

Contribuțiuni la studiul Cancerului tiroidian

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA 20/I 1928

DE

POP DIONISIU



Contribuțiuni la studiul Cancerului tiroidian



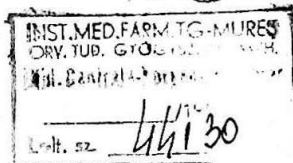
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA

DE

POP DIONISIU

24 MAY 2005



CLUJ

TIPOGRAFIA „DACIA”, CALEA VICTORIEI No. 7.

1 9 2 8.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan : D-nul Prof. Dr. MIHAIL A. BOTEZ.

Prodecan : D-nul Prof. Dr. TITU VASILIU.

Profesori :

Patologia generală și experimentală	D-l Dr. <i>Botez A. M.</i>
Istologia și embriologia umană	" " <i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	" " <i>Gane T.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	" " <i>Grigoriu C.</i>
Istoria medicinei	" " <i>Guiart I.</i>
Clinica medicală	" " <i>Hațiegan I.</i>
Clinica chirurgicală }	" " <i>Iacobovici I.</i>
Medicina operatoare }	" " <i>Iacobovici I.</i>
Farmacologia și farmacognozia	" " <i>Martinescu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	" " <i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	" " <i>Minea I.</i>
Medicina legală	" " <i>Minovici N.</i>
Igienă și igiena socială	" " <i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	" " <i>Negru D.</i>
Fiziologia umană	" " <i>Nițescu I. I.</i>
Farmacia chimică și galenică	" " <i>Pamfil Gh.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" " <i>Papilian V.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	" " <i>Papilian V.</i>
Clinica stomatologică (supl.) }	" " <i>Predescu-Rion I.</i>
Clinica dermato-venerică	" " <i>Tătaru C.</i>
Chimia biologică	" " <i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	" " <i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	" " <i>Vasiliiu Titu</i>

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte : D-l Prof. Dr. Iacobovici I.

Membrii :
}

 " " " *Vasiliiu T.*
 " " " *Hațiegan I.*
 " " " *Papilian V.*
 " " " *Predescu-Rion I.*

Supleant : Conf. Dr. Teșoscu E.

Parinților mei

închin această lucrare, în semn de dragoste și recunoștință.



Aduc mulțumirile mele

Dlui Prof. Dr. S. Iacobovici

pentru cinstea, ce-mi face, primind a-mi prezida lucrarea aceasta.



Introducere

Nu am, și n'am avut nici odată pretențiunea ca să dau prin prezenta o lucrare originală. Dar și ce se putea spune original despre cancerul tiroidian, care a fost așa de mult cercetat de cei mai de seamă autor ai științei medicale.

N'am pretenția nici de a face o lucrare complectă, pentru că în cazul acesta ar trebui să mă ocup ani de-a rândul cu această chestiune, fără ca să pot face altceva, decât să plagiez ceea ce autorii vechi și noi au pus la punct așa de frumos.

Munca mea s'a mărginit mai mult la colectarea și studierea a celor câteva cazuri de cancer tiroidian înregistrate la clinicele noastre, dintre cari unele prezintă un interes special prin faptul, că s'au prezentat cu un tablou clinic absolut aparte. Prezintă chestiunea luminată mai mult din punct de vedere practic, insistând asupra diagnosticului precoce și asupra tabloului clinic atât de proteiform. — Descriu mai pe larg formele latente, cari prezintă un interes științific special și cari sunt până acum mai puțin studiate.

Chestiunea cancerului tiroidian prezintă un interes deosebit mai ales pentru țara noastră, unde gusa este cât se poate de răspândită. La noi, unde sunt județe cu 1000 de gusați la 53 mii de locuitori, (Jud, Vijița) desigur că și chestiunea cancerului tiroidian e o problemă actuală. Putem presupune, că multe guși se cancerizează neobservate de nimeni, chiar pentru că nu se insistă destul asupra acestui fenomen și pentru că nu se caută a se depista la timp simptomele degenerescenței canceroase.

Nu pot să închei aceasta mică introducere, fără să aduc viile mele mulțumiri *Dlui Prof. Dr. Titu Vasiliu* pentru îndrumările și sfaturile prețioase date referitor la construirea acestei teze.

Deasemenea îmi exprim mulțumirile mele *Dlui șef de lucrări Dr. Popa Rubin*.

Colegilor *D. Duma* și *I. Mihalca* recunoștință prietenească pentru ajutorul dat la colectarea materialului.

Embriologia

Glanda tiroidă este un derivat branchial cu origine în epiteliul faringian. Clasic se admite, că se dezvoltă din trei muguri: Unul median, situat la nivelul celui de al doilea arc branchial sub forma unei mici fosete, care se transformă într'o vesiculă epitelială. Lumenul dispărând glanda devine endocrină. E în legătură cu limba prin canalul tireoglos a lui His, a cărui porțiune superioară la adult dispare, lăsând ca urmă „foramen caecum“-ul dela baza limbii, iar din porțiunea inferioară se dezvoltă piramida lui Lalouette, precum și tiroidele accesorii.

Mugurii laterali provin din a patra pungă branchială. Sunt uniți cu faringele prin canalul tireofaringian, unindu-se cu mugurele median formează o rețea de cordoane pline, din transformarea cărora naște tiroida.



Anatomia și histologia

Corpul tiroid e o glandă endocrină, situată în regiunea subhioidiană, înaintea conductului laringo-tracheal. Forma ei e comparabilă cu un H, fiind constituită din 2 lobi laterali uniți printr'o parte intermediară, numită istm.

Tiroida e conținută într'o loje formată dintr'un înveliș fibroconjunctiv și dependinte de aponevrozele gâtului. Se fixează bine de conductul respirator, pe care îl însoțește în mișcările lui. Intre teacă și corpul glandei este „spațiul tiroidian“, traversat de vasele tiroidei, formând o zonă vasculară periculoasă în extirpările subcapsulare a tumorilor tiroidiene.

Glanda mai are o capsulă fibroasă proprie — aderentă de parenchim — sub care vasele se ramifică în țesutul glandular.

Raporturi: Tiroida are raporturi foarte importante cu organele vecine; cunoașterea lor explică în bună parte simptomatologia clinică a afecțiunilor tiroidiene.

Istmul se mulează pe primele inele tracheale prin intermediul unui plex venos, de unde nasc în parte venele tiroidiene inferioare. Fața lui anterioară e superficială, fiind acoperită de piele, țesut celular subcutanat și de cele 2 aponevroze cervicale. — *Lobii* se

aseamână cu o piramidă triunghiulară; fața *externă* e mascată de mușchii subhioidieni. Fața *internă* îmbrățișează părțile laterale, a conductului laringo-tracheal și părțile corespunzătoare din faringe și esofag. Mai e în raport aceasta față cu nervul recurent. Fața *posteroară* e în raport cu pachetul vasculonervos al gâtului, cu artera vertebrală și cu ganglionul mijlociu a simpaticului cervical.

Vascula izația tiroidei e dată de art. *carotidă externă* prin ramurile tiroidiene sup., și de art. subclaviculară prin tiroidiana inferioară. E importantă din punct de vedere operator existența unei anomalii arteriale „tiroidiana mijlocie a lui Neubauer“, precum și raporturile pe cari le are tiroidiana inferioară cu nervul recurent, situația lui putând fi anterioară sau posteroară față de arteră. *Venele* nasc dintr'un bogat plex peritiroidian, din care se diferențiază în general trei grupe venoase, cele superioare și mijlocii fiind tributare jugularei interne, cele inferioare trunchiului venos brachiocefalic stâng.

Limfaticile formează un puternic plex chiar în grosimea capsulei. Ramurile eferente, cari pleacă de aici se disting în *ascendente* — cari se termină în ganglionii prelaringieni, tirocarotidieni și cervicali profunzi, *descendente*, cari se varsă în ganglionii pre- și laterotracheali, cari la rândul lor vin în relație cu grupul retrosternal, tributare canalului toracic.

Inervația e dată de pneumogastric prin nervul laringeu superior și prin nervul recurent. Inervația simpatică e dată de ganglionul cervical mijlociu.

Importante sunt formațiunile glandulare endocrine numite *paratiroide* în raport foarte intim cu tiroida. Ele sunt *interne*, conținute chiar în parenchimul tiroidian — de obicei una pentru fiecare lob, (în ultimul timp existența lor e contestată de unii) și *externe* situate pe partea posteroară a lobilor, de obicei câte 2 de fiecare parte. Paratiroidele sunt conținute în loja tiroidiană.

Histologia.

Examinând structura histologică a unei secțiuni făcute prin corpul tiroid constatăm, că la periferie este înconjurat de o capsulă conjunctivă, din care pleacă spre interiorul glandei niște septe de aceeași natură, cari separă unele de altele vesiculele glandulare.

Fiecare din aceste vesicule constituie o glandă în miniatură; pe secțiune au un contur ovalar, iar după Streif după reconstituirea glandei unele ar avea o formă tubulară închisă fără a avea un canal excretor, ceea ce dă caracterul de glandă endocrină.

Vesicula tiroidiană e formată dintr'o membrană bazală, pe care sunt așezate celulele glandulare într'un singur rând închizând o cavitate plină cu substanță coloidă retractată. Celulele glandulare sunt de 2 feluri: Unele *principale* cu protoplasma clară, iar altele *coloide*, cu protoplasma granulară.

În țesutul conjunctiv intervesicular se găsesc vasele sanghine, cari formează la exteriorul vesiculelor o rețea fină capilară. Dease-menea există o rețea bogată limfatică, în care pare că se varsă secrețiunea tiroidiană.

Paratiroidele sunt formate din cordoane celulare anastomozate, între cari se găsesc capilarele. Și aci avem 2 feluri de celule: Unele cu protoplazma clară, iar altele cu protoplazma granulară.

Noțiuni de fiziologie

Hormonul tiroidian controlează și stimulează creșterea țesuturilor în general și în special influențează sistemul osos, adipos, pilar și nervos. Lipsa lui, în caz de hipofuncțiune produce *mixe-demul*, caracterizat printr'o astenie neuropsihică, infiltrație celulară și hipotermie, tulburări, cari la generațiile următoare duc la cretinism. Acest hormon e caracterizat prin prezența iodului. Mai multe elemente au fost puse în evidență din acest secret, fără însă să conțină în totalitate calitățile hormonului fiziologic; așa este iodo-tirina lui Baumann, ceva mai pur e tirotoxina lui Kendall.

Hormonul tiroidian e în strânsă corelație funcțională cu hormonul celorlalte glande endocrine, în cât perturbările în funcțiunile uneia se repercută asupra celorlalte dând un dezechilibru pluri-glandular.

Dis-și hiper-tiroidismul dă boala lui Basedow, caracterizată prin gușe, metabolism bazal accelerat, tachicardie, exoftalmie cu fixitatea și strălucirea privirii, tremurături, echilibru psihic deranjat, excitabilitate mare etc. În general animalele tinere suferă mai mult în caz de tulburări funcționale a tiroidei; el vor prezenta o desvoltare disarmonică în creștere.

Ce privește hormonul paratiroidian el este și mai puțin cunoscut. Hiposecreția lui dă o urcare a schimbului de Az în consecință o denutriție ce duce la cașexie, apoi o hiperexcitabilitate neuro-musculară, care provoacă fenomenele de *tctanie*. Aceste tulburări țin probabil de metabolismul viciat al Calciului și anume: lipsind ionul Ca, antagonistul său K ne mai putând fi contrabalansat își desvoltă acțiunea în totalitate, dând acele fenomene spazmodice. Mai nou se crede, că hormonul paratiroidian controlează metabolismul *guanidinei* — substanță toxică — care acumulează în organism dă fenomenele de tetanie.

În concluzie putem spune, că paratiroidele joacă un rol antitoxie, pe când tiroida prezidează la fenomenele de nutriție generală.

Anatomia patologică.

Voiu studia aceasta chestiune mai mult în legătură cu cazurile observate.

Macroscopic cancerul se poate prezenta sub diverse aspecte. Vom găsi de regulă la început un mic nodul situat într'un lob tiroidian, care însă nu deformează aspectul glandei, ci se simte mai mult la palpare. Acest nodul e dur, având uneori consistență cartilagineasă și e bine delimitat de țesuturile sănătoase.

Intr'un stadiu mai înaintat crește, ajungând la mărimea unei nuci, sau a unui ou. *La palpare* vom găsi, că consistența tiroidei e mărită la acest nivel. *La secțiune* vom vedea că acești noduli au conture bine delimitate, de formă rotundă, sau ovoidă, de culoare cenușie galbenă, alteori brună. De pe suprafața lor se rade un suc lăptos. În acest stadiu, — deși tiroida prezintă o ușoară hipertrofie, — totuși forma ei e păstrată, raporturile menținute și capsula e neatinsă. Mai târziu tumoarea crește foarte mult, interesează și capsula, intrând astfel în *perioada extracapsulară* când tumoarea rupe barierele capsulei și invadează țesuturile vecine.

În alte cazuri se observă la secțiune în locul nodulilor o serie de cavități *chistice* de diferite mărimi pline sau cu o substanță coloidă, mucilaginoasă, sau cu sânge. Uneori după scurgerea sângelui observăm pe perețele cavităților mici granulațiuni dure, calcare. Între aceste formațiuni chistice se pot observa noduli tumoralii solizi, de culoare galbenă roșietică. Acest aspect, în unele locuri cu părț dure, în altele cu consistență fluctuantă e caracteristică cancerului tiroidian.

Histologia patologică

O descriere amănunțită a histologiei cancerului tiroidian, din cauza formelor foarte variate sub care se prezintă ar putea să formeze obiectul unui studiu special și chiar din motivul acesta voiu căuta să dau numai o schemă generală a acestei părți.

Din punct de vedere histo-fiziologic celulele tiroidiene au o polaritate funcțională bine definită și anume: Porțiunea bazală reprezintă polul care vine în raport cu vasele și care dă secrețiunea internă, iar polul apical prezintă granule de coloid, cari vor fi excretate în interiorul vesiculelor. În caz de cancerizare al acestor celule ele pot să-și păstreze polaritatea și vor da tipul de cancer vesicular, iar în caz contrar vor da diferitele cancere trabeculare și atipice.

Cancerul tiroidei histologic se clasifică în: 1. Tipic, 2. Atipic. Din seria cancerelor **tipice** fac parte: 1. *Gușa malignă* sau epiteliomul adenoid, care se deosebește de gușa benignă, prin aceea că prezintă celule polimorfe mai clare ca celulele normale și aceste sunt pe cale de mitoză atipică. 2. *Adenocarcinomul* caracterizat prin o proliferație mai accentuată a celulelor neoplazice, cari se aseză pe mai multe straturi în vesiculele tiroidiene, iar în unele locuri rup membrana bazală, proliferând în spațiile întervesiculare. 3. *Cistoepiteliomul papilifer* caracterizat printr'o dezvoltare endovesiculară a celulelor neoplazice, luând forma de papile. 4. *Epiteliomul trabecular*, în care celule sunt așezate în trabeculi formați din mai multe rânduri de celule, între cari se găsesc capilarele dilatate și reduse la endoteliul vascular. Celulele la acest tip de cancer își păstrează funcțiunea endocrină.

Epitelioamele din grupa a doua — **atipice** sunt: 1. *Epiteliomul difuz*, caracterizat prin o proliferare excesivă și difuză de celule atipice, cari nu reamintesc de loc celulele tiroidiene normale. E tipul cel mai malign. 2. *Schirusul tiroidian*, în care poliferarea neoplazică e mai redusă și glanda prezintă stromă conjunctivă foarte abundentă. Acest cancer are o evoluție lentă.

Afară de aceste varietăți se mai pot prezenta epitelioame de tip *pavimentos*, care după unii autori (Cohnheim) ar avea punctul de plecare din resturile embrionare ectodermice.

Această clasificare e propusă de *Berard* și e acceptată de majoritatea ăutorilor.

Din Cazurile studiate la Institutul de Anatomie Patologică: (1396) T. V. Din punct de vedere histologic tumoarea tiroidiană prezintă un țesut necrotic abundent. Structura vesiculară a glandei e complet dispărută. Celulele neoplazice sunt atipice și se prezintă în grupuri difuze, având protoplasma redusă și slab colorată, iar nucleul intens colorat. Țesutul conjuctiv e slab reprezentat. In acest caz avem un *epiteliom atipic difuz*.

(1113.) I. D. In secțiune se vede o proliferare a acinilor, cu pătrunderea celulelor canceroase în lumenul vesicular. Intre celulele neoplazice se găsește foarte mult țesut conjunctiv hialinizat. Aici din cauza proliferațiunii țesutului conjuctiv avem de-a face cu o formă *atipică schiroasă*. Metastazele în acest caz au aspectul de gușă coloidă.

Etiologia și patogenia cancerului tiroidian

E acoperită de acelaș vâl misterios, care ne ascunde și etiologia cancerului în general. Deși se fac atâtea cercetări ingenioase se cheltuește atâta energie, deși și-au pus atâția savanți viața în-treagă în serviciul acestei probleme, totuși chestia etiologiei cancerului a înaintat foarte puțin. Știm ceva mai mult ca acum 10 ani, dar știm cu mult mai puțin, decât cât ar trebui și ar fi necesar să știm pentru a putea lua măsuri de prevenire și de terapeutică împotriva acestui flagel.

Nu vreau să întru în înșirarea tuturor experiențelor și teoriilor, cari au căutat să aducă un miez de lumină în întunericul necunoștinței; nu vreau să expun teoria germenilor rătăciți a lui Cohnheim modificată așa de ingenios de Babeș; teoria parazitara susținută de Nibs, Darier, Rodalie etc. și părăsită pe urmă chiar de autori; teoria Doyen, care a crezut că e vorba de un microb specific, care însă n'a putut fi demonstrat; teoria lui Ribbert, care acuza traumatizmele ca producătoare de perturbațiuni în cercul fiziologic al celulelor. Nu-mi e scopul nici să înșir experiențele mai noi, cari au aspectul de a se apropia mai mult de adevăr. Teoria iritațiunilor cronice, cunoscută deja de mult, azi începe să se concretizeze tot mai mult, Mai ales dela experiențele ingenioase cu gudron la animale și dela cunoașterea cancerului experimental produs mai ales la șoareci i-se dă tot mai multă importanță factorului iritativ.

E interesantă părerea lui *E Perdue* referitor la aceasta chestiune: In specia umană alcalinitatea plasmei sanghine și a țesuturilor e calculată 0.85%, Cl Na. Aceasta concentrațiune e menținută prin ingestie și eliminare. Cu timpul însă apa din țesuturi scade și alcalinitatea crește din cauza concentrării mediului, ajungând până la 1%. In urma acestui fapt apare senilitatea: CO₂, nu mai e eliminat, urina scade ca volum, oxidațiile sunt insuficiente, hemoglobina scăzută. Acesta ar fi *stadiul precanceros* nelipsindu-i decât iritațiunea cronică și lentă, pentru ca să apară cancerul. Hiperalkalinitatea e mai mare la locurile expuse. — In rezumat: după *Perdue* cancerul e o autointoxicație cronică, alcalină, locul tumorii fiind determinat de iritațiunea cronică.

Referitor la **etiologia cancerului tiroidian** nu putem spune cu mult mai mult. Desigur, că și aici trebuie să admitem existența și rolul iritațiunei, mai ales că majoritatea cancerelor tiroidiene se desvoltă pe o gușe preexistentă. Dar aceasta nu e de ajuns

pentru a putea explica câtuși de puțin, pentruce unele guși se cancerizează și majoritatea rămân necancerizate; pentruce unele cancere se desvoltă pe o glandă tiroidă normală, care nu a fost atinsă de gușe, pentru-ce cancerul e foarte rar la gușile bazedowiene, unde tot există o iritațiune cronică a țesutului glandular prin hiper-respective disfuncțiune.

Au fost însă acuzați și alți factori, că au rol în producerea cancerului tiroidian. Astfel s'a învinovătit: traumatizmele, tulburările de circulațiune, infecțiunile diverse a gldei tiroide. Alții — având în vedere, că cancerul apare în multe cazuri în momentul menopauzei — au crezut, că aceasta tulburare în concertul interglandular ar fi un moment predispozant în apariția acestei afecțiuni. — Alții cred, că în etiologia cancerului tiroidian are mare importanță inclusiunea și persistența elementelor celulare provenite fie din o crăpătură branchială, fie din canalul tireoglos. Desigur, că acest fapt are importanță deosebită la unele cazuri de cancer tiroidian, unde și examenul histologic confirmă acest lucru. Nu putem explica însă cu aceasta teorie patogenia tuturor cancerelor tiroidiene. — Deci, etiologia acestei afecțiuni e încă numai presupusă și își așteaptă dela viitor deslegarea ei.



Considerațiuni generale

Cancerul tiroidian nu se cunoaște de prea mult timp. E adevărat, că *gușa* se cunoștea deja din antichitate; Galien, Hipocrat vorbesc deja despre ea, totuși numai în secolul al XVIII-lea s'a identificat gușa cu patologia tiroidiană. Numai după aceasta s'a descris cancerul tiroidian, care însă era considerat secundar și nu era bine individualizat ca tablou clinic. Dela 1860 începând însă a devenit obiect de studiu al unui considerabil număr de autori. S'au ocupat mulți cu cancerul tiridian, pentrucă e o afecțiune rară, pentrucă e ceva neobișnuit în evoluția lui, pentru că are de multeori aspectul clinic atât de bizar și de aceasta era luat drept o curiozitate medicală. — Să studiem acum câteva date caracteristice acestei afecțiuni:

Frecvența. Cancerul tiroidian e o afecțiune rară. E rară raportată la cazurile de cancer în general și mai rară în raport cu totalitatea boalelor. Să prezint câteva date statistice în raport cu cazurile autopsiate:

Statistica lui Mayo: 1 caz de cc. tir la 297 autopsii

„ „ Prague 1 „ „ „ „ 452 „

Căutând procesele verbale de autopsii la Institutul de Anatomie Patologică de sub conducerea Dlui prof. Dr Titu Vasiliu am gă-

sit la 2510 cazuri autopsiate 9 cazuri de cc. tiroidian.

Deci 1 caz la 279 cazuri autopsiate (0.36%).

Procentul găsit e destul de ridicat în raport cu alte statistici.
Date statistice în raport cu frecvența cancerului în general:
Statistica lui Feilchenfeld:

2 cazuri la 1000 de cancer diverse.

Statistica lui Redlich:

6 cazuri la 1000 " " "

Statistica lui Menetrier:

9.2 cazuri la 1000 " " "

Statistica lui Berard:

43 cazuri la 1000 " " "

Statistica Dnilor Prof. Iacobovici, I Jianu și Doc. Cosăcescu
prezentată la Congresul român de obstetrică și ginecologie din
1925:

La București: 2 cazuri la 1000 de cancer diverse.

La Cluj: 41

Ceeace ne frapează privind aceste tablouri, este deosebirea
extraordinară care există între ele. Totuși, acest fapt curios se
poate explica: Cancerul tiroidian fiind în strânsă legătură cu gușa
desigur că în regiunile gușogene frecvența lui va fi mult mai ri-
dicată. Pe de altă parte trebuie să luăm în considerare, că unele
statistici sunt făcute în sala de autopsie, iar altele făcute pe baza
diagnosticului clinic. Având în vedere diagnosticul dificil al acestei
afecțiuni de sine se înțelege, că statisticile făcute la anatomia pa-
tologică vor avea un procentuaaj mai ridicat.

Vârsta. Cancerul tiroidian, ca toate cancerurile în general, are
o afinitate pentru vârsta înaintată. Mai frecvent se găsește la vârsta
de 40-60 ani. Rar se găsește în afară acestor limite. Intre cazurile
observate se găsește un caz la 37 ani, altul la 70. Sunt descrise
cazuri de tumori maligne tiroidiene și la vârsta tineră, aceste însă
sunt de regulă tumori sarcomatoase. *Tripier* a observat un caz de
epiteliom tiroidian la vârsta de 23 de ani. — Dl docent *Câmpianu*
în cartea „Gușa și cretinismul în România“ descrie un caz obser-
vat în Clinica Chirurgicală din Cluj, unde a fost vorbă de un en-
doteliom malign la o fetiță de 12 ani.

Totuși aceste sunt cazuri extrem de rare și nu prezintă in-
teres practic, pentru că imensa majoritate a cazurilor se desvoltă
la o vârstă înaintată.

Cazurile observate: 1 — — — 37 ani

1 — — — 39 "

2 — — — 40 "

1 — — — 42 "

1 — — — 45 "

2 — — — 50 "

1 — — — 70 "

Deci din 9 cazuri 7 au fost între 39—50 ani. Aceste constatări au o importanță deosebită în vederea punerii diagnosticului și chiar a prognosticului, pentru că cazurile evolute la indivizii tineri au totdeauna un prognostic mult mai serios.

Sexu! favorizat după statisticele diferiților autori e sexul feminin. Este și logic acest lucru, pentru că și gușa e mai frecventă la sexul frumos. De sigur, că la femei, — unde în perioada de activitate genitală diversele manifestațiuni: menstruația, graviditatea, menopauza se însoțesc de o congestiune tiroidiană — avem un factor iritativ în plus, pentru a observa apariția cancerului tiroidian.

E, curios că statistica personală arată 4 cazuri de cc. t. la femei și 5 la bărbați. Desigur, că din observarea alor 9 cazuri nu se pot trage concluziuni precise și convingătoare, totuși e un fapt curios, care dovedește variabilitatea și capriciositatea tuturor fenomenelor biologice.

Am căutat să văd și raportul, care există între gușile tratate la Clinica Chirurgicală și între canceretele tiroidiene observate acolo. În anii 1920—1922 s'au tratat — după statistica Dlui Dr Câmpanu-111 guși. În acest timp s'a observat 6 cazuri de cancer tiroidian.

Deci	111 guși la	—	—	6 cc. tir	—	5.40%
	După Kocher	acest raport e:	—	—	6.74—8.87%	o.
	După Berry	„	„	„	—	3.30%
	După Schaedel	„	„	„	—	3.70%

Raportul nostru e destul de ridicat pus în fața altor statistici.

Forme clinice

Formele clinice ale cancerului tiroidian sunt extrem de variate și chiar pentru aceasta s'a încercat să se facă o serie de clasificări unele bazate pe aspectul anatomo-patologic, altele pe formele sub care se prezintă clinic.

La începutul veacului al XIX-lea se cunoștea numai o singură formă a cancerului tiroidian, forma numită „gușa malignă“, adică cancerul, care se dezvoltă pe o veche gușă preexistentă și despre care se credea că e o localizare secundară, deci o localizare metastatică a unui cancer care se dezvoltă pe un alt organ.

În 1837 Poninet e primul, care raportează la Societatea anatomică din Paris un caz de cancer tiroidian dezvoltat pe o gușă.

Numai mai târziu s'au descris cazuri de cancer tiroidian, cari nu apar pe o gușă preexistentă și cari dau metastaze precoce,

fără ca leziunea inițială tiroidiană să deie semne clinice apreciabile.

La 1841 *Gaubric*, 1849 *Nelaton* publică primii câte un caz de cancer tiroidian *cu evoluție extrem de rapidă*; dar acela care a pus la punct și a stabilit cadrele clinice a cancerului acut a fost *Poncet*.

S'a mai descris o formă numită cancerul cronic tiroidian, care evoluează lent 5—6 ani, fără să prezinte caractere prea invadante.

Vedem deci că o clasificare perfectă e greu de dat. Totuși pe baza tabloului clinic putem vorbi de 2 mari categorii de cancer tiroidian: 1.) *Cancerul evident*, gușogen (struma malignă) și 2.) *Cancerul latent*. Din punct de vedere al timpului evoluției avem: 1.) *Cancerul acut*, 2.) *Cancerul subacut*, 3.) *Cancerul cronic* tiroidian. — Să vedem acum tabloul clinic al fiecărei forme în parte.

I. **Cancerul evident** (Gușa malignă.)

E cancerul, care apare pe o veche gușă. De regulă gușile cronice, cu durată de 10—15 ani se cancerizează. Mai ales gușile nodulare sunt acelea, cari suferă aceasta degenerescență.

Gușa malignă e forma cea mai frecventă a cancerului tiroidian. Am întâlnit-o în 5 cazuri dintre cele 9 observate. Raportul prezentat de Berard în medie e: 80%. Cam acesta e procentul prezentat și de alte clinici străine.

Pentru a demonstra mai bine evoluția acestei forme să vedem foia de observație a unui bolnav din serviciul Clinicei Chirurgicale din Cluj.

Bolnavul Teodor H. Irimie de 51 ani, din jud. Băcău. Intră la clinica în ziua de 21. V. 925, sucombă la 15. VII. 925. Diagnosticul clinic: gușă malignă.

Antecedente: Acum 13 ani malarie. Neagă infecțiuni specifice. Nevasta și 5 copii sănătoși.

Bolnavul deja din copilărie observă, că gâtul îi e mai gros la bază. Nu-i dă nici o importanță, mai ales, că aceasta nu-i producea nici o jenă. Dela vârsta de 17 ani în partea stângă a regiunii subhioidene îi crește treptat o tumoare până la mărimea unui ou, fără însă că aceasta leziune să se însoțească de dureri, sau de alte tulburări locale, sau generale. Deci bolnavul și-a văzut de ocupațiune până în luna Martie 1924, când deodată observă, că apar dureri difuze la nivelul tumorii dela gât. Aceste dureri erau constante și rămăneau la început localizate, pe urmă însă au iradiat în ureche, în arcadele dentare și la cap, producând o cefalee foarte intensă. În același timp a observat, că tumoarea din regiunea gâtului crește „văzând cu ochii” și devine din ce în ce mai dureroasă. Cămașa, care până atunci îi era bună, a început să-l strângă la gât, ne mai putându-o purta. Tot cam atunci observă o alterare a vocii, care a devenit răgușită. Are tulburări de auz mai ales în urechea stângă. În decurs de 4 săptămâni tumoarea a ajuns la mărimea ce a unui pumn, iar dela Pasti până la data intrării în serviciul clinicei ia dimensiunile unui cap de făt. În ultimul timp prezintă tulburări de respirațiune, de fonațiune și de deglutiție. Speriat de aceste fenomene intră la clinică.

Pe baza acestei observații putem să deducem și să stabilim *semnele, cari ne tradează degenerescența canceroasă a gușei*:

Vom vedea de regulă, că bolnavii, cari prezintă de timp îndelungat gușe, deodată observă, că ceva s'a schimbat în mersul bolii lor. Gușa, care până la aceasta dată era staționară, sau evolua foarte încet și care nu prezinta fenomene dureroase, sau de compresiune prea accentuată, începe ca să crească în mod uimitor. Gușa devine tot mai mare și în același timp apar și dureri atroce localizate la nivelul gușii. Ele pot fi continue, sau numai atunci, când bolnavul își mișcă capul, sau când înghite. Aceste dureri pot să iradieze și în alte regiuni și să se prezinte ca o nevralgie, sau cu dureri dentare, auriculare, sau cu dureri de cap foarte accentuate și rebele, necedând la nici un tratament.

În același timp bolnavul începe să prezinte *tulburări de respirație*. Găsim o *dispnee*, care se accentuează zi de zi, acompaniată uneori de tuse uscată, fără expectorație. Aceasta tuse poate lua caracterul tusei spazmodice, convulsive. Putem găsi uneori adevărate fenomene de astm, cu accese de sufocație, cu accese dispneizante penibile, cari durează mult și cari pot să cauzeze chiar moartea bolnavului.

Apar pe urmă *tulburările de vorbire* la început caracterizate numai prin o răgușeală persistentă, pe urmă prin o schimbare a timbrului vocii — voce bitonală — ajungând uneori până la afonie completă.

Numai mai târziu apar *tulburările de deglutiție*: cu disfagie, vărsături imediat după alimentație cu inanție progresivă. Deci vom observa sindromul eșofagian.

Uneori observăm și fenomene de *dissecrețiune tiroidiană*, despre cari vom vorbi mai târziu.

La examenul local vom găsi:

a) *La inspecție*: Vedem o tumoare ajunsă de regulă la dimensiuni foarte mari, dela mărimea unui pumn, până la cea a unui cap de făt, ocupând toată distanța între menton și furculița sternală. Aceasta tumoare e așezată la început lateral, mai târziu poate să se extindă și pe partea opusă.

Putem uneori observa o circulație venoasă subcutanată, cu venele dilatate, șerpuitoare. În același timp observăm, că laringele și tracheea sunt deplasate în direcția contrară tumorii.

Forma tumorii este variată. De regulă însă are formă neregulată, invadantă. Tumoarea la început urmează mișcările de deglutiție, mai târziu însă aceste mișcări nu se mai fac din cauza aderențelor tumorii cu vecinătatea.

Culoarea tegumentelor, cari acopere tumoarea la început e normală, mai târziu devine palidă — violacee, sau pigmentată. Tot într'o fază mai înaintată vom observa că pielea la acest nivel prezintă aspectul *coajei de portocale*, în urma dilatațiunii exagerate a porilor.

b) *La palpație*: Vom observa, că tumoarea nu e de aceeași consistență în toate punctele sale. Sunt unele puncte foarte dure, lemnoase, cari ne dau senzația de corp strein, alte părți sunt moi,

aproape fluctuente, datorite desigur alterației și necrozei nucleilor duri.

Tumoarea la început, pânăce e în stadiul intracapsular nu aderă de tegumente. Aceste aderențe însă devin reale, în momentul când tumoarea trece barierele capsulei. Vom observa, că pielea nu se mai poate mișca deasupra tumorii, nu se mai poate încrăți luându-o între 2 degete. Uneori observăm, că la nivelul tumorii există o ulceratie a tegumentelor. Aceasta însă se constată foarte rar; *Ehrardt* crede că numai în caz de puncții sau incizii tiroidiene se produce aceasta complicație.

La palpație ne vom mai convinge de aderențele tumorii la planurile profunde. Pentru a căuta aceste aderențe recomandăm bolnavului să-și aplece capul pe spate, iar noi apucând tumoarea cu 2 mâini căutăm a-o mobiliza în direcție verticală și laterală. În caz de aderențe aceste mișcări sunt imposibil de executat.

Ceeace mai trebuie necondiționat să căutăm la palpare sunt *ganglionii*, pentrucă găsirea lor în legătură cu o gușe formează un indiciu prețios al malignității. Adenopatia nu apare dela început, ci numai mai târziu atunci, când cancerul începe să invadeze capsula. Ea e de regulă unilaterală, și numai mai târziu bilaterală. La început acești ganglioni se pun ușor în evidență, mai târziu fac corp cu tumoarea tiroidiană și se contopesc așa că nu-i mai putem identifica. Uneori adenopatia apare chiar la început, formând primul semn de degenerescență canceroasă. — Ganglionii pe cari trebuie să-i căutăm: 1) Supraclaviculari, 2) carotidieni 3) prelaringieni, 4) subhioidieni, 5) peritiroidieni. *Berard* atrage atenția, că primii ganglioni cari reacționează sunt cei peritiroidieni, cari se prezintă ca niște mici nodozități independente, așezate lângă marginea externă a lobului respectiv tiroidian. *Ehrardt* arată că ganglionii cervicali sunt în relații cu ganglionii *mediastinali* și *axilari*; deci în unele cazuri de cancer tiroidian pot fi prinși și ganglionii axilari, infecțiunea ajungând aci pe cale limfatică.

Caracterul ganglionilor prinși: mici tumorete dure, regulate, nedureroase, neaderente la tegumente. Mai târziu acești ganglioni cresc, iau dimensiuni considerabile, confluează, mascând uneori chiar tumoarea tiroidiană.

Aceste sunt caracterele mai importante a formei evidente.

Forma latentă

A fost prima dată descrisă de Doleris și Epinger prin 1870. E forma curioasă, care evoluează fără ca tiroida să prezinte alterații prea evidente la examenul clinic și unde metastazele predomină tabloul morbid. Nu vom observa compresiuni și dureri mari; tiroida se prezintă mică indoloră, uneori ușor mărită, fără însă că aceasta hipertrofie constatată să evolueze; e staționară.

În schimb apar repede metastazele. Ele se fac de regulă pe cale sanghină și cu predilecție în anumite organe și anume în ordinea frecvenței: În plămân, oase, ficat, rinichi, capsula suprarenală, pleură, creier. Acesta-i motivul, pentru care diagnosticul adevărat aproape nici odată nu se pune la început, ci numai mai târziu, atunci, când apare gușa și apar fenomenele de compresiune.

Frecvența acestei forme. Autorii nu sunt de acord în ce privește frecvența ei în raport cu forma evidentă. În general se crede că tot cam la 3-4 cazuri de cancer tiroidian evident cade un caz de cancer latent.

Dintre cazurile studiate personal numai 1 caz a evoluat cu absența hipertrofiei tiroidiene, iar 3 cazuri au prezentat o ușoară gușă, care însă clinic a rămas nevădită în seamă, mai ales că nu prezintă nici un fenomen evolutiv și chiar din cauza aceasta nu s'a încercat a se face raport între leziunea metastatică observată și între aceasta hipertrofie.

Clasificarea. Forma latentă am putea-o împărți în 2 categorii: 1.) *F. pseudolatentă*. E forma, care cu metodele clinice obișnuite nu poate să fie diagnosticată; cel mult examenul radiologic ne poate descoperi aceasta afecțiune. E vorba de gușile intratoracice, sau de gușile aberante, cari pot lua dimensiuni considerabile, pot da naștere la fenomene de compresiune, la adenopatie, fără însă să găsim la examenul local o hipertrofie accentuată a tiroidei.

Numai într'un stadiu mai înaintat vom descoperi aceasta tumoare, poate prin sindromul mediastinal, care apare prin circulația colaterală, durerea pongitivă intratoracică, prin matitatea caracteristică în porțiunea superioară a toracelui, prin fenomenele de compresiune; eventual o vom descoperi la examenul radiologic.

Diagnosticul acestei forme pseudolacente este foarte greu și de regulă nu se face. Ceeace e până la un punct norocul, că sunt foarte rare. Din 9 cazuri căutate unul singur a prezentat o prelungire intratoracică cancerizată a tiroidei, însă tumoarea a prins și lobi lateralii, cari se găseau situate normal, așa că diagnosticul nu s'a izbit de greutatea prea mari.

2.) *Forma latentă* propriu zisă. Leziunea canceroasă rămâne localizată în interiorul glandei, fără să se extindă la țesuturile învecinate. Aceasta formă anatomo-patologic se prezintă sub forma de mici noduli, de diferite mărimi, situați în interiorul parenchimului tiroidian, cari pot rămânea așa, sau pot suferi o ușoară necroză și transformare într'un chist de regulă hemoragic.

După cum am văzut mai sus, e foarte greșit a crede, că la formele latente tiroida nu dă nici odată semne clinice. În majoritatea cazurilor aceste semne există, însă sunt minime neobservate și de regulă neevolutive. Dacă vom cerceta mai minuțios aproape totdeauna vom descoperi o ușoară hipertrofie, alături un mic nodul intra-tiroidian.

Forma latentă clinic așa dar va evolua îmbrăcată în haina tabloului clinic al metastazelor. De sine se înțelege, că aceste aspecte vor fi foarte variate. — Voiu trece acum pe scurt la schițarea tablourilor clinice mai frecvente și mai interesante, intercalând ici și colo câte o observație.

I. **Forma pulmonară.**

E un punct frequent de localizare a metastazelor acest organ. La 4 cazuri din 9 am găsit aceste metastaze. În evoluția lor ele îmbracă simptomatologia diferitelor afecțiuni pulmonare. Mai des însă evoluează sub masca unei tbculoze pulmonare, sau ca o pneumonie. Uneori evoluează ca o tumoră pulmonară primitivă.

a) **Forma pseudotuberculoasă.** Evoluează ca forma acinodulară a tbculozei pulmonare sau ca o granulie. Nodulii metastatici se așează mai ales în lobii inferiori ai plămânului, dar se pot găsi și în lobii superiori.

Subiectiv: bolnavul se va plânge de dureri într'un hemitorace, de *tusă* seacă, uneori cu caracterul convulsiv, — din cauza iritațiunii terminațiunilor nervoase, — de *dispnee*. Mai târziu poate apărea chiar o *expectorație* cu caractere variate, uneori hemoragică.

Obiectiv: Vom găsi atunci, când tumoră ia dimensiuni mari o matitate circumscrisă, cu contururi neregulate, iar la ascultație o respirație diminuată la acest nivel. Când metastazele se localizează în apropierea unei bronșii mai mari, vor produce compresiunea acestuia și consecutiv o atelectazie, care clinic se va traduce prin un suflu tubar, localizat și persistent. Cu timpul nodulii metastatici pot să se ramolească, iar conținutul să se evacueze printr'o bronșie. Va apărea în acest caz expectorația pseudopurulentă hemoragică și în același timp semnele fizice ale unei caverne.

Ca *fenomene generale* apar: *febra* caracteristică după Berard suferinței tiroidiene și *slăbirea* progresivă însoțită de astenie. Metastazele canceroase pot să-și mențină proprietățile fiziologice secretorii ale tiroidei și în acest caz vor apărea fenomene de *hipertiroidism* cu ușoară tachicardie, tremurături etc.

Toate aceste semne ne fac să punem diagnosticul de tbculoză pulmonară și numai un examen minuțios și conștientios al bolna-

vului ne va pune pe calea adevăratului diagnostic. Să ne gândim la metastaze canceroase pulmonare mai ales atunci, când aceste simptome apar la o vârstă mai înaintată, între 40—60 ani și atunci când în același timp observăm și o ușoară hipertrofie și hiperfuncțiune tiroidiană. Vom face examenul bacterologic al sputei pentru căutarea bacilului Koch. Vom face un examen minuțios radiologic căutând localizarea și forma metastazelor și adenopatia tracheo-bronșică. Uneori vom găsi caverne cu, sau fără conținut.

Anatomo-patologic găsim noduli de diferite mărimi, dela cea a unei boabe de mazăre până la mărimea unei nuci, sau a unui ou. Acești noduli sunt bine circumscriși, proeminenți și duri. La secțiune sunt friabili, de culoare roș-cenușie, altădată brună. Se rade un suc lăptos. Mai târziu prin lipsa irigațiunii sanghine acești noduli pot să sufere necroză, când se vor lichefia și locul nodulului va fi ocupat de o cavitate cu conținut pseudo-purulent, sau sanghinolent.

Acest plămân cu rezistența slăbită poate pe urmă să se infecteze foarte ușor, suferind infecțiuni supra adăugate. — Ex: Cazul Iuliana K., la care la autopsie se constată o bronșiolită purulentă și pneumonie.

În *rezumat*: Vârsta bătrână, lipsa repetată a bacilului Koch din spută, hipertrofia și hipersecreția tiroidiană și examenul radiologic trebuie să ne facă să bănuim metastazele pulmonare a cancerului tiroidian.

b) **Forma pneumonică**, care imită până la un punct clasică pneumonie francă lobară. Evoluează cu temperatură, dureri toracice, dispnee, tusă și cianoză, iar local vom găsi matitate și suflu tubar. Vom vedea însă ceva neobișnuit în evoluția acestei pneumonii. Nu vom avea debutul așa de clasic, solemn al pneumoniei, cu junghiul puternic și cu frisoanele penibile. Inceputul boalei va fi lent insidios în cazul nostru. Nu vom avea evoluția ciclică de 7—11 zile, nici criza bruscă și nici expectorația caracteristică rubiginosă, aderentă. Nu vom observa temperatura continuă, înaltă peste 39°, delirurile și adinamia extremă vor lipsi.

Anatomo-patologic găsim o conglomerare de noduli mici, ocupând uneori un lob întreg. Altă dată toate fenomenele clinice sunt date de comprimarea unei bronșii mai mari.

Diagnosticul acestor pseudo-pneumonii de regulă nu se face, pentru că afecțiunea aceasta e atât de rară, încât medicul nici nu se gândește la ea, crezând că e vorba de o pneumonie cazeoasă. Și în definitiv punerea diagnosticului are mai mult un interes științific, decât practic, pentru că terapeuțica acestor cazuri tot se reduce la zero.

c.) **Forma tumorală**. Evoluează sub aspectul unei tumori pulmonare primitive. — Cazul *Rozalia K.* (2447) a prezentat acest tablou clinic, dintre cazurile observate. Afecțiunea în acest caz a evoluat cu semnele clasice a unei tumori pulmonare. Cu dispnee, cianoză, hemoptizie, compresiunea organelor mediastinale, semne

fizice și radiologice și pe baza acestui tablou Clinica Medicală a pus diagnosticul de tumoare pulmonară malignă dreaptă. La *autopsie* se constată: Ambii lobi ai *tiroidei* măriți având mărimea unui ou de găină, de consistență mărită, forma păstrată. La *plămâni*: Atât sub pleura viscerală, cât și sub pleura parietală se observă noduli tumorali albicioși, bine delimitați. În parenchimul pulmonar se sînt o serie de noduli mai consistenți, cari sînt mai abondenți în lobul inferior atât din stînga, cât și din dreapta. Ganglionii tra-cheobronșici sînt liberi. Diagnosticul anat.-patologic: cancer tiroi-dian cu metastaze pulmonare.

II. Forma osoasă

Urmează imediat formei pulmonare în ceea ce privește frequența localizărilor. Dintre cazurile observate 3 cazuri au prezentat astfel de metastaze. Ele se fac pe cale sanghină. Cauza, pentru care unele cancere și mai ales cancerul tiroidian are o afinitate pentru țesutul osos, e necunoscută.

Oasele, cari au mai mare afinitate pentru metastaze sînt oasele extremităților. Mai ales femurul și humerusul sînt favorite. Mai putem găsi metastaze în stern, claviculă, coaste, oasele craniului.

Metastazele osoase pot să prezinte diferite aspecte clinice: 1.) Aspectul osteosarcomatos, 2.) Forma fracturantă, 3.) Forma latentă — medulară.

1.) **Tabloul osteosarcomatos.** Evoluează ca un sarcom plecat dela periost. — Extrag din procesul verbal de autopsie No. 797 a cazului Iuliana K. următorul pasaj: „La craniu în regiunea fronto-temporală stîngă se observă o tumoare de mărimea unui pumn, acoperită cu piele, care însă nu aderă de tumoare. Consistența ei e moale, suprafața netedă. Baza tumorii aderă de os. *La secțiune* se scurge sânge în parte coagulat. Păretele cavității, din care iasă sângele, e format dintr'o massă tumorală, roșie-cenușie, groasă de 2 cm. Pe locul de contact între os și tumoare osul e atrofic, aproape perforat. În dreptul suturii celor 2 parietali se prezintă încă o tumoare la fel ceva mai mică. Pe occipital, conflând alte 2 tumori mult mai mari, formând împreună o massă cât un cap de copil. Unul dintre aceste tumori e exulcerat. La secțiunea lor găsim același aspect, ca la tumoarea precedentă. În dreptul acestor tumori osul e complet erodat, așa încât numai dura mater desparte tumoarea de creier“.

Din aceasta descriere putem deduce toată simptomatologia acestei forme. Apariția de o mică tumoare osoasă la început dură, pe urmă moale, vascularizată, uneori pulsatilă, care crește repede, aderă puternic de planurile profunde și distruge țesutul osos. Pe urmă pielea se extinde deasupra tumorii, devine aderentă și se poate chiar ulcera. Până la un punct e caracteristic faptul, că aceste leziuni sînt indolore și nu se însoțesc de adenopatie regională.

2.) **Forma cu fracturi osoase.** Fracturile apar sau ca o consecință a formei anterioare, -tumorale- prin erodarea substanței compacte, sau apar fără să avem înainte semne tumorale evidente. În aceste cazuri de regulă e vorba de metastaze, cari erodează substanța osoasă dinăuntru înafară. Aceste fracturi apar de regulă la oasele lungi, de ex. femur.

Observația: Iuliana I. K. 70 ani din Cluj. Antecedente colaterale fără importanță. *Istoricul boalei actuale:* Înainte cu 4 luni a suferit o fractură la nivelul $\frac{1}{3}$ inferior al coapsei. Cu aceasta leziune a stat la clinică, unde i s'a făcut tratamentul corespunzător, în urma căruia s'a ameliorat simțitor. Acum revine cu aceiași afecțiune și anume: În ziua de 3. III. urcând scările a alunecat la o treaptă și a căzut. Voind să se ridice a simțit o durere violentă în coapsa stângă și de atunci nu mai poate să-și întrebuinteze acest picior. Pentru aceasta e adusă din nou la Clinica Chirurgicală. *La inspecție* se constată, că piciorul stg. se află într'o rotație externă puțin flectat în genunchi. În $\frac{1}{3}$ inferior al coapsei stângi se constată o diformare a regiunii, care e tumefiată și cu aspect roz-violaceu. La atingere în acest loc apare o durere violentă. Tot la acest nivel se constată o mobilitate anormală, și crepitație, deci semnele clasice a unei fracturi.

La examenul radiologic se confirmă diagnosticul.

În 4. III. se face extensia după Bardenhauer. În 7. III. apar semnele de pneumonie la nivelul plămânului drept, în urma căreia bolnava sucombă în ziua de 12. III. *Diagnosticul clinic:* Fractură în $\frac{1}{3}$ inf-al coapsei Pneumonie.

La autopsie se constată, că e vorba de metastazele la acest nivel a unui cancer tiroidian, care a dat în același timp și metastaze pulmonare și metastaze la nivelul oaselor craniului. —

Acest tablou clinic e cât se poate de demonstrativ și interesant. Ceeace e curios, că deși bolnava prezinta o tiroidă destul de mare, formată din tumori, fiecare de mărimea unui ou de găină, totuși — negândindu-se nimeni să facă legătură între aceasta tumoare tiroidiană și între fractură — diagnosticul adevărat nu s'a pus. Acest lucru se întâmplă aproape cu toate cazurile similare.

Ceeace trebuie să ne atragă atențiunea în direcțiunea aceasta e faptul, că aceste fracturi se produc la un traumatism minim, se produc în condițiuni, când un os normal n'ar suferi și nu ar trebui să sufere o fractură. O simplă alunecare, o contracțiune bruscă a mușchilor, cari au inserția pe acest os pot produce o fractură, pe care însă trebuie să o încadrăm în grupa fracturilor patologice.

Cum am văzut diagnosticul acestor fracturi e cât se poate de dificil și se pune numai în cazuri excepționale, chiar pentru că fracturi patologice se pot observa și în alte cazuri: În cazuri de sifilis, osteomalacie, osteopsathyrosis etc.; în cazuri de metastaze canceroase plicate dela o tumoare primitivă a uterului, a mamelei, a capsulei suprarenale. Deci cu toate aceste afecțiuni trebuie să

facem diagnosticul diferențial, când avem în fața noastră o fractură patologică.

Vom incrimina tiroida atunci, când observăm o hipertrofie a ei, fenomene de compresiune asupra elementelor gâtului și metastaze și în alte organe de ex. în plămân.

În fine a treia formă osoasă a metastazelor e : 3) **Forma latentă**, care se recunoaște numai la autopsie. În aceasta formă se fac metastaze la nivelul măduvei oșoase, care însă rămân acolo localizate, neevoluând înapoi, neerodând substanța osoasă. De sigur că aceste metastaze au oarecare acțiune asupra funcțiunii hematopoetice a măduvei oșoase. Pentru aceasta ar fi interesant să se cerceteze în aceste cazuri modificările pe cari la suferă tabloul sanghin, însă aceste forme fiind foarte rare și ne diagnosticate, nu ajung, ca să fie cercetate mai minuțios.

Așa de ex. *la autopsia cazului K. R. (2447.)*: Osul femur la exterior nu prezintă nimic deosebit. La secțiunea paralelă cu axa longitudinală a osului se observă în măduvă o serie de noduli, de mărimea unor alune, bine delimitați, de culoare albicioasă, de consistență ușor fibroasă. Sunt noduli metastatici ai cancerului tiroidian.

III. Forma superficială (subcutanată).

E o localizare cât se poate de rară a metastazelor. În literatură abia sunt descrise câteva cazuri similare. Aceste metastaze sau se fac liber la nivelul țesutului celular subcutanat, sau la nivelul unui ganglion. La Institutul nostru de Anatomie Patologică s'a autopsiat un asemenea caz, la care metastazele s'au făcut la nivelul regiunii axilare.

Extrag din procesul verbal de autopsie (2596.) a lui Marton Z.: „În regiunea axilară stângă se observă o masă tumorală de mărimea unui cap de copil, cu suprafața lobată, dură la palpat. Tegumentele din jurul acestei tumoare sunt libere și mobile deasupra tumorii. Ea aderă de țesuturile profunde.

Se disecă și se izolează de țesuturile din jur: se observă că ea este situată în cavitatea axilară și se întinde în partea anterioară până sub mușchiul marele pectoral, în sus până la claviculă, fără să adere de ea. Tumoarea palpată astfel după izolare are o consistență ușor fluctuantă. La secțiune din tumoare se scurge sânge lichid roș-închis în cantitate destul de mare. Pe suprafața de secțiune a tumorii se observă o serie de cavități, unele până la mărimea unor nuci mai mari. Se observă și cavități mai mici situate în centrul unor noduli formați dintr'o substanță moale de culoare galbenă brună. Între aceste formațiuni chistice se văd noduli tumoralii solizi, formați dintr'un țesut moale encefaloid, de culoare galbenă-roșietică. Între noduli și între chistele hemoragice se găsește un țesut fibros, sub formă de trabeculi albicioși.

Tiroida cu forma păstrată, cu raporturile menținute. În lobul drept se observă o formațiune osoasă de mărimea unei alune.

La secțiune în ambii lobi laterali se găesc o serie de cavități chistice, pline cu sânge, având caracterele tumorii axilare".
Diagnosticul anatomopatologic: Cancer tiroidian ramolit chistic. —

Diagnosticul clinic al acestui caz a fost: *sarcom cu metastaze pulmonare*, făcându-i se în consecință tratament radioterapic la Institutul de Radiologie. Diagnosticul acestui caz s'a izbit de greutatea invincibile prin faptul, că tiroida n'a dat nici un semn de suferință, ne prezintă nici hipertrofie și nici fenomene de compresiune.

IV. Forma paraplegică

E o localizare mai deasă a metastazelor. Ele se fac de regulă la nivelul corpului vertebral, de unde invadează în interiorul canalului rachidian, producând compresiunea măduvei. Tabloul clinic în consecință va evolua ca o paraplegie lentă, progresivă. Dintre 9 cazuri studiate 2 au evoluat sub acest tablou clinic. Prezintă pe scurt foaia de observație a bolnavei *Cecilia F. (977)*:

Cecilia F. de 42 ani, casnică din Bocanu. Intră la Clinica Chirurgicală în ziua de 12. VIII. 922, sucombă 8. X. 922. Diagnosticul clinic: *tumoare extramedulară*.

E bolnavă din Martie. Boala a început cu dureri lombare, cari iradiu în centură, neprecizate, ocupând și hemitoracele stâng. După câteva săptămâni defecațiunile și micțiunile devin dificile. Din Aprilie observă o scădere progresivă a tonicității membrelor inferioare. Primele mișcări imposibile de executat au fost flexiunea coapsei, urmată apoi de extensiunea gambei. Impotența funcțională a mers crescând, până la abolirea oricărei mișcări a membrelor inferioare. Cam în acest timp a început să aibă incontinență de urină și de fecale. *Obiectiv: Pupilele* rotunde, centrale, egale. *Reflexele cutanate abdominale* dispărute. *Reflexele osteotendinoase și cutanate* a membrelor inferioare abolite. *Semne generale: Afebrilă; țesutul cel. adipos* menținut. Ganglionii nepalpabili. Bolnava prezintă escare întinse.

Din 1—8 X. bolnava prezintă ascensiuni de temperatură până la 39°. In 8, X. pulsul slăbește brusc, devine filiform, respirația superficială, frecventă, stertoroasă, cianoză generală, răcirea întregului corp. In aceiași zi bolnava sucombă.

La autopsie: Tiroida e foarte mărită, destul de consistentă. Când se desfac claviculele se observă, că lobul drept se continuă pe dedesubtul lor, luând aci mărimea aproape cât pumnul. *La coloana vertebrală:* In dreptul vertebrei I. și II. dorsală proemină în canalul vertebral comprimând măduva o tumoare subperiostică de mărimea unei nuci. Consistența tumorii e mijlocie. La secțiune are aspectul pulpos cu vascularizație pronunțată. Tumoarea pătrunde în părțile stâng al celor 2 vertebre, distrugând o parte din corpul lor și din lamele corespunzătoare. *Diagn. anat.-patologic:* Cancer al tiroidei cu metastaze în vertebra I.—II. dorsală.

Ceeace caracterizează deci aceasta formă paraplegică este evoluția lentă, insiduoasă, însă progresivă, care dă naștere la compresie medulară. În cazul bolnavei noastre durata afecțiunii a fost de 7 luni; cam în acest timp evoluează toate cazurile observate.

V. Forma cerebrală

Metastazele la nivelul creierului sunt extrem de rare. Abia sunt descrise în literatură câteva cazuri similare. Ele se fac pe cale sanghină. Se pot localiza în diferite porțiuni ale sistemului nervos; chiar din acest motiv tabloul, sub care se prezintă clinic poate fi foarte variat. La unul singur din cazurile personale s'a descoperit astfel de metastaze cerebrale:

Marton Z. (2596.) 50 ani. „*Autopsia creierului*: Meningele dur și moale nu prezintă nimic deosebit. Sub meningele moale se observă mai mulți noduli, de mărimea până la cea a unei alune, de culoare roș închisă. La secțiune acești noduli au o formă triunghiulară cu baza situată spre scoarța creierului. Nodulii sunt bine circumscriși. Astfel de noduli se mai găsesc și în substanța albă în mai multe locuri, având mărimea aci până la cea a unei nuci. Ventricolul mijlociu și cei laterali sunt plini cu sânge“.

Putem presupune, că tabloul clinic al acestui bolnav de sigur a evoluat brusc sub forma unei apoplexii, cauzată de erodarea unui vas de metastaze. Păcat, că acest caz n'a fost studiat mai aproape în timpul vieții, bolnavul fiind ambulant al Institutului de Radiologie.

Altă dată aceste metastaze mășcheză tabloul clinic al *tumorilor cerebrale*. Diagnosticul în acest caz e imposibil de făcut. Se face numai la autopsie.

Am văzut până acum evoluția metastazelor mai importante a cancerului tiroidian. Dar aceasta nu este totul. Ele se mai pot localiza și în alte organe: Rinichi, splină, ficat, capsula suprarenală etc.

Intr'un caz observat (No. 2447) s'au descoperit metastaze întra musculare în mușchiul pectoral, și metastaze uterine. Aceste însă sunt localizări mai rare și nu dau semne clinice prea evidente, așa încât se descopere numai pe masa de autopsie.

În rezumat: *Cazurile de cancer tiroidian latent se caracterizează prin: Evoluție latentă cu slăbire progresivă, prezența în majoritatea cazurilor a unei ușoare hipertrofii și hipersecreții tiroidiene, uneori a febrei tiroidiene, și prin apariția precoce de metastaze în diferite organe, cari au aspectul de a fi tumori primitive a organului respectiv.*

Forme atipice (prin timpul evoluției).

Am văzut, că pe baza timpului de evoluție a cancerului tiroidian putem vorbi de; 1.) *Cancer acut*, 2.) *Subacut*, 3.) *Cronic sau lent*.

1.) **Cancerul acut** a fost prim dată descris de Gaubric în 1841. Se observă rar. Poate evolua pe o gușe preexistentă sau pe o tiroidă, care clinic nu a dat nici un semn de suferințe. Apare mai ales în vârsta bătrână; Când apare la tineri evoluția lui e supraacută, cu fenomene foarte alarmante. Semnele, sub care evoluează sunt acelea descrise la forma evidentă, - subacută. La cazul de față însă toate simptomele iau o gravitate excepțională și evoluează cu o repeziciune uimitoare, 2—10 săptămâni.

În același timp apar semne de infecțiune generală: Temperatură ridicată, stare de adinamie, lasitudine, limbă saburală, tulburări gastro-intestinale. Deci acest cancer acut evoluează sub masca unei tiroidite acute, cu care de regulă se și confundă, mai ales când nu se cunoaște aceasta formă a cancerului tiroidian.

Prognosticul acestei forma e foarte sombru și aproape totdeauna devine fatal.

2.) **Forma subacută** e însăși forma, pe care am descris-o sub numele de strumă malignă, cu o evoluție în medie de 6-24 luni.

3.) **Forma cronică.** Evoluează 4—12 ani. Se caracterizează prin o evoluție lungă, am putea spune chiar benignă, pentru că simptomele evoluează lent, iar generalizările și metastazele se fac numai mai târziu; starea generală se menține bună, fără să apară emanciere, sau cașexie. Gușa de regulă e mică, regulată, prinzând ambii lobi ai tiroidei. La palpație ne dă o senzație de duritate specială, lemnoasă. Totuși, aceasta gușe ne poate da des simptome tracheale, sau recurențiale.

Anatomo-patologic: E vorba de regulă de o formă fibroasă caracterizată prin proliferare de țesut conjunctiv mult, astfel încât se opune dezvoltării excesive a nodulilor tumorali.

Berard și Dunet prezintă la Soc. de chirurgie din Lyon în XII. 925. un caz de cancer tiroidian, care în 1920. a fost operat pentru un cancer tiroidian acompaniat de o mare adenopatie cervicală bilaterală. De atunci s'au mai făcut mai multe intervenții și radioterapie. Azi bolnavul iarăși prezintă un neoplazm tiroidian ulcerat și acompaniat de ganglioni bilaterali. Starea generală totuși e foarte bună și nu găsim metastaze nicăiri. E o formă clasică a cancerului lent, care durează deja de 5 anfi.

Fenomene generale

Tulburările din partea întregului organism apar numai mai târziu, atunci când deja boala s'a generalizat și s'a extins și la alte organe. În acest caz poate să apară o emanciere și slăbire progresivă.

Un fapt curios e totuși, că nu toate canceretele tiroidiene au repercusiune asupra stării generale. Sunt cazuri, cari evoluează fără ca organismul să reacționeze prin anemie, slăbire sau cașexie. Din cazurile studiate am observat 3 cazuri, unde nu a existat o reducere a țesutului celular și unde sistemul muscular era bine reprezentat. La unul dintre aceste cazuri s'a găsit chiar o desvol-

tare enormă a țesutului grăsos. De multeori ne poate induce în eroare acest fapt, pentru că suntem obișnuiți, că în cazuri de cancer să vedem o slăbire progresivă, o tendință spre cașexie.

Aspectul tegumentelor ne dă iarăși ceva caracteristic. Ele prezintă o colorațiune specială, murdară, palidă, uneori subicterică, denotând suferința întregului organism.

Un fapt curios — descriș mai ales de *Berard* — e, că în evoluția cancerului tiroidian des observăm ușoare *ascensiuni termice*, cari uneori pot ajunge până la 38—39°. Aceasta temperatură se exacerbează mai ales atunci, când tumoarea tiroidiană se generalizează. E mai constant acest simptom în formele acute, unde de multe ori ne face să ne gândim la o boală infecțioasă, mai ales în cazul, când leziunea tiroidiană nu e prea accentuată. Explicarea acestui fenomen nu e ușoară de dat. Se crede totuși că ține de o hiperfuncțiune a tiroidei și consecutiv de o exagerare a oxidațiunilor din organism.

Tulburări secretorii tiroidiene se observă des în decursul evoluției cancerului tiroidian. Carrel din 83 de bolnavi a găsit la 23 cazuri aceste tulburări. Apariția acestor semne se explică prin faptul, că metastazele gusei canceroase reproduc structura tumorii de unde au plecat. Uneori — deși tumoarea tiroidiană are un aspect absolut malign — metastazele nu reproduc tabloul histologic al tumorii, ci au aspectul țesutului tiroidian normal, păstrând desigur și funcțiunile secretorii ale acestei glande. Avem în acest caz, după expresiunea lui *Eberth* un „*retour vers le micux*“, — o tendință spre mai bun — a metastazelor.

Cea mai bună dovadă, că într'adevăr există aceste fenomene de hipersecrețiune tiroidiană, e cazul observat de *Eiselberg*: La un bolnav după strumectomie parțială au apărut fenomene de insuficiență tiroidiană. Aceste fenomene dispar brusc peste 2 ani. Examinând cu atenție bolnavul se descoperă metastazele sternale ale unui cancer tiroidian, localizat pe porțiunea tiroidei rămasă după strumectomie. — Tulburările, deci cari se observă țin de regulă la o hipersecrețiune. Totuși, vom observa foarte rar tabloul clasic basedowian, căci semnele mari evidente de regulă lipsesc. Găsim mai des semne mici: *Afectivitate* foarte labilă, schimbăcioasă; neliniște, griji, cari domină mentalitatea bolnavului, emotivitate extremă.

Tulburările cardiace sunt frecvente. Pot să se manifeste prin o simplă tachicardie, altădată prin tulburări de ritm. Uneori aceste tulburări se manifestă numai prin palpitații rebele și supărătoare.

Tremurăturile se observă uneori. Ele sunt fine, regulate.

Metabolismul bazal în multe cazuri e exagerat, urmându-i ca o consecință slăbirea organismului.

Exoftalmia aproape niciodată nu se întâlnește.

Fenomenele hipertiroidiene sunt mai accentuate la formele histologice ale cancerului tiroidian, cari se apropie mai mult de aspectul țesutului normal tiroidian.

Insuficiența tiroidiană, ca urmare a cancerului se observă extrem de rar. Singur *Gulliver* și *von Eiselberg* publică câte un astfel de caz.

Complicațiuni

Complicațiunile sunt locale și generale.

I. **Locale.** Ele sunt așa de frecvente, încât se pot considera până la un punct ca însăși simptome proprii cancerului tiroidian. Vom enumera numai compresiunile mai importante: A tracheei, esofagului, nervilor și a vaselor.

a.) *Compresiunea tracheei* e prima și cea mai importantă complicațiune care se observă. Ea e comprimată de regulă în sens antero-posterior. După un anumit timp se pot forma aderențe și pe urmă erodarea cartilagiilor tracheale, producându-se fistulizări diverse. Simptomele acestei compresiuni le-am descris în parte la partea clinică, așa că nu mai insist asupra lor. Dispneea, tusa uscată, accesele de sufocațiune, respirațiunea zgomotoasă cu cornaj și tiraj, toate sunt semne, cari denotă compresiunea acestui organ.

b.) *Compresiunea esofagului* se observă numai într'un stadiu mai avansat al boalei. Se observă mai ales la tumorile tiroidiene, cari evoluează spre profunzime. Când aceasta compresiune va deveni reală, vor apărea simptomele sindromului esofagian: dureri, disfagie, regurgități, vărsături imediat după alimentație, pe urmă slăbirea progresivă, denutriția. Uneori acest sindrom nu este cauzat de compresiunea tumorii asupra esofagului, ci de un spazm esofagian reflectat în urma iritațiunii aparatului nervos, motor.

Cazul Francisc L. (1974) din Clinica Chirurgicală a prezentat aceasta complicațiune, prezintând o obstrucție completă a lumenului esofagian în urma unui epitoliom tiroidian, așa că s'a necesitat executarea unei *gastrostomii*. Cazul sucombând, la autopsie s'a confirmat diagnosticul, găsindu-se o tumoare, care comprima esofagul.

c.) *Compresiunea recurentului.* Având în vedere raportul intim a capsului tiroidiene cu nervul recurent de sigur că și el va fi atins repede prin creșterea tumorii. Aceasta alterare poate fi uni- sau bi-laterală, ceea ce este important, pentru că în gușa banală în majoritatea cazurilor avem numai o leziune unilaterală, a recurentului. E curios că deși aproape la fiecare bolnav găsim tulburări de vorbire, răgușeală, totuși după statisticele făcute numai 10—15% din bolnavi prezintă la laringoscopie pareza corzilor vocale. Schiller și alți autori explică acest lucru arătând că disfoniile și răgușeala se datoresc în cazul cancerului tiroidian mai des alterațiunilor tracheei și mult mai rar parezei coardelor vocale. Afară de răgușeală fenomenele, pe cari le dă compresiunea recurentului sunt: Voce bitonală, afonie completă, imposibilitatea de a închide orificiul glotei, deci lipsa puținței de a tuși, expirațiune penibilă, neliniștită,

d.) *Pneumogastricul* e protejat mult timp prin faptul, că se găsește situat în pachetul vasculonervos al gâtului. Compresiunea lui se va traduce prin fenomene pulmonare și cardiace.

e.) Din partea *simpaticului* putem găsi fenomene, cari denotă iritațiunea, sau compresiunea lui: Alterațiunile pupilare, tulburările vasomotorii și pilosecretorii, enoftalmia reproduc sindromul clasic a lui *Claude Bernard — Horner*.

f.) *Complicațiunile vasculare* apar în urma compresiunii venelor jugulare, subclaviculare, venei cave superioare și a arterei carotide.

1.) *Compresiunea venoasă* se va traduce prin cianoză extremității cefalice, prin circulațiunea colaterală venoasă, cauzând varicozități a venelor feței, prin cefalee, epistaxis. Uneori se observă aparițiunea de varice esofagene (*Hellendahl*).

Ivan ff. a descris sindromul cauzat de compresiunea venei cave superioare, caracterizat mai ales prin așa-zisul „edem în pelerină.“

2.) *Compresiunea arterială* — fiind vorba de arterele, cari susțin irigațiunea creierului — se va traduce prin o anemie cerebrală: cefalee, vertijii, ameteți, sincopă.

Când avem o obstrucție parțială a lumenului arterial, va apărea un suflu sistolic, perceptibil la ascultațiunea carotidei. — Compresiunea poate duce la obstruarea completă a vasului, așa încât pulsul arterial deasupra tumorii nu va mai fi perceptibil. — Uneori tumoarea aderă întin de vas, o uzează, îi distruge pereții, cauzând o hemoragie bruscă, abundentă.

Putem avea uneori complicațiuni chiar la nivelul tumorii. Infecțiunea secundară cu microbi piogeni se poate produce, în urma căruia apar semnele unei *infecțiuni tiroidiene*, asociată de o supurațiune cronică. Aceste infecțiuni pot trece mai departe la formarea unui abces, sau flegmon difuz al gâtului, grăbind sfârșitul letal al bolnavului.

II. **Complicațiunile generale** sunt date mai ales de metastaze, a căror localizare am studiat-o la forma latentă.

Diagnosticul

Diagnosticul cancerului tiroidian trebuie pus atunci, când prin terapeutică noastră încă mai putem preveni metastazele și evoluția mai departe a afecțiunii. Diagnosticul într'un stadiu evolutiv mai înaintat nu e greu, căci apar semnele clasice a degenerenței maligne, cari ne pun pe calea diagnosticului; dar în aceasta fază deja am pierdut lupta. Nu mai putem ajuta mult bolnavului. Diagnosticul de cancer trebuie pus chiar la început, atunci când el n'a

înviadat încă capsula tiroidiei și n'a dat metastaze la distanță și nici chiar în ganglionii profunzi cervicali.

Metastazele în ganglionii apropiați nu exclud rezultatul bun terapeutic în cazul, când intervenim energic și radical.

1.) *Evoluția clinică.* Creșterea rapidă a tumorii, durerile ce apar, ganglionii, compresiunile și toate semnele descrise mai sus trebuie să ne facă să bănuim transformarea canceroasă.

2.) *Examenul radiologic* ne va descoperi, dacă există sau nu o prelungire intratoracică tiroidiană, ne va arăta starea tracheei și a laringelui. Vom putea cu ajutorul razelor x să ne convingem dacă esofagul e liber, sau nu.

Vom cerceta minuțios plămânul și mai ales oasele, putând de multeori descoperi metastazele precoce, cari ne băgate în seamă fac zadarnică intervențiunea chirurgicală.

3.) *Laringo-trachoscopia.* Prin acest mijloc ne vom convinge de starea coardelor vocale, de starea glotei, mucoasei laringiene, care poate fi edemațiată; vom căuta pe urmă mobilitate coardelor vocale și prin aceasta ne vom convinge și de starea nervului recurent.

4.) *Esofagoscopia* ne va descoperi eventualele metastaze esofagiene și corelațiunile lui cu tumoarea.

5.) *Punctia tumorii* e necesară în multe cazuri. căci examenul citologic al lichidului scos ne va da indicii foarte prețioase. Mulți sunt contra acestei punctii, pentrucă prin ea s'ar putea inocula părți de țesut canceros în țesuturile sănătoase.

6.) *Biopsia* se impune în toate cazurile dubioase, ea singură putându-ne da relații precise despre malignitatea gușii. Se va scoate o porțiune din partea aceea a tiroidei, care prezintă un nodul dur nou format, scoțând însă o porțiune și din părțile sănătoase vecine acestui nodul

7.) Ca ultim mijloc de diagnostic amintesc o reacțiune biologică mai nou descrisă, cu care se ocupă foarte mult lumea savantă. E vorba de *reacțiunea Botelho*, care actual e cea mai bună seroreacție a cancerului. Consistă în precipitarea albuminelor serice prin un reactiv iodo-iodurat, în prezența unui acid.

Nu întru în detalii, pentrucă nu formează subiectul tezei mele, vreau numai să insist puțin asupra valorii acestei reacțiuni. După comunicarea lui *Hartmann* la Academia de Medicină din Paris (IV 926.):

85—90% reacțiunea e pozitivă la cancerosi,

99% „ „ negativă la sănătoși.

Ceeace e interesant, că după ridicarea chirurgicală, sau după tratamentul cu raze x, sau cu raiu a tumorii, reacțiunea devine negativă în câteva săptămâni. Dacă persistă a fi pozitivă e vorba sau de recidive sau de metastaze.

Diagnosticul diferențial

Voiu aminti mai mult diagnosticul diferențial al formei evidente gușoase, căci a formelor latente l-am făcut la fiecare capitol în parte.

I. Malformațiuni congenitate.

Ele se observă destul de des la acest nivel. Putem întâlni:

1.) *Chiste dermoide*, cari se găsesc mai ales pe linia mediană, sau la nivelul marginii anterioare a mușchiului sterno-mastoidian, deci la nivelul unei crăpături branchiale. Sunt cauzate de o invașiune ectodermică. Se pot întâlni la orice nivel.

Se caracterizează prin faptul, că clinic nu sunt congenitale: devin aparente în a 2-a copilărie, sau în pubertate. Creșterea lor e progresivă, lentă; sunt indolore și nu dau tulburări funcționale sau de compresiune.

Fizic: Sunt tumori regulate, netede, bine delimitate. Pielea deasupra lor e normală, neaderentă. Consistența variabilă, uneori păstoasă.

2.) *Chistele seroase congenitale*. Apar dela naștere. Se localizează pe părțile laterale a gâtului. Ele se pot prezenta ca niște tumori enorme, localizate dela menton până la stern. Au un conținut lichid, seros, galben-verziu, alteori conținutul e vâcos și gros.

3.) *Chistul tiro-hioidian* se găsește la nivelul spațiului intertiro-hioidian și se prezintă ca o tumoare netedă, rotundă, indolore, care se mișcă împreună cu laringele.

4. *Tumorile congenitale* sunt foarte variate și se dezvoltă din aparatul branchial. Mai însemnate sunt:

a.) *Epitelioamele branșiate*, cari se observă de regulă în regiunea carotidiană cu tendința de a se dezvolta în jos și înăuntru. La început prezintă o duritate lemnoasă, pe urmă se ramolesc și ulcerază.

b.) *Fibrochondromele branșiate* se găsesc de regulă în vecinătatea articulației sterno-claviculare. Sunt niște tumorete foarte des pediculate, uneori multiple.

Aceste sunt malformațiunile congenitale mai frecvente, cari ne-ar putea induce în eroare atunci când ne găsim în fața unui caz de cancer tiroidian.

Dar toate leziunile aceste au caracteristica:

Majoritatea lor apare deja din naștere. Evoluează foarte lent; nu dau naștere fenomenelor de compresiune și sunt indolore. Sin-

gur epitelomul bransial poate uneori să ne înducă în eroare, dar și acesta are o evoluție mult mai lungă, decât orice cancer cronic tiroidian.

II. Traumatizmele.

Dela nivelul tiroidei pot da naștere la *hematoame*, cari însă nu se pot confunda cu leziunea canceroasă a tiroidei, pentru că avem în antecedente traumatizmul declanșator; la *inspecție* culoarea violacee a tegumentelor, cu echimoze sau sufuziuni. La *palpație* nu găsim aderențe nici adenopatia regională. Hematomul peste câteva zile are tendința de rezorbire.

III. Inflamațiuni acute.

Inflamațiunile acute ale acestei regiuni pot fi confundate uneori cu cancerul tiroidian.

a) **Tiroidita acută** e o inflamațiune a parenchimului tiroidian, care apare de regulă pe o tiroidă strumoasă. Se observă în infecțiuni generale grave: septicemii, piemii, febră tifoidă, tifus exantematic, gripă, când suferința tiroidiană va fi mascată de fenomene generale sau de suferința organului primitiv atins. Dar infecțiunea se mai poate propaga la tiroidă dela cavitățile, sau organele din vecinătate pe cale limfatică.

Tiroidita acută evoluează repede cu fenomene grave, cu mărirea bruscă a volumului tiroidei, cu fenomene de compresiune și cu dureri violente spontane și provocate, cari se accentuează pe zi ce merge. Ca simptome generale avem: Febra ridicată, astenia, semnele unei infecțiuni generale. Peste câteva zile poate începe o supurațiune la nivelul tiroidei, care să dea loc la un abces tiroidian, cu semnele clasice a unei supurații: Lencocitoză, febră intermitentă și local fluctuație cu alterarea tegumentelor; în acest caz va apărea și adenopatia regională.

Mai ales forma acută a cancerului tiroidian se poate confunda cu aceasta tiroidită acută. Totuși: strumita acută apare mai ales la tineri, evoluează mai repede decât cancerul. Fenomenele generale sunt mult mai grave și mai accentuate la tiroidită, la care în antecedente vom descoperi o infecțiune generală. *Local*: La tiroidită sunt prinși de regulă ambii lobi. Hipertrofia e regulată, bine circumscrisă. La palpație tegumentele nu aderă de tiroidă; ele sunt ușor edemațiate și roșii. Tumoarea are consistența uniformă, foarte dureroasă la palpat. Nu aderă de planurile profunde. Ganglionii se pot prinde și la tiroidită, însă aci sunt moi, dureroși. În cazuri extreme se impune punctia tumorii, sau chiar biopsia. Diagnosticul va fi greu mai ales atunci, când aceasta inflamațiune apare la un bătrân și pe o gușe, care prezintă și înainte suprafață neregulată și consistență nodulară.

Inflamațiunea acută a altor organe cervicale anterioare rar se confundă cu cancerul tiroidian. Trebuie totuși să amintim *abcesul*

cald localizat la acest nivel, care uneori ne poate induce în eroare. Semnele evidente ale acestui abces: fluctuația, roșeața pielii și puncția ne vor stabili precis diagnosticul adevărat. Sunt totuși cazuri descrise în literatură, când aceasta confuziune s'a făcut. Cazul celebru a lui *Billroth*, care a încizat un sarcom tiroidian, crezând că are de a face cu un abces.

III. Inflamațiunile cronice

cari dau mai des leziuni tiroidiene sunt: *sifilisul*, *tuberculoza* și *actinomicoza*.

a) *sifilisul* alterează tiroida mai ales în perioada terțiară. Aceste manifestări sunt puțin frecvente, totuși se pot întâlni, când diagnosticul diferențial cu cancerul tiroidian se face f. greu. Mai ales forma sclerogomoasă interstițială se pretează la confuziuni.

În aceasta formă tiroida se hipertrofiază rapid, mai ales în regiunea mediană, luând mărimea unei mandarine. Aceasta hipertrofie e uniformă. Tumoarea e dură rezistentă, fără părți ramolite și fără consistență chistică. Nu există semne de compresiune a tracheei, sau a vaselor; tegumentele rămân libere neaderente. Din contră, nervii vecini sunt des iritați, dând naștere la o durere vie, continuă cu exacerbațiuni. Nu avem adenopatie regională, nici semne de distiroidism. Wassermann pozitiv. Mai găsim și alte semne de sifilis visceral. Înstituindu-se tratament antiluetic fenomenele dureroase și tumoarea dispar.

b) **Tuberculoza tiroidiană** se prezintă sub diferite forme:

1.) *Forma nodulară*. 2.) *Formă hipertrofică difuză* (Gușa tuberculoasă). Mai ales forma a doua n. gușa tuberculoasă poate simula o tumoare malignă prin creșterea rapidă, prin duritatea sa, prin faptul, că produce aderențe și compresiuni. Aceasta gușe însă e de regulă indoloră. Ne vor ajuta la facerea diagnosticului diferențial: a.) Găsirea altor leziuni tuberculoase mai ales pulmonare. b.) Vârsta tineră, la care apare mai des aceasta formă. c.) Biopsia.

Uneori găsim în interiorul glandei un adevărat abces rece. Diagnosticul diferențial se va face ușor prin semnele clinice și prin puncție.

c.) **Actinomicoza** apare extrem de rar la nivelul glandei tiroide. *Kohler* publică un astfel de caz, unde un voluminos nucleu actinomicotic a distrus glanda și a dat loc fenomenelor mixedematoase. Când există are un aspect caracteristic, cu noduli inflamatori, cari pe urmă supurează, formându-se traecte fistuloase multiple și cari dau pielii aspectul de stropitoare. Diagnosticul precis îl vom face la microscopia puroiului, punând în evidență agentul patogen.

d.) **Tiroidita cronică a lui Riedel**. În 1895 *Riedel* a descris o afecțiune a glandei tiroide, caracterizată prin o inflamațiune cronică, transformând glanda într'o tumoare dură ca ferul. Aceasta afecțiune se mai cunoaște sub numirea de: Inflamația primitivă

cronică canceriformă a lui *Tailhefer*, tiroidita lemnoasă a autorilor francezi.

Evoluția tumorii e lentă la început, pe urmă se poate accelera, dar se observă și regresiiuni, ceea ce la cancer nu se constată niciodată. Mai târziu tumoarea aderă de organele vecine: trachee, carotidă, nervi. Pielea e rar interesată. Starea generală e bună; nu se găsesc tulburări secretorii tiroidiene. Caracterul cel mai marcant al tumorii e *duritatea excepțională*. Tumoarea e rău delimitată de vecinatate, din cauza aderențelor își pierde repede mobilitatea sa. *Nu dă nici ganglioni și nici febră*. Examenul histologic nu ne arată nici un semn de malignitate. Aceasta afecțiune se vindecă foarte bine la o tiroidectomie parțială. Deci, în rezumat: *duritatea ca ferul regresionile în evoluție, starea generală bună, biopsia, lipsa ganglionilor și a febrei sunt elementele mai importante, pe baza cărora vom face diagnosticul.*

IV. Tumori benigne.

Dintre tumorile benigne tiroidiene vom face diagnostic dif. cu:

1.) *Gușa*. Diagnosticul nu va fi greu atunci, când semnele cancerizării sunt tipice. În *gușe* există simptoame de compresiune, însă sunt izolate, survin intermitent. *Gușa* aproape niciodată nu e dureroasă. *La cârcer* simptoamele de compresiune se instalează progresiv, nu retrocedează și sunt continue. Cancerul e foarte dureros. Nu insist mai mult asupra semnelor diferențiale, pentru că le-am înșirat deja la descrierea *gușei maligne*.

Diagnosticul e greu de făcut la așa zisele *adenome benigne*, cari clinic prezintă multe semne de malignitate și evoluează sub un tablou asemănător cancerului tiroidian, fără însă să prindă ganglionii și fără să dea metastaze, Diagnosticul sigur se poate face numai la examenul histo-patologic, examinând minuțios vasele. Într'un caz de cancer adenomatos vom observa: Tromboze vasculare, țesut neoplazic în lumenul vascular, constatări, cari ne indică absolut precis malignitatea tumorii. (*Graham*).

2.) *Chistele tiroidiene* se diferențiază ușor prin evoluția lentă, lipsa fenomenelor de malignitate, lipsa adenopatiei. Făcând și punctia tumorii diagnosticul se impune.

Di *Dr. Câmpianu L.* publică în cartea sa un caz de *chist hidatic tiroidian* observat în Clinica Chirurgicală, care a evoluat ca o *gușe simplă*. A fost recunoscut numai la operație. Cu cancerul tiroidian nu ajunge ca să fie confundat, având cu totul alt aspect clinic.

3.) *Tumorile benigne a organelor vecine* se diferențiază foarte ușor de un cancer tiroidian. Amintesc numai d'agnosticul diferențial cu: *Aneurizme, lipomi, diverticoli esofagieni.*

V. Tumori maligne.

Se pot confunda cu cancerul:

1.) *Sarcomul tiroidian*, care e însă foarte rar. Se găsește mai

ales la tineri. Și acesta apare mai ales pe o tiroidă strumoasă. La dimensiuni foarte mari, putând duce la ulcerarea tegumentelor. Nu se însoțește decât foarte rar de adenopatie. Prezintă circulația colaterală caracteristică tuturor sarcoamelor. De multeori diagnosticul diferențial e imposibil de făcut și atunci trebuie să recurgem la biopsie.

2.) *Endoteliomul*, care poate fi privit ca o varietate a sarcomului, însă de multeori evoluează mai benign decât acesta. Alteori însă evoluează cu o malignitate foarte mare, întrecând chiar sarcomul. (*Babeș*).

Tumoarea e constituită din cavități pline cu coloid și fibrină. Unele părți la centru sunt necrozate, sau hemoragice. Evoluția tumorii e scurtă. Dă loc la fenomene de compresiune și la adenopatie. Diagnosticul endoteliomului e foarte dificil și se face numai la operație sau la biopsie.

Dnul *Docent Dr Cămpianu* publică un astfel de caz, primit la Clinică cu diagnosticul de gușă malignă. Se operează în condițiuni bune, bolnava se vindecă. Examenul histologic al tumorii scoase făcut de Dnul *Prof. Titu Vasiliu* arată că era vorba de un *endoteliom malign*.

Tumorile maligne ale gâtului cari se pot confunda cu afecțiunea noastră sunt:

1.) *Limfosarcomatoza Künrat* localizată la ganglionii cervicali. Ganglionii cresc foarte mari, repede aderă de piele, confluează, prind țesuturile învecinate, apasă nervii, producând dureri îngrozitoare. La examenul local însă vom vedea, că aceste tumori n'au nimic comun cu tiroida, care e liberă. Tumoarea noastră e situată mai lateral și urmează mișcările laringelui.

Amintesc numai diagnosticul diferențial cu:

- 2.) *Limf. granulomatoza cervicală.*
- 3.) *Tumorile glandei carotide.*
- 4.) *Cancerul laringelui.*

Prognosticul

Prognosticul cancerului tiroidian, — după cum se poate deduce din expunerea evoluției clinice — nu poate să fie benign. Cele mai multe cazuri evoluează fatal, noi prin terapia noastră putând numai se amâna cu câteva zile sfârșitul inevitabil.

Cazurile observate toate au sucombat. Aceasta era de prevăzut, pentru că toate s'au prezentat la clinică în ultimul stadiu al afecțiunii lor.

Uni autorii prezintă statistici, în cari caută să arete rezultate strălucite, cu procent de vindecarea cât se poate de ridicat, dar aceste statistici nu caută să arete recidivele aproape constante,

cari fac ca bolnavul iarăși să revină nu peste mult timp cu același diagnostic.

Prognosticul e *mult mai grav* la tineri, decât la cei bătrâni.

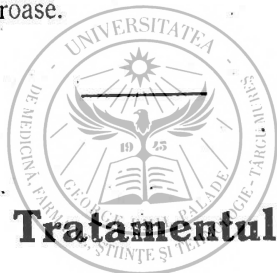
Prognosticul e *foarte grav* atunci, când bolnavul vine cu metastaze multiple viscerale.

Prognosticul e *mai puțin grav* atunci, când tumoarea a rămas incapsulată și nu s'a extins la distanță, ci numai la ganglionii regionali.

Prognosticul e *bun* atunci, când surprindem cancerul chiar la început, în timpul operațiunii contra unei guși simple, nevând încă semne clinice de cancerizare.

Cravez L. crede că numai aceasta ultimă grupă de cancere tiroidiene poate avea speranță de vindecare, căci atunci, când deja diagnosticul de cancer se poate pune cu ajutorul datelor clinice, e târziu, cu operația mai mult stricăm decât folosim.

Prognosticul variază și după forma clinică a afecțiunii. *Forma acută, forma latentă* au un prognostic mult mai sombru, decât formele cronice, schiroase.



Tratamentul

Diagnosticul de cancer tiroidian fiind pus trebuie să instituim imediat tratamentul corespunzător stadiului în care se găsește afecțiunea noastră. De sigur, că tratamentul nostru trebuie să fie cât se poate de energetic și radical, căci numai astfel putem să ne asigurăm contra recidivelor și metastazelor.

După-cum am spus tratamentul va diferi după stadiul, în care se găsește afecțiunea. Va fi absolut inutil de a recurge la extirparea corpului tumoral atunci, când avem deja metastaze viscerale multiple și tot inutilă și insuficientă va fi terapeutică noastră scofând numai singur tumoarea tiroidiană, lăsând pe loc tot țesutul tiroidian în aparență sănătos.

Mijloacele terapeutice se împart în 3 grupe: 1.) *Chirurgicale*, 2.) *Fizioterapeutice*, 3) *Medicale*.

Tratamentul chirurgical.

E mijlocul cel mai important și cel mai prețios, care singur ne poate da rezultate definitive. Se poate aplica însă numai cu anumite condițiuni: 1.) Tumoarea să fie intracapsulară; dacă a trecut în faza extracapsulară să nu prezinte aderențe prea întinse cu organele vecine. 2.) Metastazele multiple contraindică interven-

fiunea chirurgicală. Metastazele locale nu constituie o contraindicație absolută.

Rezultatele operatorii în cc. tir. sunt slabe *Poncet* arată o mortalitate de 35%. În neoplazm difuz 30—60%.

Pregătirea preoperatorii.

Nu e bine de o opera bolnavul imediat ce a intrat în spital. Înainte vom face un examen minuțios al bolnavului. Vom căuta să descoperim eventualele metastaze, vom trata diversele afecțiuni secundare, de cari suferă bolnavul. Vom administra înainte de operație Cl_2Ca , pentru ridicarea indicelui de coagulare a sângelui. Nu vom opera femeii în timpul menstruației.

Poziția bolnavului: cu capul plecat înapoi, așezând sub umerii bolnavului o pernă rotundă.

Anestezia. Se poate întrebuința: 1.) narcoză, 2.) anestezie paravertebrală și 3.) locală. La Clinica Chirurgicală din Cluj se preferă anestezia locală, care a dat rezultate foarte bune în intervențiunile pe tiroidă. Unii autori sunt contra acestei anestezii, motivând prin faptul, că diformează regiunea și alterează situațiunea anatomică a planurilor regiunii.

Înainte de intervențiune se administrează bolnavului o injecție 1—2 cgr. de morfină.

Procedeele operatorii.

1. **Enucleația** e scoaterea unui nodul sau chist singuratic din parenchimul tiroidian. E o operațiune absolut incompletă și insuficientă în cazul nostru, pentru că se produc recidive și metastaze. Deci în cazuri de cancer tiroidian nu se poate aplica.

2. **Hemitiroidectomia** e scoaterea unui lob tiroidian. *Incizia pielii* se face după *Kocher* în formă de cravată, sau după *Gerard* incizie în cravată ascendentă. Incizia nu va fi transversală, ci va urma unul din pliurile pielii.

Se secționează pe urmă pielosul, se leagă și se taie venele jugulare și se pătrunde până la capsula proprie a glandei. Pe urmă se face decolarea digitală a lobului, ligatura și secționarea pediculilor superiori și inferiori. La aceasta ligătură din urmă vom fi cu grijă la nervul recurent, care încrucișează aici artera. Apoi se leagă istmul și se secționează. Se refac planurile prin suturi cu puncte separate.

Inconveniente: 1. Tulbură arhitectura gâtului prin faptul că lobul rămas împinge tracheea în partea opusă. 2. Se ridică și paratiroidele. 3. Foarte ușor se lezează recurentul în raport cu fața internă a capsulei.

Indicații: Se indică numai atunci, când cancerul e așezat pe o singură parte, mic, intracapsular, n'a prins ganglionii și când suntem aproape siguri că lobul opus e neatinș de cancer. E un procedeu nesigur, căci aproape niciodată nu putem ști starea în care se găsește lobul lăsat pe loc și ne putem aștepta foarte des la metastaze și recidive.

3. Rezecția (Tiroidectomia parțială). E o operație intracapsulară. Constă în scoaterea cât mai mare a parenchimului tiroidian, lăsând pe loc însă partea posterioară a glandei, pentru a nu scoate paratiroidele și a nu leza recurentul. Se face mai întâi — după secționarea plănurilor — hemostaza preventivă, legând vasele tiroidiene superioare, pe urmă se scoate o parte din parenchimul tiroidian al ambilor lobi, făcând tiroida în felii. Se respectă istmul. În același timp se scot toți ganglionii învecinați.

4. Tiroidectomia totală. Observând recidivele frecvente locale în urma operațiilor, cari căutau să păstreze o parte din tiroidă, mai mulți autori — între ei Sudek, Carle, Willar, von Eiselberg — propun o scoatere totală, integrală a glandei împreună cu capsula. Deci se scot și paratiroidele.

Technica: După incizia pielii se luxează succesiv fiecare lob, se leagă pediculii vasculari, se detașează istmul de trachee și se scoate întreaga glandă. În același timp se scot ganglionii carotidieni, supraclaviculari, subhioidieni.

Sudek publică 8 cazuri astfel tratate cu tiroidectomie totală, administrând 2 tablete de tiroidină la zi. El n'a observat nici la un caz recidive, sau apariția de fenomene de insuficiență tiroidiană. Chiar pentru aceasta Sudek propune în toate cazurile tiroidectomia totală, urmată de administrare de extracte tiroidiene.

Inconveniente: Lezarea foarte ușoară a recurentului. apariția mixedemului postoperator.

Indicații: În caz de cancer generalizat, difuz; în caz de cancer extracapsular la limita operabilității.

Complicații operatorii

1.) *Hemoragia:* sunt periculoase mai ales hemoragiile din artera tiroidiană inferioară, cari sunt greu de stăpânit.

2.) *Asfixia.* Se poate produce mai ales în momentul, când se ridică tumoarea împreună cu tiroida. Cauza: Colabarea păreților tracheei. Se indică în astfel de cazuri trecerea câtorva fire prin păretele anterior a tracheei, cu ajutorul cărora separăm pereții tracheali și fixarea lor la cei doi sterno-mastoidieni. În caz de asfixie amenințătoare se face tracheotomia.

3.) *Embolia de aer.* Venele gâtului se pretează în particular la acest accident. Pentru-aceasta venele se vor secționa numai după-ce ș'a aplicat o legătură prealabilă.

4.) *Leziunea recurentului,* care va avea ca urmare o răgușeală, voace bitonală, chiar afonie. Aceste fenomene cu timpul pot să se amelioreze, sau chiar să dispară.

Operațiunile de urgență

mai frecvente, cari se impun în evoluția cancerului tiroidian sunt:

1.) *Tracheotomia.* Trebuie executată atunci, când avem o tumoare,

care comprimă mult tracheea, producând fenomene foarte alarmante, amenințând cu sufocație și asfixie. 2.) *Gastrostomia* se indică atunci, când esofagul a devenit impermeabil pentru alimente, iar bolnavul se cașectizează din cauza inanției. Nu întru în descrierea tehnicei operatorii, ne fiind în legătură cu subiectul tezei mele.

Tratamentul medical.

Se reduce la foarte puțin. Azi încă nu posedăm substanță cu acțiune specifică asupra celulelor canceroase. S'au făcut diferite încercări de a descoperi un tratament medical al cancerului. Până acum toate au dat greș.

Mai nou s'au făcut multe experiențe cu soluțiunile coloidale de plumb. *Blair Bell* dela Liverpool caută să convingă lumea medicală de eficacitatea acestei metode arătând, că suspensiunile coloidale pe plumb au o afinitate pentru țesuturile canceroase. Plumbul fixat aici se ionizează și ionii ar fi aceia, cari exercită acțiunea cancerofagă.

Din contră, majoritatea autorilor sunt contra acestei terapeutici. *S. Martland* (New-York) rapoartă 15 observații de canceroși tratați cu injecții intravenoase de plumb coloidal (50—100, chiar 200 mlgr de plumb). El observă, că plumbul se depune în diferite organe sub formă de granule foarte fine, însă nu intră în interiorul tumorii canceroase. Deci, aceasta metodă de tratament e inutilă, chiar stricătoare, toxică.

M. Cunningham a tratat 227 bolnavi cu injecțiuni de plumb dintre cari 155 a sucombat, unii în timpul, alții după tratament.

Din toate aceste observațiuni se poate trage concluziunea, că tratamentul cu plumb nu e acel tratament ideal, care să ne asigure vindecarea boalei, ci din contră, uneori e chiar dăunător organismului, producând intoxicații.

Tratamentul medical însă se impune în cazurile inoperabile, însoțind tratamentul radiologic. În aceste cazuri rolul medicului e de a reduce suferințele bolnavului. În acest caz vom administra diferite calmante și analgezice, pentru a face mai suportabile ultimele zile ale bolnavului.

Fizioterapia.

Se poate face cu razele x, sau cu radiu. — Cancerul tiroidian e destul de radio-sensibil. Chiar pentru aceasta unii autori recomandă, ca tratamentul acesta să se facă înaintea tratamentului chirurgical, având chiar în vedere pericolele intervențiilor operatorii. E o greșală a executa astfel programul nostru terapeutic, pentru că: 1.) Așteptând, boala progresează, 2.) Aderențele, ce se formează îngreunează foarte mult operațiunea.

Aplicarea cea mai logică și fără inconveniente, — chiar dând rezultate îmbucurătoare — e combinarea tratamentului chirurgical cu

tratamentul fizioterapic. Și anume: îndată după intervențiune facem bolnavului o serie de iradițiuni cu raze x sau cu radium, pentru a preveni astfel recidivele și a distruge eventualele resturi ale tumorii maligne.

Cravez publică o statistică de 33 cazuri tratate astfel și obținând rezultatele cele mai bune posibile.

În fine, tratamentul fizioterapic se impune și în cazurile, unde din cauza metastazelor, sau aderențelor înaintate am scăpat tratamentul chirurgical. În acest caz vom încerca tratament energetic radiologic cu iradițiuni profunde. Uneori acest tratament ne poate da rezultate, întârziind cu câteva luni, chiar cu ani sfârșitul inevitabil.

Profilaxia cancerului tiroidian

E cam riscat de a vorbi de profilaxie, acolo, unde nu se cunoaște nici etiologia, nici patogenia și nici chiar infecțiozitatea afecțiunii. Totuși, bazându-ne pe faptul, că cancerul tiroidian are o afinitate de a se localiza pe tiroidele hipertrofice, gușoase, prin profilaxia gușei am luptat în parte și în contra cancerului tiroidian.

Asupra profilaxiei gușei nu vreau să insist, pentru că tratamentul preventiv cu *doze mici de iod* e cunoscut și practicat pretutindeni. Ceea ce e mai important, e tratarea tuturor cazurilor existente de gușe. Nu e permis, ca să lăsăm o gușe netratată timp de 5—10 ani și nu e permis nici a insista până la infinit asupra tratamentului medical și radiologic. Cravez chiar recomandă să se extirpe toate tumorile nodulare tiroidiene, tocmai pentru a evita degenerescența canceroasă.

De sigur, că prin aceste măsuri nu am făcut prea mult. Dar e destul a preveni cancerizarea unei singure guși, pentru a face deja o operă salutară.

Se cercetează mult asupra problemei „*vaccino-profilaxiei*“ cancerului, mai ales dela experiențele clasice a lui *Jensen*, care injectând doze crescânde de masse canceroase la animale a observat, că ele devin imune față de o inoculare nouă masivă. Aceste experiențe, cari au reușit foarte bine la animale, au dat faliment aplicate la om.

Totuși e un punct interesant, putându-ne da speranță, că chestiunea vaccinoprofilaxiei cancerului în viitor va devine o realitate.

Cazuri

Descriu numai 2 cazuri mai interesante, pentru că celelalte le-am schițat la descrierea formelor clinice.

Cazul I. 1931. Teodor A. I. 51 ani plugar, jud. Băcău. Intră în serviciul Clinicii chirurgicale la 21/V 925 sucombă la 15/VII 925. Diagnostic clinic: *Gușa malignă* — metastaze pulmonare, mio-degenerescență. *Date subiective*: Vezi pag. 15. *Semne obiective*: Temperatura 38.4, puls 107, respirația 20. *Starea generală* relativ bună. *Tegumentele, mucoasele*: Conjunctivele subicterice, tegumentele palide, buzele ușor cianotice. *Sist. muscular-adipos*: redus. *Ganglionii* inghinali și axilari palpabili. *Gâtul* lung și ocupat de o tumoare în reg. subhioidiană stgă. *Reflexele* normale. *Organele toraco-abdominale*: nimic deosebit. *Examenul laringoscopic*: Laringele și tracheea sunt deplasate spre dreapta. Tracheea e comprimată la partea stângă. Lumina tracheei e redusă la acest nivel pe $\frac{1}{2}$. *Urina normală*. *Wass*: negativ. *Local*: La inspecție se observă pe $\frac{1}{2}$ stângă a gâtului o tumoare de mărimea unui cap de făt situată în regiunea subhioidiană stgă. Consistența elastică și uniformă exceptând polul inf., care prezintă o duritate mai accentuată și fața ant.-sup., unde se pare că prezintă o oarecare fluctuență. Tracheea și laringele deviate cu $5\frac{1}{2}$ cm. la dreapta. Tumoarea în sus ajunge până la pavilionul urechii. Pielea la nivelul tumorii e extinsă mult; e liberă față de tumoare și la nivelul punctului culminant prezintă o culoare violacee. Tumoarea prezintă pulsații sincrone cu bătăile carotidei. *La ascultație*: fără a apăsa stetoscopul se aude un suflu sincron cu pulsul radial. Mușchiul sterno-mastoidian foarte distins și îmbracă fața ext. a tumorii, totuși se poate separa de restul tumorii. *Trat. preoperator*, tonifiante, cardiotonice, Calciu. *Operația* la 30/V. Anestezie locală cu novocaină. *Technica*: enucleare și rezecție largă, drenaj parțial. După operație se constată, că plaga șupurează. Se formează un abces. Sucombă la 15/VII 925. *La autopsie*: Strună coloidă la dr., tiroidectomie la stga, mediastinită și miocardită.

Cazul II. 1113. Ican D. 39 ani, mîner din Roșia Montană. Intră la 19/XI 922 la Clinica Neurologică; mort la 25/II 923 cu diagnosticul clinic de *paraplegie, cistită*. — **Autopsia**. Cadavru bărbătesc, tegumentele palide murdare. Țesutul muscular adipos complot redus. *Lobul drept al tiroidei e mărit și aur*. *Calota*: În osul parietal dr. se vede o proeminență rotundă roșietică, de consistență mai mică, decât osul; aceasta tumoare pe fața internă a osului e de mărimea de 2 lei, gălbue moale, cu aspect gelatinos

fiind prin un pedicul aderentă de dura mater, pe care o comprimă. Compresiunea se manifestă și pe substanța cerebrală. *Tiroida*. Lobul dr. de mărimea unei mandarine, cu porțiuni aproape cartilaginoase. Lobul stg. e aproape complet atrofiat, prezentând câțiva noduli mici, de culoare galbenă, gelatinoasă, Ganglionii pre-tiroidieni sunt măriți; la secțiune au aspectul tumorii din calotă. *Coasta X-a stgă* e îngroșată pe o întindere de cca 15 cm., moale și de culoare roșietică. La secțiune prezintă o massă tumorală roșie-gălbue. *Coloana vertebrală*: Corpul vert. III-a lombară e aproape complet transformat în o massă tumorală, moale gălbue, gelatinoasă, asemănătoare cu cea a coastei X. De pe fața post. a corpului proemină în cav. rachidiană o tumoare de mărimea și forma unui police de copil, de consistență moale, aderentă de dura spinală. *In cav. abdominală* la nivelul vertebrei IV-a lombară se găsesc deasemenea mici masse tumorale aderente de col. vertebrală, cu aspectul tumorii tirvidiene. **Diagnosticul anat.-pat.:** Tumoare canceroasă a tiroidei cu metastaze multiple osoase și intrarachidiene.



Concluziuni

Cancerul tiroidian e o afecțiunea rară, (1 la 279 de autopsii, sau 5 la 1177 cancere observate la Clinicele din Cluj). Se localizează mai des pe o gușe preexistentă. Gușile se cancerizează în proporție de 3.30—887%. Nu se cunoaște nici un caz de gușe Bazedow, cari să fi cancerizat.

Clinic evoluează sub 2 aspecte: 1. Forma evidentă (gușe malignă), care apare și evoluează pe o gușe. Semnele cancerizării: creșterea rapidă, apariția durerii localizate și iradiate, consistența neregulată, adenopatia regională. 2. Forma latentă: Tiroida nu prezintă semne evidente de suferință, totuși cancerul dă repede metastaze viscerale, prezentându-se mai des ca o:

- a) Tuberculoză, sau tumoare pulmonară.
- b) Osteosarcom, sau fractură patologică.
- c) Sarcom superficial.
- d) Paraplegie, sau tumoare cerebrală.

Febra și hipersecreția se găsește des în evoluția acestei afecțiuni.

Complicațiuni locale: Dispnee, pseudoastm, disfagie, compresiune vasculară și nervoasă.

Prognosticul e totdeauna grav, mai bun în faza incipientă și la formele cronice scleroase.

Singur tratamentul chirurgical dă rezultate definitive. El e contraindicat în caz de tumoare extinsă cu metastaze. Operația preferită: Rezecția tiroidiană însoțită de scoaterea ganglionilor regionali. În cazuri disperate se poate indica tiroidectomia totală, urmată de tratament cu extrase tiroidiene.

După tratamentul operativ urmează radioterapia. Ambele combinate dau rezultate bune. În cazuri inoperabile facem numai radioterapie.

Profilaxia indirect prin profilaxia și tratamentul gușelor.

Văzut și bună de imprimat.

Cluj, la 2 Ianuarie 1928.

12 Ianuarie 1928.

Președintele tezei

Prof. Dr. I. Iacobovici (ss)

Decanul Facultății

Prof. Dr. M. Botez (ss)

Bibliografie

Dr. Papilian V.: Tratat de anatomie descr. *Testut*: Traite d'anatomie. *Gley*: Fiziologie. *Babeş*: Tratat de anat.-pat. (Vol. II). *Paulescu*: Fiziologie. *Schmaus*: anatomie patologică. *E. Forgue*: Précis de Pathologie externe. *Menetrier*: Le cancer. *Berard—Dunet*: Cancer thyroïdien. (Bibliot. cancerului). *Dr. L. Câmpianu*: Guşa şi cretinizmul în România. *Dr. Eugeniu Dimitriu*: Operaţiunile de guşe (teză de doctorat Cluj). *Roger—Widal*: Afections des glandes endocrines. (F. VIII.) *Ch. Lenormant, P. Brocqu*: Chirurgie de la tête et du cou *Begouin, Bourgeois, Duval etc.*: Précis de pathologie chirurgicale. (II. 1924.) *Dautrebande et Lemort*: Les a dénomes thireotoxiques impalpables. (Presse Médical 1927.) *S. Martland*: L'emploi de sol. col. de plomb pour le trat du cancer. (Journal of the American med. as. 927.) *L. F. Cravez*: Cancer du Corps th. et son traitement actuel. (Annals of Surgery vol. LXXXII. p. 833—853.) *Sudek*: Sur l'extirpation total du corps thyroïde. (Bruns Beiträge zur Klinische Chirurgie CXXXIII. p. 533.) *Schultze—Jena*: Strumita supurată postgripală (Zentralblatt für Chir. LIII. p. 2258.) *I Paté et H. Aloin*: Contrib. a l'étude de la syphilis tertiaire du corps thyr. (Lyon medical CXXXVIII. No. 49.) *Die Quervain*: Etude des endothéliomes du corps thyr. (Deutsche medizinische Wochenschrift. LII. No. 15.) *Dubois—Roquebert*: Les adenopathies cancer. du cou. (These, Paris 1924.) *Graham*: Tum. malign. du corps. thyr. (Annals of Surgery vol. 82. No. 9. 925.) *H. Florcken et o Mues*: Malignitatea guşei. (Medizinische Klinik an XXIII. No. 11.) *Ferrero et Sacerdote*: Tumori osoase de origine tiroidiană Archivio italiano di chirurgia. (Tome XIV. 1925 Sept.) *E. M. Perdue*: Starea precanceroasă. (The Journal of the American Ass. for medico Research. (Vol. 5. No. 3. 1927.)
