

CONSIDERAȚIUNI

**anatomo-patologice asupra carcinomului
pulmonar primitiv.**



TEZĂ
PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE.....1940.

DE

DIONISIE TOTOESCU

Preparator la Inst. Anat. Pat. Cluj.



★ 4 4 0 0 0 3 6 7 8 ★

Biblioteca UMFST

No.....

CONSIDERAȚIUNI

**anatomo-patologice asupra carcinomului
pulmonar primitiv.**



TEZĂ
PENTRU

24 MAY 2005

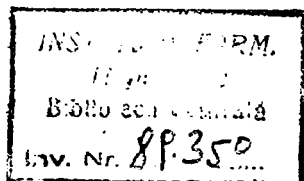
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE.....1940.

DE

DIONISIE TOTOESCU

Preparator la Inst. Anat. Pat. Cluj.



2,115

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINĂ

DECAN: D-NUL PROF. I. DRĂGOIU

PROFESORI:

Anatomie Umană	Prof. Dr. PAPILIAN V.
Chimie Generală Medicală	„ SECĂREANU ST
Chimie Biologică	„ MANTA I.
Istologie și Embriologie	„ DRĂGOIU I.
Fiziologie umană	„ BENETATO GR.
Anatomie Patologică	„ VASILIU T.
Bacteriologie	„ BARONI V.
Patologie Generală și Experimentala	„ BOTEZ M. A.
Îgienă și Medicină Preventivă	„ MOLDOVAN I.
Clinica Medicală I.	„ HAȚIEGANU I.
Clinica Medicală II. (Semiologie)	„ GOIA I.
Clinica Chirurgicală (Semiologie)	„ POP AL.
Clinica Chirurgicală și bolile Căilor Urinare	„ ȚFOSU E,
Clinica Obstetricală și Ginecologică	„ GRIGORIU CR.
Clinica Dermatologică și Sifiligrafică	„ TĂTARU C.
Clinica Infantilă și Puericultură	„ POPOVICIU GH.
Clinica Neurologică.	„ MINEA I.
Clinica Psihiatrică	„ URECHIA I.
Clinica Oftalmologică.	„ MICHAIL D.
Clinica Balneologică și Dietetică	„ STURZA M.
Clinica Oto-Rîno-Laringologică	„ BUZOIANU GH.
Clinica Stomatologică	„ ALEMAN I.
Medicina Legală	„ KERNBACH M.
Radiologie	„ NEGRU D.
Istoria Medicinii	„ BOLOGA V.
Farmacologie (Supl.)	„ BARONI V.
Fizică medicală	Conf.
Îgiena și Medicină Preventivă	Agr. „ ZOLOG M.
Clinica Bolilor Contagioase	Conf. „ GAVRILĂ I.

JURIUL DE PROMOȚIE :

PREȘEDINTE: Dl. Prof. Dr. Vasiliu T.

Membrii : { „ „ „ Bologa V.
 „ „ „ Benetato Gr.
 „ „ „ Popovici Gh.
 „ „ „ Sturza M.

Supleant: Conf. „ Gavrilă I.

*Scumpilor mei părinți, pentru jertfele aduse în
decursul anilor de studiu, recunoștință și dra-
goste nemărginită.*



Sotiei mele, iubire și devotament.

Sorei și fraților mei, dragoste frățiască.

Domnului Prof. T. Vasiliu

*pentru generozitatea, bunăvoința și sfaturile
prețioase, îi aduc pe această cale toată recunoș-
tința mea și respectuoasele mulțumiri.*



I S T O R I C

Medicii din timpul teoriei „atra bilis“, nu au avut nici o cunoștință despre carcinomul pulmonar primitiv. Primele cunoștințe asupra acestei boli le întâlnim abia la sfârșitul secolului 18 și începutul sec. 19, când anatomia patologică a luat un avânt în dezvoltare.

Primul care a descris și a diagnosticat anatomo-patologic cc. pulmonar, este Morgagni. El a descris două cazuri. Primul, la un bărbat de 66 ani, la care boala începuse cu tusă și expectorație bogată, sanghinolentă, iar la autopsie a constatat: „pulmo praedurus“ și un „ulcus cancrorum“ în plămânul drept; iar al doilea, la o femeie de 40 ani, la care boala a apărut la un an dela operația de cc. al piciorului, evoluând cu junghiu în hemitoracele stâng, febră, dispnee, cașexie, însă fără tusă și expectorație. La autopsie, făcută în 1708, el a constatat că plămânul stâng este transformat într-o masă albă, consistentă și „steatomatoasă“, iar în plămânul drept a găsit numeroase mase mici deasemenea „steatomatoase“. În primul caz este vorba de un cc. pulmonar primitiv, iar în al doilea, pe care Morgagni l-a interpretat ca o ftizie, este probabil vorba de un cc. secundar.

De asemenea și Lieutaud, în observațiile sale, descrie cancerul pulmonar, ca o tumoară schiroasă (pulmo praedurus et scirrhusus).

O atenție mai mare merită observația lui Van Swieten, făcută la un bărbat de 50 ani, care a prezentat cancer la vârful plămânului drept, cu metastaze mediastinale și compresiune esofagiană.

G. L. Bayle este primul care, în 1810, a observat și a studiat cancerul pulmonar cu mai multă atenție, atât din punct de vedere clinic cât și cel anatomo-patologic, descriindu-l sub numele de ftizie canceroasă și diferențiindu-l de alte boli pulmonare. Denumirea aceasta a fost întrebuințată și de alți autori, înaintea lui Bayle, ca Dvan, J. T. Leneaux Fils pentru unele boli pulmonare, însă fără să fi existat siguranța naturii lor canceroase. Heister îl descria sub numele de astm cancrorum. În 1819, Laennec îl descrie ca un encefaloid pulmonar, ca singura formă posibilă de cancer pulmonar. Stokes, în 1842, recunoaște mai multe varietăți ale acestei boli și are meritul de a fi schematizat tabloul simptomatologic al neoplasmului pulmonar. Jacoud, figurează ca primul, care face o strictă diferențiere între

cc. pulmonar și ftizie. Behier, a descris simptomele de côm-presiune și metastazare frecventă a gânglionilor supraclaviculari.

Dennett în 1872, a tratat pe larg aspectele clinice ale 39 de cazuri. Rokitansky a descris mai multe varietăți macroscopice ale cc. pulmonar, dar primele studii de microscopie au fost făcute între 1871—1876, de Langhans, Marchiafava și Malassez.

Cunoștințele și detaliile de un interes mai deosebit, se datoresc abia ultimelor studii ale lui Wolf (1895) și Pässler (1896). Primul, ajunsese la concluzia că, cc. pulmonar primitiv este într'o continuă creștere dela 1852 încoace, atingând în 1885, 0.428 la sută din totalul cazurilor mortale. Dela acest timp încoace, literatura a crescut în proporție considerabilă, încat Adler, în 1912, a avut posibilitate să facă o statistică asupra 374 de cazuri de cc. pulmonar primitiv și 90 de sarcoame. În timpul din urmă, mai ales dela războiul mondial încoace, diferiți autori, îndeosebi Staehelen (1919), Hampeln (1919), Briese (1920), Otten (1922), Scott, Forman ș. a. au confirmat creșterea continuă a cazurilor de cc. pulmonar.

Apoi a urmat un șir întreg de alte lucrări și discuții tot mai vii în jurul acestei probleme, încercându-se a face tot felul de explicații ale cauzelor care ar putea fi luate în considerare în ultimele decenii.



Date statistice.

Frecvența. Datele asupra carcinomului pulmonar în literatura secolului trecut erau vagi. Konosky crede că, numărul cazurilor cunoscute până la 1893, nu trece de 150. Raritatea carcinomului pulmonar în timpurile acelea este evidentă din statisticile care cuprind un număr considerabil de autopsii. Astfel Wolf întâlnește la 11.400 de autopsii, 40 cc. Fuchs, între anii 1854—1896, la 21.000 de autopsii, 17 cc. Pässler (Breslau), între 1881 și 1894, la 9246 de cadavre, 16 cc. Lavrinovici (Petriograd), între 1905—1914, la 16.047, 61 cc.

Cercetând însă statisticile mai recente, raportul începe să fie diferit. Astfel Berlinger din Jena, la 8056 de autopsii, într'un interval de 15 ani, a constata 41 cazuri de cc. pulmonar, la 987 cazuri de tumori maligne, adică un procent de 4,2% din totalul cazurilor de cancer.

Lubarsch, în 1920—21, în statistica făcută pe întreaga Germanie, una din cele mai mari statistici asupra cazurilor de cancer autopsiate, dă pentru cancerul pulmonar, media de 5,4% din totalul neoformatiunilor. Media această corespunde mai mult sau mai puțin, cu aceea din majoritatea statisticilor din toată lumea, variațiunile ei dela o statistică la alta fiind explicabile fie printr'o scurtă perioadă de timp la care se referă, fie prin numărul

mic de cazuri pe care îl cuprind, fie că sunt datorite circumstanțelor, locale, cum e cazul lui Krompecher, care în cursul anului 1924, a constatat un procent de 15,5% carcinoame pulmonare, statistica lui cuprinzând și bolnavii originari din Schneeberg, unde această neoplazie este excepțional de frecventă.

Mai demonstrative sunt, în cece privește creșterea continuă a cancerului pulmonar în ultimele decenii, statisticele diversilor autori, cu proporțiile lor de carcinom pulmonar în raport cu numărul total al neplaziilor, calculate pe perioade de câțiva ani.

Astfel: Seyfahrt (Berlin)

Dela 1900—1906	5,01	%
1907—1913	6,88	,,
1914—1918	11,23	,,
1919—1923	8,75	,,
Primele 6 luni din 1924	14,5	,,

Dora Hanf (Berlin)

Dela 1903—1905	3,3	%
1922—1925	7,5	,,

Wahl (Berlin)

Dela 1917—1922	6	%
1922—1925	13	,,

Kikuth (Hamburg)

Dela 1910—1914	5,5	%
1915—1919	4,2	,,
1920—1924	7,7	,,

Probst (Zürich)

Dela 1906—1910	1,13	%
1911—1915	3,34	,,
1916—1940	6,12	,,
1921—1925	7,17	,,
1926	7,56	,,

Ferenczy și Matolcsy (Viena), la 62,802 autopsii, făcute la Institutul de Anatomie Patologică din Viena, între anii 1896—1925, au aflat 6791 tumori maligne, dintre care 282 carcinoame pulmonare. Între 1920 și 1925, au survenit 108 cazuri, numărul carcinoamelor pulmonare atingând o proporție de 10,5% din totalul neplaziilor din acea perioadă de timp. În celelalte țări, procentul este cu mult mai mic, Ewing (New-York) vorbește numai de 1%. În Italia, datele statistice asupra comportării cancerului pulmonar primitiv sunt vagi. Fabris, din Padua, n'a văzut decât 2 cazuri, dela 1914 la 1925. Dalla Palma, din Pisa, numai 2 cazuri dela 1896—1926.

Casolo (Milano) a întâlnit 15 cazuri de acest neoplasm la 11,908 autopsii, adică 0,126% din totalul autopsiilor.

E. Pekelis, dela Institutul de Anatomie Patologică din Florența, afirmă că, cercetând materialul necropsic dela 1886—1919, n'a întâlnit nici un caz de cc. pulmonar confirmat la autopsie. Intre 1920 și 1924, la un număr total de 2298 autopsii, constată 0,09% cc. pulmonar p., iar între 1925 și 1929, la 2640 autopsii un procent de 2,31% de cc. pulm. p.

La noi, în România, Prof. Iacobovici în raportul său asupra cancerului, în 1925, arată că la spitalele din București dela 1910—1924 nu a întâlnit nici un caz de cc. pulmonar primitiv, iar la Clinicile din Cluj, între 1910 și 1924, au fost 7 cazuri, adică 0,68% din totalul cancerelor.

Studii și comunicări asupra cc. pulm. p. au fost făcute de Prof. T. Vasiliu, Prof. I. Hațieganu, Dr. Daniello, Dr. R. Popa, Dr. P. Radu și alții la Societatea Anatomică din Cluj, iar la București, de Prof. E. Crăciun, Dr. Răileanu și alții, la Soc. Medicală a Spitalelor

Un studiu statistic, bine documentat și bazat pe materialul autopsic dela Institutul de Anatomie Patologică din Cluj, de sub conducerea Dlui Prof. T. Vasiliu, a fost făcut în 1937, de Dr. R. Popa și Dr. P. Radu, din care reiese și la noi evidenta creștere a numărului de cc. pulmonar primitiv.

Studiul acesta statistic, asupra frecvenței cc. pulmonar. a fost făcut pe o perioadă de 17 ani, din 1920 până 1936, pe baza cazurilor clinice, confirmate histologic. În acest interval s'au autopsiat un număr de 5339 cadavre, din care 40 au avut cc. pulmonar primitiv, adică o proporție de 0,74%, iar 460 cc. ale altor organe, reprezentând un procent de 8,76%. În raport cu numărul total al autopsiilor, statistica arată creșterea cancerului pulmonar dela 8,3%, din 1920, la 12,5% în 1936, dând o medie de 8,5% față de numărul total al tumorilor maligne.

Ca localizare în organe, plămânul urmează ca al treilea, din punct de vedere al frecvenței, după stomac (34,0%) și uter (23,9%).

Procentul mediu al carcinomului pulmonar în cei 17 ani, este 0,74% din totalul autopsiilor și 8,5% din totalul cancerelor, iar în comparație cu statisticile străine, cifrele obținute la noi se situează cam la mijlocul procententelor observate de autorii străini.

În concluzie, atât după statisticile străine, cât și cea dela noi, cc. pulmonar primitiv, considerat la început ca o raritate, a luat, în ultimele trei decenii, o dezvoltare continuă și impresionantă, fapt explicat de unii autori prin perfecționarea mijloacelor de diagnostic, în special a radiografiei, a asistenței sociale, etc.

Deși unii autori atribuie numărul acestei neoplazii perfecționării mijloacelor de diagnostic, în special a radiografiei, perfecționării asistenței sociale, afluenței mai mari a bolnavilor la spitale, împrejurărilor noi în viața urbană, condițiunilor moderne de lucru, totuși datorită numai faptului în sine, fiind într'o pro-

porție mereu crescândă, carcinomul pulmonar primitiv, constituie astăzi o problemă socială serioasă.

Vârsta. Referitor la vârsta din statisticele făcute, reiese, ca și la celelalte tumori, carcinomul pulmonar se poate întâlni la orice vârstă, atingând maximul său între vârsta 40 și 65 de ani.

Müller, Reinhard, Casolo și alții, au întâlnit câteva cazuri de cc. pulmonar p. între vârsta de 24-31 ani. Hesse, la 22 cazuri, întâlnește 9 între 20-30 ani. Lev-Lenz, din 45 de cazuri, cea mai mare frecvență o întâlnește sub 50 ani. Marchesani, Ferency și Matolcsy, Cornfeld, Leyfarth, Hauf și Casolo, descriu ca limitele de vârstă 26-64 ani, cu media maximă între 35-50 ani, iar după Biberfeld, Holzer, Krompecher, Wahl, Assmann, între 50-60 ani.

După Fischer (la 1888 cc. pulmonare), cele mai numeroase cc. pulmonare, survin în a șasea decadă a vieții, reprezentând cam o treime din totalul cazurilor, iar după 60 ani, de asemenea survine o treime din totalul cazurilor. După statistica Institutului nostru (Popa-Radu), se constată că majoritatea carcinoamelor pulmonare primitive, ca și a celorlalte tumori maligne, se întâlnește între 40 și 60 de ani, adică 62.5 la sută din totalul cc. pulmonare. În primele 2 decade ale vieții, nu s'a găsit nici un caz.

Sexul. Pe când cancerul în general poate să fie mai frecvent la femei, ceace o dovedește frecvența mai mare a carcinomului mamar și al organelor genitale feminine, cel pulmonar în schimb, ar avea, după cei mai mulți, preferința mai mare pentru sexul bărbătesc. Excepție fac statisticile lui Ebermann, Kaufmann și a câtorva autori francezi, în care contingentul principal este reprezentat de femei. Cei mai mulți autori confirmă frecvența mai mare a cc. pulmonar la bărbați, ceace rezultă, în parte, din următoarea tabelă.

Wolf	în	32	cazuri de cc. p. p.	27	b.	5	f.
Lubansch	„	458	„ „ „ „ „	359	„	99	„
Biberfeld	„	207	„ „ „ „ „	154	„	53	„
Schwalbe	„	14	„ „ „ „ „	14	„	1	„
Ferency și Matolcsy	„	282	„ „ „ „ „	204	„	78	„
Marchesani	„	26	„ „ „ „ „	13	„	13	„
Probst	„	76	„ „ „ „ „	62	„	14	„
Dora Hanf	„	196	„ „ „ „ „	166	„	30	„
Kisuth	„	246	„ „ „ „ „	159	„	87	„
Fischer	„	4393	„ „ „ „ „	3249	„	954	„

După statistica Institutului nostru (R. Popa - P. Radu), raportul este 3,4 : 1 (77,5 la sută : 22,5 la sută) adică din totalul de 40 cazuri, s'au găsit 9 la femei și 31 la bărbați.

Această predominanță a cc. pulmonar la bărbat, are o importanță patogenetică considerabilă, încercându-se o serie întreagă de explicațiuni, fără să se fi ajuns la una adevărată. Cei mai mulți autori sunt de părere, că un rol important, ca factori cancerigeni adjuvați ar avea diferitele iritații cronice și diferitele toxine cărora sunt expuși mai mult băbajii în profesiunea lor.

Roffo, pe baza constatărilor făcute asupra cc. buzei și al limbei, care este excesiv de frecvent la băbajii tabagici, și în producerea cc. pulmonar, incriminează tutunul ca un important factor cancerigen. Acest efect al tutunului a fost dovedit și experimental de Roffo și Mertens, cari cu ajutorul tutunului au reușit să producă cc. pulm. la șoareci.

Tot în legătură cu frecvența mai mare la băbajii, amintim și acțiunea cancerigenă a pulberii cu care e încărcat aerul, din unele mine de metale, pe care îl inhalează muncitorii de-acolo cum e cazul celor din Schneeberg și Joachimstahl.

Alți autori (Askanazy, Linsler) acuză influența sexualității; dezvoltarea sexuală prematură ar influența geneza tumorilor maligne (Askanazy).

Rolul influenței sexului confirmă Seyfarth și Mathias cari au remarcat o dezvoltare mai rapidă a cc. pulmonar la femei.

Un rol în frecvența tumorilor pulmonare ar avea și rasa. Cancerul survine mult mai rar la rasa neagră (Grove și Kramer). Chiar la rasa albă ar exista o predispoziție variată. Astfel, după observația făcută la un spita evreiesc din New-York, în comparație cu alte servicii spitalicești, evreii ar prezenta un procent considerabil de mare. După statistica dela noi, pentru Români rezultă un procent de 55,0%, pentru Unguri 27,5%, iar pentru Evrei 17,5%, deci și la noi, proporțional, evreilor revine numărul mai mare al cazurilor de cc. pulmonar (7 cazuri la 40).

Etiologie și Patogeneză.

Etiologia carcinomului pulmonar primitiv, este etiologia carcinomului în general, a cărui cauza eficientă nu se cunoaște până azi. În geneza acestei neoplazii, sunt cunoscuți o serie întreagă de factori, numiți favorizanți, adjuvanți, în special factorii iritativi, cărora, într'un timp, li s'a atribuit chiar un rol primordial.

Comșia dă următoarea schemă a factorilor cancerogenetici:

I. Factori de ordin extern:

a) fizico-chimici,

b) microbiologici și parazitari.

II. Factori de ordin intern sau endogeni:

1. Factorul endocrin.

„ ereditar.

„ alimentar.

4. Dispoziția biochimică a organismului.

5. Dispoziția biologică a organismului.

Dintre cauzele predispozante de ordin fizic în geneza carcinomului pulmonar, amintim traumatismele, corpii străini intra-bronșici și radiațiunile (radiul și razele x).

În literatură sunt puține cazuri descrise, în cari traumatismul a avut un rol în dezvoltarea carcinomului pulmonar. Kikuth amintește 6 cazuri, Aufrecht a observat 1 caz care s'a dezvoltat după doi ani dela traumatism. Cornil publică de asemenea o astfel de observație. Seyfarth întâlnește 2 cazuri la 307 de cc. pulmonar.

Weiss și Krusen incriminează corpii străini intrabronșici, cari prin iritația continuă și îndelungată a epiteliului bronșiilor și al alveolelor, ar constitui baza de dezvoltare a carcinomului pulmonar.

Radiațiunile (radiul și razele x) după unii autori ar avea de asemenea un rol cancerigen.

Uhlig și Rostovsky atribue frecvența cc. pulmonar dela Schneeberg, factorului actinic, pulberea din aceste mine fiind foarte radioactivă. Razele röntgen de asemenea au o importanță etiologică. Aceste raze au o acțiune distructivă asupra celulelor carcinomatoase, dar câteodată prin iritație, celulele mucoasei bronșice care ar fi deosebit de sensibile la acțiunea acestor raze, ar suferi modificări morfologice cu tendința la prolifera repatologică.

Factorii de ordin chimic sunt mult mai numeroși: gazele de luptă, tutunul, gazele de automobile, praful de stradă, praful de cuarț, gudronul, praful de cărbune, praful (din mine) de cobalt, nichel, arsenic. O altă cauză incriminată în producerea cancerului pulmonar sunt gazele toxice și gazele de războiu. S'au observat câteva cazuri de lucrători cancerizați cari au lucrat într'un mediu de emanație de gaze toxice. Ricker, Adelhein, Kikuth și alții, susțin că sub acțiunea gazelor de luptă (Fosgenul, Clorul) s'ar produce o metaplazie a epiteliului cilindric al bronșiilor. Fahr, Staehelin, Kikuth și alții, atribue și nicotinei un rol cancerigen, pe baza frecvenței acestei tumori la tabagici și Roff a reușit în mod experimental să producă cu tabac, cancerul pulmonar la șoarecei.

Katz remarcă, că în orient, unde se fumează foarte mult, cc. pulmonar survine într'o proporție destul de mică.

Cu dezvoltarea progresivă a industriei, cu creșterea numărului vehiculelor motorizate și a motoarelor cu explozie s'a produs și o viciere mai mare a aerului din marile orașe care este în raport stâns cu creșterea numărului cancerului pulmonar.

Hampeln incriminează praful de stradă, care după Brandt ar mai conține pulbere de cuarț, care ar activa prin un efect iritativ. Primul susține că sub acțiunea depunerii prafului în alve-

ole, s'ar produce cu timpul o desdiferențiere a celulelor epitelului aveolar, care sub influența unei iritații cronice de natură inflamatorie ar da loc la proliferări celulare atipice. Un alt element favorizant este gudronul, întrebuințat recent în gudronajul străzilor. Inhalarea pulberii de gudron care se ridică în aer depe aceset străzi ar favoriza dezvoltarea cc. pulmonar primitiv. În sprijinul acestei probleme vin rezultatele experimentale obținute cu gudron (Brandt, Huegenon, Kimura, Fibiger, Moeller). Unele metode ca arsenicul, cobaltul, nickelul ar avea deasemenea o acțiune cancerigenă. Nu se știe precis dacă aceste substanțe sunt cancerigene prin natura lor fizico-chimică sau prin determinarea pneumoconiozei, al cărei rol însă, în timpul din urmă, este detestat de unii autori (Seyfarth, Staehelin, Rostoski).

Tot în legătură cu importanța momentelor iritative în geneza cancerelor pulmonare primitive amintim cancerul pulmonar dela Schreeberg, care era punctul de plecare al studiilor asupra etiologiei cc. pulmonar primitiv. Prima observație asupra acestui cancer a fost făcută de W. Hesse, în 1879, confirmată mai târziu de F. H. Härtling, Ancke, O. Korner și a. În minele dela Schneeberg, care sunt în deosebi bogate în Bismut, Nickel, Cobalt, Arsen, au fost ocupați în medie 650 lucrători, din cari după o muncă de 10—20 ani, 75 la sută se îmbolnăveau de cancer. După $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{2}$ an dela ivirea primelor simptome, bolnavii sucombau, într'un procent de 19—14 la sută anual. W. Hesse și Härtling susțineau că, dezvoltarea cancerului ar fi datorită inhalării zilnice, de câteva miligrame, a prafului bogat în arseniat de cobalt, după Ancke, o formă ușor solubilă, care se resoarbe în organism, spre deosebire de alte mine de arsen ca Freiburg, unde arsenicul se află sub formă de combinațiune sulfurată, mai greu solubilă. Cohnheim, în 1882, credea că boala e datorită unui agent animat conținut în apa minelor. Riesel (1921), susține rolul inhalăției prafului de cobalt și a compușilor arsenicali gazoși. Rostoski și Saupe cred că pulberea din minele dela Schneeberg este nocivă și în mod mecanic, particulele fiind foarte ascuțite. La această acțiune, se adaugă și compoziția chimică, minereul conținând bismut, arsenic, cobalt, nickel și cuarț. Al treilea factor ar fi cel actinic, pulberea fiind foarte radioactivă. Assmann crede că inhalarea pulberii care are o acțiune mecanică, chimică, radioactivă și înconsențiat pneumoconioza ar avea numai rolul unui factor preparant.

În ceea ce privește factorul profesional nu se poate afirma nimica cu siguranță, la lucrătorii din marile industrii, siderurgice, metalurgice, din industrii chimice, vopsitorii chimice, fabricile de tutun, apoi ceferiștii, șofeurii

Ferenczy și Matolcsy au constatat că din cele 282 cazuri studiate, $\frac{3}{4}$ au survenit la lucrători, dintre cari, 43 la sută aparțineau meseriilor, în care căile respiratorii erau expuse iritațiilor continue.

După statisticele cele mai bune, cancerul se dezvoltă cu predilecție în plămâni sau bronșiile deja atinse de vreun proces patologic și trebuie să recunoaștem împreună cu Berblinger că între aceste mai frecvente sunt cele care au la bază metaplazia epitelială.

Dintre bolile care produc mai frecvent grave alterațiuni ale țesutului pulmonar sunt tuberculoza pulmonară cronică și gripa, considerate de către cei mai mulți ca factori esențiali în geneza cancerului pulmonar. Simmonds, Askanazy, Schmidtman, Siegmund și alții au stabilit că este posibilă metaplaza epitelului ciliat al mucoasei bronșice, sub influența infecției gripale. Askanazi consideră gripa ca o afecțiune precanceroasă. În privința tuberculozei, Wazagy, Robbert, Karvenstein, Menetrier, Marchesani, Friedländer, Volf Peron, Wolf și Herman, Bejach, Villy, Siegmund, relevând importanța ce o are acest proces, atribuie acestuia valoarea factorului specific fundamental dacă nu exclusiv. Contra acestei teze se pronunță Kikuth, Carmen, Hue-ser, Ferenczy și Matolcsy, Casolo. După statistica lui Rokitan-sky, Lubarsch, Reinhardt, frecvența asociației celor două afecțiuni la același individ și în același organ, ar fi mică.

Lubarsch admite că asociația cancerului cu tuberculoză la plămâni, se poate constata în cinci condiții diferite: 1) coincidență întâmplătoare, 2) dezvoltare simultană, 3) dezvoltarea cancerului pe un focar tuberculos, 4) localizarea tuberculozei mai recente în vecinătatea tumorii și 5) cancer metastatic pe un focar tuberculos.

Reinhardt constată că aproape întotdeauna e vorba de procese tuberculoase absolut inactivă sau vindecate și numai în puține cazuri, localizarea se poate face pe leziuni acute. Friedländer, Schwalbe, Wolf, Perrone susțin, că cc. pulmonar se poate dezvolta și în perețele cavernelor tuberculoase.

Un rol tot atât de mic, în geneza cancerului pulmonar, îl au și alte boli pulmonare cronice, ca pneumoconioza, bronșita, bronșectazia și sifilisul pulmonar.

În privința etiologiei bacteriene sau parazitare a neoplaziilor, cercetările nu reușesc să demonstreze această origine. Unii admit existența unui ultravirus care ar avea rolul primordial în geneza tumorilor.

Referitor la grupa a doua a factorilor de ordin intern sau endogen, cercetările nu au reușit încă să aducă vre-o lămurire absolută. În timpul din urmă o atenție deosebită este îndreptată asupra dispoziției biologice și biochimice a organismului sau așa numitului teren biologic al cancerului.

Anatomia Patologică.

Punctul de plecare al cc. pulmonar primitiv este aproape totdeauna epiteliul bronșiilor mari sau a bronșioloanelor și numai în cazuri cu totul rare și neprecizate bine, este epiteliul alveolar. Sonnenfeld, la 76 cazuri constată numai 2 plecate din epiteliul alveolar, Kikuth 1 caz; Marchesani: 3 (11%), Sachs: 2 (5%), Schanini: 1, Breckwoldt: 5 (25%), la fel Kretschmeyer, Loehlein, Knieriem. Paessler neagă existența unui cancer alveolar primitiv propriu zis (Pekelis). Tesuturile de plecare a acestor neoplazii sunt: epiteliul cilindric de înveliș al bronșiilor, epiteliul glandelor mucoase și epiteliul de înveliș alveolar (Banti, Foa, Beitzke, Lubarsch etc.). Punctul de plecare al unei treimi din totalul cazurilor descrise în literatură (Pekelis) este prima porțiune a bronșiilor principale, sub bifurcație, în punctul unde se divid bronșiile lobare. Faptul acesta ar avea importanță din punct de vedere etiologic, deoarece acesta e punctul cel mai expus factorilor no-civi. În această regiune se află și cicatrici tuberculoase și sifilitice, care, precum se știe, pot constitui substratul precarcinomat.

Ce privește sediul, Walther Fischer, constată că din 3735 de cazuri, 1973 prezentau cancerul la dreapta, 1699 la stânga, iar 63 în ambii plămâni, prin urmare un raport de 116.100. Fe renczy, 169 la dreapta, 110 la stânga. Ewing, 54% la dreapta, 36% la stânga. Dora Hanf: 95 drept; 72 stg. Huguenin: 23 la dreapta, 16 la stânga. Prin urmare plămânul drept prezintă o localizare mai mare, iar în plămân sediul cancerului e mai frecvent în lobul superior

Walther, la 784 cazuri de cancer a constatat următoarea localizare:

în lobul superior drept	la 148 cazuri
„ mijlociu „	la 15 „
„ inferior „	la 129 „
„ superior stâng	la 130 „
„ inferior „	la 104 „
în bronșia dreaptă	la 142 „
„ stângă	la 115 „

Această localizare predilectă a cancerului în plămânul drept, faptul observat și în alte afecțiuni pulmonare, ca tuberculoza, și-ar găsi, în parte, explicația în calibrul și direcția bronșiei drepte favorizând iritațiile cronice.

În sfârșit, cancerul pulmonar primitiv poate avea câteodată și localizare bilaterală. Ewing a observat aceasta în 10% a cazurilor sale, Briese în 6 cazuri, iar Schmorl susține că, forma aceasta de localizare este una din particularitățile cancerului dela Schneeberg.

Aspèctul macroscopic.

Aspectul cancerului pulmonar primitiv este foarte variabil și depinde de stadiul de dezvoltare al tumorii. El se poate înfățișa uneori ca un bloc masiv și dens, alteori sub formă de ramificații fine, sau să prolifereze în masă, ca să infiltreze, fără a i se putea recunoaște limitele, sau sub formă de tumori dure, scleroase. Culoarea sa poate să varieze de la albă cenușie — roz — gălbuie la brun murdar. Referitor la consistență, aceasta poate fi cea a parenchimului quasi normal, însă de cele mai multe ori, e mărită, câteodată cărnosă ca în atelectazie sau indurații croice. Câteodată ea e considerabilă. mai ales în cazuri de cc. hilar circumscris, justificând vechea denumire de „carcinoma simplex solidum“. Altădată se pot întâlni caverne mari, de obicei unice sau în număr redus, formă numită de unii autorii „cancer cavitat“. Din cauza aspectului său foarte variat, o clasificare macroscopică unitară este foarte dificilă.

S'au încercat nenumărate clasificări, fie clinice, fie anatomo-patologice, fie histologice.

Hampeln distinge o formă bronșică, o formă pleurală, unilobară, o tumoră hilară și un tip multinodular. Haynes și Gaskel, disting trei tipuri mari: un epiteliom bronșic, un epiteliom mucipar și al treilea, difuz, cu plecare din țesutul pulmonar.

Wahl clasifică astfel: cc. al bifurcației, cc. al bronșiilor mari, cc. bronșiilor mici și cc. alveolar.

O clasificare mai rațională este cea făcută de Grueter, care distinge o formă circumscrisă, o formă hilară, o formă difuză și o formă endotelială sau pleurală. O clasificare bazată pe considerațiuni analoge este cea făcută de Letulle: formă hilară broncho-pulmonară, formă masivă, nodulară și o formă localizată, cavitată sau „bronșiectazie canceroasă“.

Walther Fischer, dă următoarea clasificare:

1. Forma masivă nodulară, cu predilecție în reg. hilară,
2. „ difuz infiltrativă, asemănătoare pneumoniei,
3. „ miliară nodulară.

Huguenin dă următoarea clasificare:

1. Forma circumscrisă
2. „ lobară sau pseudolobară
3. „ masivă cu debut hilar
4. „ pleurală
5. „ mediastino-pulmonară
6. „ nodulară
7. „ hilară sau bronșială.

Alte clasificări s'au făcut din punct de vedere radiologic, dintre care amintim:

Huguenin :

1. Forma circumscrisă
2. „ cavitată
3. „ masivă

4. Forma lobară
5. „ pleurală
6. „ mediastino-pulmonară
7. „ nodulară
8. „ juxta mediastinală.

Iar după Clinica Medicală din Cluj, avem următoarea clasificare:

1. Forma circumscrisă
2. „ masivă
3. „ pleuro-pulmonară
4. „ mediastino-pulmonară
5. „ hilară zisă bronșică.

Beitzke propune, după aspectul macroscopic, clasificarea acestor tumori în 2 grupe; în primul neoplazia se prezintă sub formă de noduli circumscriși, mai mult sau mai puțin numeroși, de volum variabil dela mărimea unui bob de fașole la cea a unui ou de găină, de consistență foarte variată. Beitzke insistă asupra autonomiei morfologice a acestei forme, considerând caracteristică, circumscrierea precisă a nodulilor neoplazici în raport cu parenchimul pulmonar din jur. Metastazele acestei forme se pot localiza în organele cele mai îndepărtate.

A doua formă macroscopică propusă de Beitzke, este caracterizată prin tendința țesutului neoplazic de a infiltra și de a se propaga fără limită și de a compromite rapid cele mai vaste porțiuni ale parenchimului pulmonar și în sfârșit organele limitrofe. Difuzarea tumorii în plămâni se face uniform și îi conferă clasicul aspect al unei infiltrații pneumonice, prezentându-se ca un cancer lobar (Fox, Casolo). În aceste forme sunt destul de frecvente zone de necroză cavitară, cu formare de caverne.

Dr. Prof. T. Vasiliu, simplifică clasificarea, împărțind carcinomul pulmonar în două grupe și anume:

1. Carcinomul hilar, și
2. Carcinomul lobar (circumscris sau difuz)

Această împărțire se poate desface în o mulțime de varietăți

În Carcinomul hilar se încadrează forma bronșială și forma mediastino-pulmonară.

Această formă, care e cea mai frecventă, se prezintă ca o tumoră nodulară localizată aproape de hil, uneori bine delimitată, alteori nu, care de obicei pleacă din masa mucoasă bronșilor mari de bifurcare, infiltrându-se în masa pulmonară, sub forma unor bande radiare de țesut neofomat, prinzând și ganglionii hilari. Pe suprafața mucoasei bronșice se văd ridicături nodulare, uneori ulcerate ori formațiuni polipoide, iar la secțiune se văd mase albicioase, care pătrund în grosimea peretelui bronșial în parenchimul pulmonar din jur și depe care se rade un suc alb-lăptos.

Ca aspect macroscopic, carcinoamele aceste sunt variate, atât în privința mărimii nodulilor tumoralii, cât și în cea a pătrunderii lor în parenchimul pulmonar. În această formă de cancer în-

tâlnim cel mai des structurile bronșiale, atât prin formațiunile polipoide cât și prin compresiune asupra bronșiei. La Cluj s'a constatat în 15 cazuri la 40 de cc. (R. Popa-Radu).

Uneori țesutul tumoral se poate necroza la centru, care prin eliminare poate da naștere unei caverne, cu pereți neregulați, formați din țesutul necrozat. Prin infecții secundara, cancerul se poate complica cu pneumotorace, pnoneumotorace sau gangrenă pulmonară.

Prin desvoitare, tumoara, mai ales când punctul ei de plecare este bronșia principală, poate trece în mediastinul anterior, dând forma mediastino pulmonară care nu reprezintă altă ceva decât metastazele carcinomatase în ganglionii mediastinali. Într'o porție mai mică interesează foițele pleurale, miocardul, sternul, coastele, coloana vertebrală.

A doua formă, este cea lobară, circumscrisă sau difuză. În această grupă de cancer, sunt noduli mai mult sau mai puțin circumscriși situați în plin parenchim pulmonar sau interesând un lob întreg, constituind forma numită de unii autori masivă. Uneori infiltrația neoplazică poate interesa un plămân întreg, putându-se confunda cu pneumonia cazeoasă. În aceste forme nu se constată ulcerări ale mucoasei bronșice. În cazul când un lob sau plămânul este invadat în întregime, și tumoara fiind masivă, volumul și greutatea plămânului sunt considerabil mărite. Consistența poate să fie mai dură, plămânul fiind traversat de bande albicioase, care confluează în unul sau mai mulți noduli, sau poate fi mai moale, plămânul fiind friabil la presiune. Tumoara, pe suprafața de secțiune are aspectul unei mase pline, omogene, de culoare albă-gălbuie sau cenușie, răzându-se depe suprafața ei un suc alb, lăptos.

În forma circumscrisă nu se constată legătura între bronșie și neoplasm, constituind o dificultate în punerea diagnosticului, mai ales când, din cauza necrozei țesutului neoplazic, se produce excavarea tumorii. Forma aceasta se asociază deseori cu tuberculoza. Forma aceasta dă puține metastaze.

Cancerul pulmonar dă foarte frecvent metastaze. Ca toate metastazele, ele au două căi de propagare, pe primul plan fiind căile limfatice, apoi urmează calea sanghină.

În plămân metastazele se pot propaga în mod excepțional și pe căile aeriene. În primul rând și cel mai frecvent, sunt interesați ganglionii tributarai plămânului (90 la sută), inter-tracheo bronșici, mediastinali, axilari și cei supravalculari. Pe secțiune, aspectul adenopatiilor este asemănător cu cel al tumorii primitive. După sistemul limfatic, mai frecvent sunt prinse, — după statistica Popa — Radu, — : pleura (47,5 la sută), ficatul (37,5 la sută), pericardul (27,5 la sută) diafragma (27,5 la sută), oasele (25 la sută), suprarenalele (20 la sută), rinichii (15 la sută), creierul (12,5 la sută), etc.

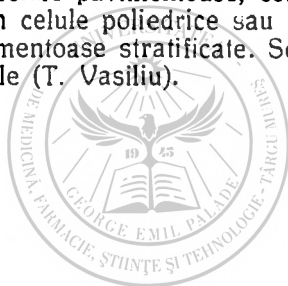
Aspectul microscopic al tumorilor. Prof. T. Vasiliu observă trei varietăți de structură în carcinoamele pulmonare, și anume:

1. Carcinomul cu celule cilindro-cubice, care prezintă o structură alveolară sau glandulară, fiind mai des întâlnit în carcinoamele bronșiilor. În această formă se întâlnesc formațiuni papilare, uneori cu celule mucogene, mai rar celulele ciliate.

2. Carcinomul cu celule rotunde mari, în care alveolele sunt pline cu celule cubice rotunde și unde cu greu se mai poate stabili caracterul epitelial.

3. Carcinomul cu celule mici rotunde, este o formă mai rară. Această tumoră este bogată în celule și e săracă în stromă. Celulele aceste se prezintă sub 2 aspecte: sau rotunde, mici, fără protoplasmă individualisabilă, semănând cu limfociți, sau au aspectul celulelor fuziforme, cu protoplasmă foarte redusă, cu nucleul ovoid. Unii autori au dat acestei forme numele de sarcom cu celule mici fuziforme (Menetier) sau chiar limfosarcom. Sunt multe considerații, cari fac să fie totuși interpretate ca celule epiteliale, deci aceste tumori sunt carcinoame adevărate.

Carcinomul cu celule pavimentoase, este spino-celular, fără cornificații, format din celule poliedrice sau de tip intermediar, dispuse în lame pavimentoase stratificate. Se constată și formațiuni de perle epiteliale (T. Vasiliu).



Cercetări personale.

Cazul 1. Este vorba de un bărbat de 35 ani, sucombat în serviciul Clinicei Psihiatrice. Se internează la Sanatorul Clinicej Medicale, cu o stare febrilă care evolua de câteva luni cu tusă și expectorație muco-purulenta, din când în când sanghiolentă. La 3 luni dela internare, simte dureri vagi în membrul superior drept și ușoară jenă în timpul mișcărilor. La 10 luni, starea generală se prezintă foarte alterată, apar durerile în hemitoracele stâng, tusă chinuitoare, cu o rară expectorație muco-purulentă. La examenul fizic se constată la baza stângă o matitate rezistentă cu respirație abolită. Din punct de vedere psihic, prezintă o ușoară confuzie, apatie și somnolență. Mai târziu bolnavul face o hemiplegie dreaptă și prezintă turburări de vorbire, care se accentuiază pe zi ce trece. Cu aceste fenomene este transpus la Clinica Psihiatrică, unde după 2 săptămâni de ospitalizare sucombă, cu diagnosticul clinic de: Tbc. pulmonară.

La autopsie se constată în lobul frontal stâng, o tumoară ovoidă, delimitată, de mărimea unei mandarine, de culoare albă-cenușie.

Plămânul stâng. În cavitatea pleurală stângă se găsește o cantitate de ccc. 250 cm² lichid sero-fibros. Plămânul pe întreaga suprafață anterioară, prezintă puternice aderențe fibroase cu pleura parietală. La palpare, plămânul are consistența dură, iar pe suprafața de secțiune se constată în vecinătatea hilului o masă dură, albicioasă, de mărimea unei nuci, cu conturul neregulat, care infiltrează țesutul pulmonar peribronșic, prinzând și ramura de bifurcație a bronșiei mari. Pe suprafața de secțiune, se vede peretele bronșiilor mai îngroșat, înconjurat de un țesut albicios, dispus ca un manșon, din care pleacă bande iradiante în parenchimul pulmonar. La deschiderea bronșiei de bifurcație, se observă pe mucoasă niște formațiuni nodulare mici, moi, iar pe secțiune se observă că acest țesut, albicios, străbate grosimea peretelui, pătruzând în țesutul pulmonar din vecinătate.

În lobul inferior se constată trei cavități neregulate, cu pereții acoperiți cu o masă roșietică-negriceasă, murdară, cu un miros fetid. Ganglionii de bifurcație sunt măriți ca volum, elastici, antracotici.

Examenul histologic. Secțiunile făcute din plămân arată prezența unei peoplazii nodulare, formată dintr'un țesut epitelial pavimentos, care trece fără limită precisă în parenchi-

mul pulmonar. Țesutul neoplazic este format din celule variate, unele de dimensiuni foarte mari, gigantice, altele cu aspect poliedric și dispoziție pavimentoasă. Tumoara este foarte săracă în stromă și prezintă mari porțiuni necrotice.

Pleura este acoperită cu un gros strat purulent. Metastaze cu aceeași structură microscopică se găsesc în ganglioni hilari, care prezintă și o bogată infiltrație cu cărbune.

În rezumat este vorba de un carcinom pulmonar primitiv, cu caracter pavimentos, cu metastaze în ganglionii hilari.

Cazul II. Este vorba de un bărbat de 72 ani, pensionar, sucombat la Clinica Chirurgicală din Cluj.

Antecedentele heredo-coaterale sunt fără importanță.

Antecedente personale: Reumatism al piciorului drept. Neagă bolile infecto-contagioase și venerice. Fumător și alcoolic moderat. Boala a debutat cu oboseală în timpul mersului, din care cauză se internează la Clinica Medicală, unde rămâne 4 săptămâni, făcându-i puncții repetate.

La examenul aparatului respirator se constată: la percuție asupra hemitoracelui drept, o matitate până în dreptul coastei a IV-a, în rest sonoritate pulmonară. La auscultație, asupra matității, respirație abolită.

Este transpus la Clinica Chirurgicală, cu diagnostic clinic de empiem pleural drept. I se face intervenția chirurgicală: rezecția coastei a IX-a, preurotomie, și se extrage un lichid purulent gălbui-cremos și se drenează cavitatea pleurală. La o săptămână după operație, bolnavul sucombă brusc, în urma unui colaps cardiac, și este trimis pentru autopsie.

La autopsie (No. 6189 A), se constată, în cavitatea pleurală dreaptă, care era drenată, un rest de lichid purulent gălbui-cremos. Pleura viscerală dela baza plămânului drept, este mult îngroșată de culoare gălbui. În lobul inferior drept, pe secțiune, se constată o masă tumorală, de culoare albicioasă-gălbui, ovoïdă, cu centru de culoare cenușie-roșietică. Ganglionii hilari, pe secțiune, prezintă noduli mici, albicioși.

Examenul histologic. Alveolele pulmonare sunt dilatate, și umplute cu celule rotunde, în cea mai mare parte, unele alungite, de diferite mărimi, cu dispoziție epitelială. Celulele sunt furcate și prezintă o dispoziție malpighiană, în multe părți aceste mase sunt necrotice. Se văd unele celule enorm de mari, cu nucleul tachicromatic, tot cu caracter de celule pavimentoase. În jurul acestor mase se vede structura alveolară, cu capilarele ei. În ganglionii hilari (metastaze), se văd celule cu același caracter.

Cazul III. Este vorba de un bărbat de 66 ani, sucombat la Sanatorul Clinicei Medicală din Cluj, cu diagnosticul clinic de Tuberculoză fibrocazeasă. Bolnavul a stat în clinică numai 2 ceasuri, neluându-i-se nici un antecedent.

La autopsie s'a constatat:

Cufia toracică. Pleura: La nivelul coastei a 7-a, în dreapta, se observă o formațiune de mărimea unei mandarine, de consistență aproape dură. Lobul superior drept prezintă consistența f. multe mărită, iar pe secțiune se prezintă de culoare albicioasă, observându-se în centrul lobului o cavitate de mărimea unei nuci, care se continuă cu ramura superioară a bronșiei drepte. În rest, suprafața de secțiune a lobilor pulmonari are o culoare roșietică, scurgându-se depe suprafața de secțiune mult lichid sanghinolent, aerat.

Ficatul. mărit de volum, pe secțiune, prezintă o culoare brună-verzuie, prezentând noduli, de mărimi variabile ajungând mărimea unei nuci mari. Nodulii sunt albicioși, netezi și duri.

Rinichii, sunt ușor măriți de volum, cu capsula ușor detașabilă. Pe secțiune au o culoare roșie, cu piramidele lui Malpighi mai cianotice. La polul superior al rinich'ului se observă un nodul de mărimea unui bob de linte, de culoare albicioasă, neted, dur.

Examenul histologic. Microscopic tumoara este formată din placarde de celule, compuse dintr'un epiteliu cu caracter pavimentos. Stroma tumorii este formată dintr'un fin reticol conjunctiv. În secțiunile din plămân se mai constată și extinse zone de necroză

Aceeași structură se constată și în nodulii metas ici din ficat, cari sunt bine delimitați de parenchimul hepatic, pe care-l comprimă.

În rezumat, cazul se prezintă cu aspectul microscopic al carcinomului pulmonar primitiv, cu structura pavimentoasă.

Rezumând observațiunile asupra acestor trei cazuri de carcinoame pulmonare autopsiate la institutul nostru, putem ajunge la următoarele considerațiuni:

Ca înfățișare macroscopică și ca frecvență unul (II) aparține formei nodulare circumscrise, unul formei hilare infiltrative (I), iar al treilea formei masive cu necroza cavitară.

În cazurile descrise este vorba numai de bărbați cu vârstă între 35 și 72 ani, unul survenind la 35 ani, iar celelalte două la 66 și 72 ani; frecvența cea mai mare, după statistici, fiind între 40 și 60 ani. Frecvența lor cea mai mare, după statistica Institutului nostru (Dr. Popa - Dr. Radu) este între 40 și 60 ani, adică într'un procent de 62.5 la sută a cazurilor de cc, pulmonar. Kikuth, la 246 de cazuri, a constatat 18 cazuri între 30 și 39 ani, 60 de cazuri între 60-69 ani. iar 30 cazuri între 70-79 ani.

În privința localizării cancerului pulmonar, ne alăturăm majorității statisticelor, constatând unul (I) la plămânul stâng, în regiunea hilară, iar două la plămânul drept dintre cari unul (II) în lobul inferior, iar altul în lobul superior (III). După statistica Dr. Popa — Dr. Radu, privind cazurile (40) între 1920

și 1937, autopsiate la Inst. Anat. Pat. din Cluj, localizarea la stângă este de 51,1 la sută, iar la dreapta de 44,2 la sută.

Toate aceste cazuri au evoluat ca metastaze. În cazurile noastre metastazele ganglionare, care în general sunt cele mai frecvente, (80—90 la sută), am constatat numai la un singur caz (II).

În ordinea frecvenței am întâlnit metastaze în pleură (III) ficat (III), creier (I).

Ce privește aspectul microscopic, în toate trei cazurile structura histologică este aceea a unor carcinoame pavimentoase. Aceste forme sunt destul de rare la plămân și în ceea ce privește explicarea posibilității formării lor, trebuie să avem în vedere transformările celulare metaplazice ale epiteliului bronșic. Acest lucru a fost observat adesea nu numai în procesele tumorale dar și alte procese patologice.

Dintre modificările secundare întâlnite în cazurile noastre amintim ramolirea țesutului tumoral (II și III), formarea cavernelor (III), gangrena (I) și pleurezia, în două cazuri (I, II). Asociația cu tuberculoză sau altă afecțiune pulmonară cronică, care ar avea vr'o legătură genetică cu carcinomul pulmonar, nu am întâlnit în nici un caz



CONCLUZIUNI

1. *Carcinomul pulmonar primitiv nu mai este o boală așa de rară, cum era considerat cu două decenii în urmă*
2. *După statisticile făcute după vârsta sex, profesiune etc. nu se poate ajunge la concluzii precise asupra condițiilor patogenetice și etiologice ale carcinomului pulmonar.*
3. *Carcinomul pulmonar primitiv ocupă locul al treilea, în ceea ce privește numărul cazurilor de carcinoame ale diferitelor organe atinse, în statistica făcută în institutul de anat. patologică din Cluj.*
4. *Sunt mai multe clasificări ale carcinomului pulmonar primitiv, care diferă de la autor la autor. Este avantajos a rămâne la clasificarea simplificată în două mari categorii. așa cum a fost adoptată și în Institutul de Anatomie Patologică din Cluj.*
5. *Formele celulelor întâlnite în carcinomul pulmonar sunt variate. Se pot deosebi celule cubice mici, celule cubice mari, celule cilindrice și celule pavimentoase asemănătoare cu cele malpighiene. După aceste forme se poate face o clasificare histopatologică însă care nu dă indicațiuni asupra malignității formelor.*

Văzut și bun de imprimat

Decanul Facultății de Medicină:
(ss) Prof. I. Drăgoiu

Președintele Tezei:
(ss) Prof. Dr. T. Vasliu

REPORT

The following information was obtained from the records of the Department of the Interior, Bureau of Land Management, regarding the land parcels described herein. The parcels are situated in the State of California, County of [County Name], and are more particularly described as follows: [Detailed description of land parcels, including acreage, location, and ownership details.]

The above information was obtained from the records of the Department of the Interior, Bureau of Land Management, and is being furnished to you for your information. It is to be understood that this information is not intended to constitute a warranty of any kind, and that the Department of the Interior, Bureau of Land Management, does not assume any liability for any errors or omissions in this report.

BIBLIOGRAFIE

- Aschoff: *Pathologische Anatomie*. Jena 1923
- Beitzke: *Pathologische Anat. (von Aschoff)*. Jena 1919.
- Ewing: *Neoplastic diseases*. New York, 1928.
- Fischer W. *Die Gewächse der Lunge u. der Brustfells.*
(*Handbuch d. Speziellen Path. Anat. u. Hist.*: Henke-Lubarsch, v. III, 3, pg. 509-595, 1931.)
- Foá: *Anatomia Patologica*. Milano.
- Hanf Dora: *Zur Frage der Zunahme des Lungenkrebses in den letzten Jahren* (*Virch Arch.* 264, H. 2. P. 366, 1927).
- Huguenin R: *Les aspects histologiques des cancers primitifs des Poumons.* (*Annales d Anat. Pat.*, 6. 1929. 3. 24. I).
- Huguenin R: *Le cancer primitif du Poumon*. Paris. 1928.
- Ionescu-Mureșan: *Trois cas de carcinome primitif de Poumon* (*Bull. Soc. Médicale, București*, No. 1. 1940).
- Kaufmann: *Lehrbuch der speziellen Pathologischen Anatomie* 1922.
- Kikuth W: *Über den Schneebergerlungenkrebs.* (*Virch. Archiv*, 1921. Bd. 230. p. 76.
- Kikuth W: *Über Lungencarcinom.* (*Virch. Arch.* 1925. Bd. 255. p. 107-128).
- Pekelis E: *Contributo allo studio anatomo-patologico dei carcinomi primitivi del pulmone.* (*Tumori. A. XVII. f. I.*).
- Popa R.-Radu P: *Considerațiuni anatomo-clinice asupra cancerului pulmonar, în legătură cu 40 cazuri autopsiate.* „Cancerul” VI-a No 3. pg, 131-151. 1938).
- Ribadeau-Dumas: *Cancer pleuro-poulmonaire* (*Nouveau traité de médecine. T. XI. p. 594. 1926*).
- Uhlig M.: *Über den Schneebergerlungenkrebs.* (*Virch. Arch.* 1921. B. 230. p. 76).
- Vasiliu Titu: *Tratat de anatomie Patologică-Clinică Cluj* 1940.
- Wolff I: *Die Lehre v. d. Krebskrankheiten.* 1911.