: Röntgenterapia în cancerul mamelei. (Raport la congresul național de Radiologie, 1934).
- Oelsner*: Med. diss Breslan. Arch. f. Klinik, 1901, Bd. 64.
- Testut L.*: Traité d'Anatomie Humaine, Tome IV, Paris, 1923.