

nd 28
CV 1328

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 435

EPITELIOMUL MAMELEI LA BĂRBAT

TEZĂ
PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 1928.
DE
BUGĂESCU XENIA



1928

TIPOGRAFIA „CORVIN”
CLUJ, STRADA NICOLAE IORGA No. 17.



★ 4 4 0 0 0 3 1 5 7 ★

Biblioteca UMFST

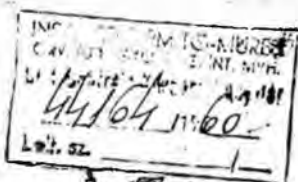
EPITELIOMUL MAMELEI LA BĂRBAT

TEZĂ

PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 1928.

DE

BUGĂESCU XENIA



1928

23 MAY 2005

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan: D-nul Prof. Dr. C. TĂTARU

Profesori :

Patologia generală și experimentală	D-I Dr.	<i>Botez A. M.</i>
Bacteriologie (agr.)	" "	<i>Baroni Vitold</i>
Istologia și embriologia umană	" "	<i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	" "	<i>Gane T.</i>
" ginecologică și obstetricală	" "	<i>Grigoriu Cr.</i>
Istoria medicinei	" "	<i>Guiart I.</i>
Clinica medicală	" "	<i>Hațieganu I.</i>
" chirurgicală	" "	<i>Iacobovici I.</i>
Farmacologia și farmacognozie	" "	<i>Martinescu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	" "	<i>Michail D.</i>
" neurologică	" "	<i>Minea I.</i>
Medicina legală	" "	<i>Minovici N.</i>
Igienă și igienă socială	" "	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	" "	<i>Negru D.</i>
Fiziologia umană	" "	<i>Nișescu I.</i>
Farmacia chimică și galenică	" "	<i>Pamfil Gh.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" "	<i>Papilian V.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	" "	<i>Predescu-Rion I.</i>
Clinica stomatologică (supl.)	" "	<i>Tătaru C.</i>
Clinica dermato-venerică	" "	<i>Țeposu Emil</i>
Clinica Căilor Urinare (agr.)	" "	<i>Thomas P.</i>
Chimia biologică	" "	<i>Urechia C.</i>
Clinica psihiatrică	" "	<i>Vasilii T.</i>
Anatomia patologică	" "	

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte : D-nul Prof. Dr. *Iacobovici I.*

Membri : $\left. \begin{array}{l} \text{D-I Prof. Dr. } \textit{Hațieganu I.} \\ \text{" " " } \textit{Vasilii T.} \\ \text{" " " } \textit{Botez M. A.} \end{array} \right\}$

Supleant : D-I Doc. Dr. *Kernbach*

Prefața.

Observațiunile mele, cari și-au aflat loc în lucrarea aceasta, sunt puțin numeroase din însăși cauza rarității afecțiunii ce ne preocupă. M'am mulțumit deci, ca prin descrierea și urmărirea celor câteva cazuri, să fac o comparație între observațiile mele și numeroasele observațiuni existente în literatură. În lucrarea această, am putut confirma o parte din problemele cunoscute asupra cancerului mamar la bărbat, încercând în același timp să relev micile particularități interesante, pe cari le-au prezentat cazurile mele. Acestea, în număr de 6, sunt cazurile cari s'au prezentat în Clinica chirurgicală din Cluj, între anii 1920—28.

Înainte de a trece la tratarea subiectului, îmi îndeplinesc plăcută datorie, de a aduce viile mele mulțumiri la toți aceia, cari prin ajutorul dat, mi-au ușurat îndeplinirea acestei lucrări.

Domnului Prof. *Dr. Jacobovici* pentru toată bunăvoință cu care mi-a inspirat această lucrare, sincere și adânci mulțumiri recunoscătoare.

D-lui *Dr. Mitrea* asistent al Clinicii chirurgicale, profundă grațitudine pentru prețiosul său concurs.

D-lui *Dr. Comșia*, dela Institutul de Igienă, pentru îndrumările date cu toată bunăvoința colegială, cel mai profund sentiment de recunoștință.

Mulțumesc deasemenea juriului meu de promoție și tuturor profesorilor mei, pentru prețioasele îndrumări și sfaturi, primite dela dânsii în timpul celor 5 ani de studii.

Istoric.

Cancerul mamelei la bărbat a fost semnalat demult de cătră Ledran 1778 în „Memoire général sur le cancer“ și Morgani, care l'a aflat în 2 cazuri. În 1839 Nélaton, raportează și el un caz. În 1840 la Paris, în statistica lui Tranchon sunt notate deasemenea 5 cazuri de cancer mamar. Cruveilhier aduce 3 observațiuni personale. În 1842 Lisfranc, citează un caz de cancer mamar ulcerat, la un bărbat de 43 ani. Deguise, în 1850 prezintă la Academia de medicină, un bărbat în etate, atins de cancer mamar. În 1860, Vidal de Cassis, în tratatul lor de Patologie externă, citează deasemenea un caz de cancer al sânelui la bărbat. 9 ani mai târziu (1869) apare o statistică — în revista „The Lancet“ asupra cancerului la bărbat — 2 cazuri cu localizarea la sân. Totuși până la această dată nu aflăm decât simple schițări ale acestei probleme, fără nici un studiu amănunțit.

Abea la 1872, Horteloup, în teza sa de agregatie, reunind o mulțime de cazuri, face primul studiu detaliat asupra cancerului mamar la bărbat.

Anii cari au urmat, au adus cu sine bogate contribuțiuni la chestiunea ce ne preocupă. Dintre acestea citez următoarele: teza lui Chénet (Paris 1876) care aduce 7 cazuri noi, teza lui Henry și a lui Landry, însă mai ales aceea a lui P. Poirier (1883), din care chestiunea cancerului mamelei la bărbat, reiese pentru prima dată cu o suficientă claritate. Studii importante a făcut deasemenea și Schuchardt, care adună 469 cazuri de astfel de tumori; se regretă însă lipsa unui examen anatomic precis, care să ne fi putut permite recunoașterea exactă a diferitelor tipuri ale tumorilor. Merz (1883), Fridrich (1893), Williams (1889), Fiedler (1896), Delacour (1894) Sengensse (1896), Laforgue (1897) și alții au continuat cu noi observațiuni. Printre cei cari s'au ocupat mai recent cu chestiunea cancerului mamelei la bărbat, amintesc pe Morestin (1908), Cornil și Campenon (1908), Davidsohn (1910), Finsteerer (1906), Colliquen (1913), Speese (1912), Flurian (1910), Herrenschildt (1922), Grégoire (1921), Rufanoff (1922) și în fine anul trecut Wainwoight, care bazat pe un vast material de studiu (401 cazuri), ne dă interesante date clinice și etiologice, făcând în același timp remarcabile observațiuni terapeutice, și expunând perspectivele unei vindecări definitive.

Noțiuni asupra etiologiei tumorilor sânului.

Cauza esențială și determinantă a cancerului, cu tot efortul experimentelor moderne, rămâne necunoscută, înglobată încă în seria nesfârșită a teoriilor.

Observațiunile clinice, demonstrează în oarecare măsură importanța etiologică a factorilor de ordin fizic. Traumatismele, mai ales traumatismul cronic repetat, apoi iritațiunile și chiar infecțiunile de lungă durată, se află pe planul prim. Raritatea cancerului la bărbat, confirmă întrucâtva această observațiune, acest organ fiind mai rar expus la traumatisme, iritațiuni sau infecții.

Traumatismele violente, acute, exercitate o singură dată, au fost deasemenea incriminate ca factori etiologici, sau poate predispozanți numai, ai cancerului mamei în general.

Numeroși bolnavi indică apariția și dezvoltarea tumoarei în urma unei lovituri (observaț. No. 5.), însă un examen minuțios ar putea desigur dovedi, exagerațiunea lor în interpretarea boalei.

Există astăzi chiar tendința de a nega orice participare a traumatismului violent și unic în producerea carcinomelor, rămânând deocamdată valabil, în cece privește sarcoamele.

Rolul traumatismelor acute se reduce probabil numai la modestul rol de a atrage numai atenția asupra tumoarei, ne observată până atunci; poate însă agrava evoluția boalei.

Observațiunea No. 6. demonstrează acest fapt. „Bolnavul E. M. care suferea de o mică tumoare (de mărimea unei alune), nedureroasă și mobilă, localizată sub mamelonul stâng timp de 4 ani, a fost lovit de o piatră în reg. mamei stângi. Pielea a fost ruptă și a sângerat, iar dela această dată tumoarea a crescut mult, la un an ajungând de mărimea unui ou de gaină.“

Alta e însă problema *traumatismelor repetate*, iritațiunilor fizice cronice, inflamațiunilor și stadiilor cicatriciale, cari pot fi numerate printre factorii predispozanți, de-o covârșitoare importanță. Numeroase observațiuni clinice, pledează pentru acest fapt. Așa sunt citate cazuri de tumori mamare, în urma sugerelor repetate. Un bolnav a lui Chalot care și-a luat obiceiul de a da sânul la un copil pentru a se dispensa de țipetele acestuia, a fost atins de cancer mamar. Poirier raportează și el o observațiune identică.

Acțiunea traumatismelor mici, repetate cum e de pildă apășarea continuă a unei bretele, a unui nasture etc., s'a observat de asemenea în antecedentele bolnavilor de cancer mamar. Observațiunea No. 2.: bolnavul înaintea aparițiunei neoplasmului purta un „sweater“ de lână, îmbrăcat direct pe piele, care îi producea o continuă jenă a regiunei mamare, tocmai în locul unde mai târziu s'a dezvoltat tumoarea.

Williams a înfălnit traumatismul de 14 ori, în 30 de cazuri de cancer mamar.

Inflamațiunile cronice, mai ales acele, cari se termină prin

stadii cicatriciale, au probabil o și mai mare importanță. Inflamațiunile cronice reprezintă o cauză predispozanță obișnuită a cancerului în general. Ca exemplu doveditor sunt dermatosele vechi pe care uneori se dezvoltă cancerul (psoriasis, acneea, lupus), *sifilisul* pare a fi cauza primordială în dezvoltarea cancerului, prin faptul că determină procese sclerotice și de keratinizare. Frecvența cancerului la vechii sifilitici vorbește în favoarea acestei opinii. (Observ. No. 1 la vârsta de 20 ani a contractat un șancru sifilitic, care era tratat cu „leacuri băbești“, regim declorurat și „afumări“.) (Observ. No. 3: la vârsta de 18 ani — șancru.)

Ginecomastia e și ea acuzată ca factor predispozanț, pentru cancerul mamelei la bărbat. Schuschardt, Pigot și Berns, publică cazuri de cancer care coincidau cu ginecomastia; însă la examenul istologic s'a văzut că aceste sânuri voluminoase erau compuse din grăsime și ar fi putut da naștere mai degrabă la tumori grăsoase, la lipoame, decât la cancere de origină epitelială, sau conjonctivă.

Vârsta. Cancerul e privit în genere ca o boală a vârstei înaintate. Cancerul mamar urmează deasemenea această regulă. După statisticele lui Horteloup, P. Poirier apare între 40 și 60 ani.

Cancerul sânelui la bărbat, se dezvoltă la vârstă și mai avansată. Fiedler repartizează cele 212 cazuri observate de dânsul în raport cu etatea, în modul următor.

2	bolnavi au avut mai puțin de	20 ani
9	” ” ” ” ” ” ”	20—30 ”
20	” ” ” ” ” ” ”	30—40 ”
54	” ” ” ” ” ” ”	40—50 ”
59	” ” ” ” ” ” ”	50—60 ”
50	” ” ” ” ” ” ”	60—70 ”
16	” ” ” ” ” ” ”	70—80 ”
2	” ” ” ” ” ” ”	mult de 80 ani

Din cele 6 cazuri observate la Clinica chirurgicală din Cluj, reese că, cancerul mamar la bărbat se întâlnește după 50 de ani și anume între vârsta 52—60 ani. (Observaț. No. 1 la 57 ani; Observ. No. 2 la 54 ani; Observ. No 3 la 57 ani; Observ. No 4 la 52 ani; Observ. No 5 la 60 ani; Observaț. No 6 la 55 ani.)

După Williams, vârsta mijlocie ar fi de 50 ani la bărbat, dând pentru femei media 48 ani. Cancerul mamelei la femei apare foarte rar după etatea de 55 ani, — contrar cazurilor de cancer la bărbat. Cel mai tânăr pacient, după statistici, a fost de 11-cel mai în etate de 82 ani.

Sexul. Toate statisticile coincid în aceea că cancerul mamelei este de predilecție la femei. După statisticile făcute de Strassmann, Mertz, Friedrich și Fiedler, proporția variază între 2 și 4 p. 100 în raport cu cancerile sânelui la femei, și înfine după

o statistică particulară și complectă a lui Chalot, publicată de către Laforgue-ar veni 5 cazuri de cancer mamar la bărbat, pe 79 cazuri la femei ceea ce ar da media de 6 la 100, deci ceva superioară celei ce s'a constatat de către alții.

Din statistica Clinicei chirurgicale din Cluj, reese un procent destul de ridicat pentru cancerul mamar. La 100 cazuri de cancer mamar la femei, oșservate în intervalul dintre 1920 până la 1927, corespund 6 cazuri de cc. mamar la bărbat. (La 4 din acestea s'a făcut examenul istologic, la celelalte două nu: unul din ele s'a prezentat deja cu o recidivă post-operatorie, iar celuilalt i-s'a pus diagn. numai după simptomele clinice — bolnavul refuzând orice intervenție.) Raritatea cancerului mamelei la bărbat față de cel al femeii, ne dă o oarecare posibilitate de a prejudeca asupra etiologiei acestor tumori. Stările congestive și inflamatorii ale sânelui sunt excepționale la sexul masculin, însă dacă totuși ar exista, ele ar predispuce la neoplazme.

Ocupația. Daunele profesionale nu sunt fără influență. Bolnavii aparțin de cele mai multe ori meseriașilor și clasei muncitorești. (Cazul No. 1. cantor; cazul No. 2. servitor, chelner; cazul No. 3. econom; cazul No. 4. lucrător la o fabrică de săpun; cazul No. 5. econom; cazul No. 6. salahor).

Ereditatea, ca moliv de cancer, se poate urmări în unele familii, pe o lungă întindere a arborelui geneologic. Totuși în marea majoritatea a cazurilor, nu pare a avea nici un rol în aparițiunea cancerului. Ereditatea, mai mult din punct de vedere teoretic, ar putea fi considerată, fie ca ereditate directă, fie ca ereditate a factorilor predispozanți. După statistica lui Poirier din 100 cazuri, abea 3 par a avea la bază, factorul ereditar. În ceea ce privesc cele 6 cazuri de cancer mamar la bărbat, trecute prin serviciul Clinicei noastre chirurgicale, ereditatea n'a jucat nici un rol etiologic.

M'am mulțumit să desprind din vastul capitol al etiologiei cancerului, numai acei factori, ai căror rol intervine în mod mai mult sau mai puțin hotărâtor în predispunerea indivizilor pentru tumorile sânelui. Mulțimea teoriilor, țesute în jurul etiologiei cancerelor, verificarea lor experimentală și discuția lor, nu am făcut-o pentru a nu depăși cadrele unei lucrări de felul acesteia.

Mamela la bărbat. Particularitățile de dezvoltare și particularitățile istologice.

Mamela barbatului are aceeași origine embrionară ca și glanda feminină și până la vârsta de 13 sau 14 ani evoluiază ambele în mod identic. Două sau trei zile după naștere, începe secreția unui lichid albastru, pe o durată de două sau trei săptămâni, cunoscut sub numele de „laptele noului născut.” Pe urmă mamela rămâne aproape staționară, până la vârsta pubertății. În acest

moment ea începe să se tumefieze; o tumefiere mai mult sau mai puțin dureroasă și excretă mici cantități de lichid analog colostrului. În urma acestui stadiu, comun pentru ambele sexe, începe diferențierea. La femei începe dezvoltarea unui organ fiziologic perfecționat, la bărbat, după acest efort zadarnic, glanda revine la dimensiunile sale infantile, pe cari le păstrează tot restul vieții. La băieți mamela e un organ încă nedezvoltat, pe când la adult ea e un organ atrofiat, un organ rudimentar. Mamela la bărbat, măsoară 20—25 milim. lărgime și între 3—5 milim. grosime.

Cu toate dimensiunile ei reduse, mamela bărbatului ne prezintă aceeași conformație anatomo-istologică, pe care-o are glanda feminină: 1. mamelon; 2. areola cu tuberculi lui Morgani; 3. dedesubtul pielei un strat fibrilar de musculatură netedă, care acopere în același timp areola și mamelonul; 4. stratul celulo-adipos; 5. un mic corp glandular, plat în forma de disc de o colorație surie cu structura epitelio-fibroasă. Din punct de vedere istologic, găsim în această glandă rudimentară, canale galactofore scurte, strămte, puțin sau deloc ramificate, deschisându-se la vârful mamelonului prin orificii foarte mici, terminându-se la extremitatea lor opusă prin mici umflături pline. Deloc nu se găsesc acini bine caracterizați.

Clasificația istologică a epiteliomului mamar la bărbat.

Dintre tumorile maligne, cari atacă glanda mamară la bărbat, ne interesează deocamdată epiteliomele, adică tumorile cu punctul de plecare din celula epitelială. Ele sunt mult mai frecvente decât sarcoamele tumorile conjunctive. La bărbat epiteliomele se prezintă sub două tipuri principale:

1. Epiteliomul tipic.

2. Epiteliomul atipic sau infiltrat.

1. *Epiteliomul tipic.* Acesta se dezvoltă având ca punct de plecare canalele galactofore și este cunoscut sub numele de epiteliom intracanalicular, formă relativ mai frecventă la bărbat, decât la femei. Aceasta din motivul că la bărbat canalele galactofore sunt aproape normal dezvoltate, contrar acinilor, cari dau glandei caracterele fundamentale, de atrofie. La microscop se observă că, limita periferică a canalelor este respectată. O proliferație a învelișului epitelial cubic, în interiorul lumenului. Totuși în unele locuri, celulele canceroase străbat acest perete invadând stroma. Evoluția acestei forme este lentă, de o benignitate relativă. Leziunea are tendința de a se ulcera de vreme. Ulcerațiunea cu margini îndurate, violacee și ridicate se află pe o bază îndurată. Fondul poate fi neted și puțin supurant, sau anfractuos și foarte sensibil la sângerare. Scurgerea seroasă, purulentă hemoragică sau

chiar de sânge pur, este caracterul esențial a acestei forme, putând apărea între primele semne clinice.

Locul de predilecție este centrul glandei, în apropierea mamelonului, sau sub mamelon.

2. *Epiteliomul infiltrat sau atipic*. Se întâlnește foarte frecvent la bărbat. După Williams de 17 ori în 26 cazuri. După alte statistici proporția este și mai ridicată. Proliferația este extrem de activă în această formă și ia naștere la nivelul acinilor. Datorită proliferațiunii supraactive, masele celulare distind acinii, distrug perete acestora și se revarsă în țesutul conjunctiv peri-acinos. E imposibil de a vedea în acest tablou schimbat, o formațiune acinoasă cu perete propriu; celulele cari îl constituie, sunt celule polimorfe, cubice sau cilindrice.

După proporția în care participă celulele epiteliale sau elementele conjunctive, distingem 2 tipuri anatomice diferite.

Schirul: e tipul cel mai frecvent dintre cancerule sânelui la bărbat. Sub această denumire se înțeleg tumori dure, dense, cu evoluția lentă, poate să treacă mulți ani între apariția tumorii și prezentarea la consultație a bolnavului. Ca exemplu dau cazul No. 4. Bolnavul cu 10—15 ani înaintea știa de prezența unei tumorete în grosimea glandei, care nu-i producea însă nici o jenă. Schirul este caracterizat prin abundența țesutului conjunctiv — fapt ce explică duritatea lui — alveole canceroase foarte reduse, cu celule epiteliale puțin numeroase. Stroma e abundentă, fibroasă, așa încât în anumite cazuri necesită secțiuni multiple pentru a găsi una sau 2 grupe de celule epiteliale.

Cancerul encefaloid, e o tumoră moale a sânelui. Istologic este caracterizat prin exagerația producției celulelor epiteliale, cu subșiri septuri de separare. Prin raclaj sau prin presiune laterală elimină o cantitate mare de suc lăptos. Clinic această formă se caracterizează printr'un mers mai malign și prin invadarea precoce a ganglionilor, vaselor limfatice intermediare cari uneori devin aparente, sub formă de cordoane albe și dure. Metastazele sunt frecvente. Această varietate se întâlnește rar la bărbat. Poirier raportează 5 cazuri. Imbert unul singur.

Carcinomul melanic este extrem de rar. Poirier arebe raportează un caz. Și ca altă varietate:

Carcinomul coloid caracterizat prin prezența de două feluri de țesut: 1. Colonii epiteliale dispuse în bloc, cu aspect variabil, cu nucleii voluminoși, bine colorate și 2. sub forma unui țesut translucid, care invadează vecinătatea în mod progresiv. Zonele de degenerescență coloidă sunt caracterizate prin lipsa complectă a unei vascularizări, sunt foarte săraci în elemente celulare și dacă se găsesc ici colea câteva celule în aceste insule mucoide ele sunt în stadii de atrofie manifestă și foarte avansată.

Inamoto este singurul care a descris un caz de *cancer gelatinos*.

Cu toate că problema *sarcoamelor*-tumorilor conjunctive ar depăși limetele subiectului acestei teze, este totuși interesant de observat că, ele sunt mai rare decât cancerele. Williams din 25 cazuri de tumori ale glandei mamare la bărbat, dă 16 carcinome și 3 sarcome.

Mithelstiller n'a adunat decât 60 cazuri de sarcom mamar la bărbat. Ca varietate istologică cele mai frecvente sunt sarcoamele fuso-celulare.

Se întâlnesc la orice etate. Ca etate media se dau 43—46 ani. Mult mai de vreme decât cancerul. (Cel mai tânăr — 10 ani; cel mai bătrân de 70 ani.) Sarcoamele au loc în etate mai tinere, cresc repede, ulcerează mai târziu decât cancerele.

Studiul clinic.

Tabloul clinic al cancerului la bărbat este destul de simplu, prezentând multă analogie cu cel de la femei. I-și are totuși particularitățile lui, cari îl diferențiază întiucâtva de tumoarea omonimă întâlnită la femei. Debutul, ca și la femei, este în general insidios, fără să fie marcat prin vre un semn subiectiv, afară de cazuri mai rare, când bolnavul simte o mică jenă, mici înfepături. De cele mai multe ori însă nu simte nimic și își dă seamă de prezența tumoarei în mamela numai ocazional când observă o mică ridicătură anormală. (Cazul No 1-bolnavul a observat în regiunea mamară stângă apariția unei mici tumorete, de mărimea unui bob de fasole, care a continuat mult timp să rămână staționară, fără să preocupe prea mult pe bolnav; Cazul No 2 : bolnavul a observat o mică nodozitate, lângă mamelonul drept; cazul No 3 : fără să precizeze cauza la nivelul mamelonului drept a remarcat o tumoretă rotundă, cu suprafața netedă, nedureroasă, mobilă pe planurile profunde; Cazul No 4 și No 6-au apărut în mod identic, printr'o mică tumoră mobilă, nedureroasă.) Sau după un traumatism observ apariția tumorei. Traumatismul probabil nu face altceva decât să pună în evidență o tumoare deja existentă, însă necunoscută de bolnav. În cazul No 5-bolnavul căzând dela înălțime s'a lovit la mamelă; regiunea s'a tumeficat și tumoarea n'a dispărut; s'a dezvoltat în modul, caracteristic pentru cancer. Uneori debutează printr'o scurgere sanghinolentă, cum e în cazul lui S. Duplay, unde bolnavul a intrat în spitalul Lariboisière pentru o umflătură la sân, observată cu 9 luni înainte, când cămașa lui a fost pătată cu sânge la nivelul mamelonului. De atunci tumoarea lăsa să se scurgă un lichid sanghin, de fiecare dată, când se apăsa asupra mamelonului.

Debutul prin ulcerare, este o raritate. Poirier citează numai un singur caz, în lucrarea sa. Tumoarea apare uneori ca un nodul circumscris, sau de cele mai multe ori, ca o îndurație difusă.

Volumul tumoarei la început, variază dela caz, la caz: în majoritatea cazurilor e vorba de tumori mici de mărimea unor alune sau castane și excepțional de mărimea unui măr, sau al unui pumn. La palpație se constată de cele mai multe ori, că tumoarea e dură și neregulată, în rare cazuri se constată o consistență moale. În toate observațiunile mele, bolnavii prezentau la început tumori dure, mici ca alunele, numai la observația No 5, am putut întâlni o tumoare de mărimea unui pumn. În cece privește consistența ei, ea a fost dură.

Sediul tumoarei este mai des central și sub mamelon, fapt care reiese din statisticele facute de diferiți autori (Williams, Finsteerer, etc.) Localizarea la nivelul cadranelui superior și extern, așa cum se observă atât de frecvent la femei, este destul de rară la bărbat. După Williams din 14 cazuri 8 au fost centrale și numai unul cu localizare supero-externă. După Finsteerer: 8 centrale, 2 ext. și inf. și 1 sup. ext. În cece privește cazurile observate la Clinica chirurgicală din Cluj, 2 erau cu localizarea centrală (Obs. No. 1 și No. 5); 2 cu localizare supero-externă (Obs. No. 2 și No. 4) și 2 sub mamelon (Obs. No. 3 și No. 6). Este sigur că aceste 6 cazuri cu această repartizare a lor nu e altceva decât o simplă coincidență și nu poate schimba valoarea statisticelor, cari sunt bázate pe un număr considerabil, de observațiuni.

Statisticele lui Poirier, Williams, Horteloup, arată că nu există o predispoziție specială pentru o mamelă sau alta, ci ambele sunt afectate în mod aproximativ egal.

Sânul stâng a fost prins de	17	ori din 30	cazuri	(Horteloup)
" " " " "	23	"	36	" (Poirier)
" " " " "	38	"	71	" Williams)
" " " " "	48	"	112	" (Imbert)
" " " " "	4	"	6	" (obsevații proprii)

Poirier a găsit o singură dată ambii sâni îmbolnăviți iar Hansy un caz — unde o tumoare s'a dezvoltat foarte repede în urma celeilalte. Pielea la început este adeseori infiltrată și prezintă pe suprafață vene groase. Dela început încă, tumoarea se află în conexiuni intime cu glanda, prezentând și o ușoară aderență cu pielea. Această aderență se poate provoca mobilizând tumoarea, în acest caz ea apare sub forma unei cute. Prinderea ganglionilor axilari la bărbat poate fi observată chiar în perioada de debut, încolo nu presintă nimic special. Starea generală rămâne nealterată. Bolnavul de obicei se simte bine și nu se lasă de ocupațiunea sa, fiindcă boala nu-i produce nici o jenă. Această stare generală bună la bărbat se prelungește pe un timp mult mai lung decât la femei și este datorită evoluției mai lente și în aparență mai benigne a schirului (căci aceasta e forma cea mai des întâlnită la bărbat) și după unii autori — curentului mai mic de

produse toxice, datorit vascularizației mai puțin abundente în regiunea mamară, la bărbat.

Durerea în perioada de debut este o excepție. Printre primele semne ale cancerului, putem nota adeseori scurgerea seroasă prin mamelon.

Această scurgere poate fi sanghinolentă, sero-purulentă, sau chiar hemoragică și este caracteristică mai ales pentru cancerul intracanalicular, care după cum am spus se întâlnește destul de des la bărbat. Această scurgere care are loc de obicei pe neașteptate, în urma unui efort sau traumatism, este aceea care obligă pe bolnav de a se prezenta la consultație.

Din 6 cazuri observate de mine, 5 au prezentat această scurgere și încă destul de precoce după apariția tumorii mai ales 3 din acești bolnavi.

Cazul No. 2.: peste o lună — o scurgere sanghino-purulentă; cazul No. 5.: peste o lună — scurgerea sanghino-purulentă; cazul No. 3.: peste 4 luni — o scurgere sanghino-purulentă; cazul No. 1.: după un an — hemoragie mare; și numai ultimul caz a prezentat o scurgere tardivă (cazul No. 6.: după 4 ani dela apariția tumorii).

Tumoarea în perioada ei de dezvoltare, poate ajunge dimensiuni destul de mari, cari variază dela mărimea unei nuci (observ. No. 4.), al unui ou (observ. No. 1. și No. 5.), până la dimensiunile enorme observate la cazul No. 3, unde tumoarea a cuprins întreg hemitoracele drept.

Adeseori pielea ia aspectul caracteristic cunoscut sub numele „coaje de portocală“.

Plicile cutanate, în perioada de stare, devin în scurt timp permanente, în urma creșterii și învădării pielei de către tumoare. Adeseori se poate observa venozitați pe piele. Creșterea tumorii orareori însoțită de durere (expresia lui Tillaux cum că „durerea singură decide pe bolnav a intra în spital“ nu se verifică în toate cazurile). Schmidt, Fiedler, Maier descriu dureri lancinante, cari apar pe la sfârșitul evoluției și cari s'accentuează cu mișcarea membrului superior. Alteori bolnavii acuză o durere surdă, sau sub aspectul unor înfepături (caz frecvent) ușoare. La unii bolnavi, durerea se prezintă concomitent cu ulcerarea.

Printre alte semne clinice, cari până la un anumit punct caracterizează cancerul e *retracțiunea mamelonului*, care însă după avizul statisticilor, se observă rar. Poirier dă o procentuație, ce nu întrece cifra de 14. Din cele 6 cazuri citate de mine, s'a constatat abea la unul (cazul No. 3) o retracție mamelonară; însă și aceasta a fost puțin exprimată.

Cancerul la bărbat evoluează frecvent spre ulceratie, ceace constituie un semn destul de caracteristic. Statisticile arată că, ulceratiia e mult mai timpurie la bărbat, decât la femei.

Apariția ulceratiunii variază între 6 luni și câți-va ani. Ca

medie statistică se dă cifra de un an, după apariția tumorii. Din cele 6 cazuri ale mele, 5 au dat ulcerarea. Dintre cari la 3 a fost foarte precoce (înainte de 4 luni); și la 2 mai tardive, (la unul peste un an și la al doilea, peste 4 ani.) Aspectul și forma ulcerării sunt variabile. Caracterile principale ale ulcerării sunt următoarele: ea este dură, nedureroasă, neregulată, cu margini ridicate și îndurate, cu fondul zfractuos cu aspect murdar și care sângerează foarte ușor. Uneori fondul e neted, supurant. Natura ulcerării poate fi deasemenea variabilă. Ea are adeseori forma vegetantă. În observațiunea lui Thaon „mamelonul a fost pierdut în mijlocul vegetațiilor papilare“, în cazul lui Fergusson „excrescența ca o ciupercă era groasă ca o castană.“

Tumoarea, în cele mai dese cazuri, prezintă aderențe cu planurile superficiale și este mobilă pe straturile profunde. Din cele 6 cazuri ale mele la 2 tumoarea a prezentat aderențe superficiale (obs. No 1, și No 2) cu păstrarea mobilității pe planurile profunde; la 2 ceilalți (obs. No 3 și No 4) tumoarea era aderentă cu mușchi subjacenți însă a rămas mobilă pe suprafața costală. Timpul când se contractează aceste aderențe, variază dela caz la caz, fără să urmeze vre-o regulă cu un caracter mai general. Inflamația infiltrativă a ganglionilor axilari în această perioadă, este foarte frecventă: după statisticele recente se produce în 65 la 100 a cazurilor; infiltrația ganglionilor infra și supra claviculari este o raritate (Fiedler, Albertin). Este totuși posibil ca ganglioni, neperceptibili în mod clinic, să fi fost mai înainte atinse de metastaze. E cunoscută diseminarea microscopică a ganglionilor sănătoși în aparență. Din 6 cazuri (Clinica chirurgicală din Cluj) la 5 au fost prinși ganglionii axilari; ganglionii supra-claviculari la unul singur (cazul No 1); în cazul No 6 — sunt prinși și ganglioni supraclaviculari, însă aci e vorba de o recidivă post-operatorie. Volumul ganglionilor e mic, în majoritatea cazurilor; ei sunt palpabili, duri, nedureroși, izolați sau uniți, mobili sau reuniți cu tumoarea printr'un cordon, care nu e altceva decât vase limfatice îndurate. De obicei volumul ganglionilor nu depinde de durata dezvoltării tumorii. Volumul are importanță destul de relativă, căci se pot întâlni ganglioni foarte voluminoși, roșii, inflamați numai, în timp ce ganglioni mai mici pot fi complect cancerizați. Pe secțiunea ganglionilor cancerosi-se văd puncte îndurate, sau pe toată întinderea secțiunii lor apar semitransparenți, cenușii dând la raclaj un suc lăptos. Ganglionii axilari infiltrați se găsesc mai cu seamă sub marginea inferioară a pectoralului mare și în fundul axilei. Când sunt prinși și ganglionii sub și supra-claviculari-bariera este trecută și cancerul s'a generalizat în organism.

Evoluția cancerului este mai lentă la bărbat decât la femeie. În forma ei obicinuită cancerul mamar la bărbat rămâne (luni întregi) mic și staționar (15 bolnavi, după Poirier, au așteptat 3—15 ani până s'au interesat de starea lor. În cazul No. 4-bol-

navul timp de 10—15 ani simțea tumoarea în glanda mamară, fără să îi dea vre-o importanță; în cazul No. 1-timp de 1 an.)

Basându-se pe observațiunile sale, Poirier împarte evoluția cancerului în 2 etape: prima etapă, cuprinde cancerul mic și staționar (3—15 ani) iar a două etapă, data de când neoplasmul, invadează pielea, planurile profunde, ganglionii, generalizându-se. Organele cele mai diverse pot fi invadate prin nucleii secundari ai neoplasmului. În particular pleura, pulmonul, ficatul și în fine chiar și sistemul osos; bolnavul moare prin cașexie. Durata acestei afecțiuni, (cancerul mamar la bărbat) este greu de stabilit, căci nu se cunoaște precis debutul real. După Poirier — durata este aproximativ 3 ani și jumătate.

Recidivele.

Recidivele sunt frecvente. După statistici, 50%. Ele pot fi locale, ganglionare și viscerale, având aceeași origină, deci datorite dezvoltării celulelor neoplazice rămase pe loc, sau poate grefate în timpul operației.

Recidiva locală poate să se presinte în însăși placa operatorie, sub forma unor muguri canceroși. De multe ori după un început de reunire, marginile plăgei se deslăpesc și mugurii canceroși apar pe fundul ei. Alte ori se văd nodosități, cari sau fac corp cu tegumentele, sau aderă de piele și de pectoral; alții — mai rar — sunt mobili între aceste două organe.

Recidiva ganglionară, e mai rară decât recidiva locală. Apare în cicatricea axilară sau în mod izolat, în spațiul sub și supra-clavicular. Ea se traduce clinic prin simptome de compresiune asupra vaselor și a nervilor. Observaț. No. 6 e exemp:ul unei astfel de recidive: la 3 luni după operație epiteliomului mamelei stângi, bolnavul a simțit dureri în axilă și în brațul stâng, în jurul indexului de la mână stângă, care era în același timp paralizat. În axila stângă câți-va ganglioni măriți, duri, palpabili. În fosa supra-claviculară s'au simțit câți-va ganglioni măriți și duri. În axilă dreaptă-o tumoare de mărimea unei nuci, mobilă, nedureroasă, neaderentă. Metastazele ganglionilor întratoracici se traduc numai prin semne de compresiune (nervul pneumogastric și recurent).

Recidivele viscerale, interesează pe chirurg numai întratăta, întrucât ele constituie o contraindicație formală, pentru orice intervenție. Studiul lor se confundă cu cel al generalizațiunilor. Ele pot fi grupate în 2 grupe: 1. *Toracice* (dealungul sternului, datorite adenitei retro-sternale). Afectarea sânului opus, e o raritate. 2. *Epigastrice*: invadarea plexului limfatic a dreptului mare și propogarea spre ligamentul suspensor, spre ficat și restul cavității

abdominale. Epoca producerii recidivelor, este variabilă și depinde de forma cancerului.

„Toate recidivele, zice Delbet, indiferent de localizarea și distanța lor, (ganlionii, osul, pulmonul) au aceeași structură istologică ca și neoplasmul primitiv.“

Din studiul recidivelor, se desprind următoarele concluziuni practice: evitarea îngrijită a neoplasmului, circumscrierea tuturor țesuturilor susceptibile de infecție neoplasică, examinarea minuțioasă a bolnavului, spre a nu trece cu vederea un focar distanțiat, care în urma evoluției, se va traduce mai târziu printr'o recidivă generală.

Diagnosticul.

Diagnosticul, în stadiul când se prezintă bolnavul la consultație e ușor de făcut, de oarece în cazurile cele mai multe există deja învadarea ganglionilor axilari. În cazurile, când bolnavul vine într'un stadiu mai incipient, când tumoarea este încă mică, mobilă, se pot totuși evita greșelile, dacă luăm în considerare etatea bolnavului și faptul că, tumorile benigne ale sânului sunt extrem de rare.

În primul rând, pentru punerea diagnosticului, trebuie să stabilim, dacă tumoarea s'a dezvoltat numai pe contul pielei, sau are origina glandulară. Acest lucru se poate stabili și în mod clinic, prin simpla examinare și palparea regiunii.

Tumorile regiunii mamare independente de glandă sunt extrem de rare. Notăm printre ele chistele sebacee, angiomele, moluscul, cari localizându-se la sân prezintă aceleași caractere, specifice pentru aceste afecțiuni. Chistele dermoide, nevromele, lipomii sunt extrem de rari. Williams din 25 de cazuri de tumori raportează un singur caz de lipom. Schuschardt l'a întâlnit de 2 ori, deasemenea și Delage și Massabiau. Când s'a stabilit originea glandulară a tumoarei, se va observa dacă este ulcerată sau nu. În cazul când este ulcerată diagnosticul diferențial se va face cu următoarele afecțiuni:

1. *Ulcerațiunile gomoase sifilitice*, sunt profunde, rotunjite. Antecedentele bolnavului, cari arată leziuni specifice vindecate sau în evoluție, precum și reacția Wassermann și tratamentul vor clarifica diagnosticul.

2. *Ulcerațiunile tuberculoase*. Ulcerația tuberculoasă are caracterele următoare: marginile sunt decolate, subțiate și de culoarea violacee. Ulcerația este mai profundă și învadarea ganglionară este mai difuză. Pentru a fi mai siguri, se face diagnosticul prin examenul istologic. În fine s'ar putea mai mult s'o confundăm cu

3. *Sarcomul mamelei*. Inșă afară de diferența de simptome-

tologie, a acestor 2 afecțiuni, în epiteliom ulcerat este profundă neregulată, aderentă de piele, cu margini îndurate și fond anfractuos care sângerează ușor și produce mici hemoragii. În sarcom, ulcerat este produsă prin distinderea pielei; pielea este subțiată, marginile decolate, cari nu sunt îndurate și nu fac corp cu neoplasmul. Ulcerat este mai regulată, adeseori rotunjită și cu fondul înmugurat; uneori are aspect gangrenos. Hemoragiile sunt rare însă grave.

Când tumoarea nu e ulcerată poate fi lichidă sau solidă. Dintre tumorile a) lichide, amintesc următoarele: 1. *Chistul hidatic*, nu e decât excepțional. Diagnosticul se pune prin simptomul fluctuației, prin puncție și examinarea lichidului 2. *Abcesul rece submamar*, fiind în realitate tumoarea lichidă se prezintă uneori clinic cu aspectul unei tumori solide, lipsit de fluctuație. În cazul acesta glanda este dură și rezistentă. Diagnosticul se poate pune numai prin regularitatea tumefacției, egalitatea consistenței și după antecedentele prezente sau trecute, cari indică unele simptome inflamatorii. În fine se poate face și puncția, care clarifică diagnosticul. Când tumoarea e b) solidă, ea poate fi în mod clinic benignă sau malignă.

Tumorile benigne ale mamei la bărbat, sunt foarte rare. După Schuschardt la. 445 de tumori 25 erau benigne. Dintre tumorile benigne, e de notat 1. *adeno-fibromul*. Această tumoare este încapsulată și în consecință, are limite nete și nu se confundă cu țesutul din jur. Adenopatia axilară lipsește. E mai greu de pus diagnosticul în cazul când adeno-fibromul trece în tumoarea malignă, când va trebui tratat ca o tumoare malignă.

Diagnosticul diferențial cu o tumoare malignă, când ea nu este ulcerată.

1. *Tuberculoza mamară*. În majoritatea cazurilor, este secundară tuberculozei ganglionilor axilari. În caz când tuberculoza mamară este primitivă, ganglionii axilari nu lipsesc decât rareori, se dezvoltă repede și sunt întotdeauna numeroși și voluminoși. Diagnosticul este mult mai ușor, în cazul când tuberculoza mamară apare la un individ tuberculos și la care ganglionii tuberculoși sau glanda mamară supurează, sau prezintă fistule ganglionare, sau mamare. În cazul când după dezvoltarea unei adenopatii axilare primitive, apare tumoarea mamară și dacă între aceste două tumori ar exista un cordon nodular perceptibil (limfangită) care le-or uni, s'ar putea afirma diagnosticul tuberculozei mamară. Diagnosticul devine foarte greu când invadarea ganglionilor axilari a fost secundară și dacă tumoarea axilară n'a fost fluctuantă sau ar lipsi și cordonul limfangitei. Dacă însă adenopatia s'a dezvoltat repede, într'o lună sau două și dacă ganglionii

sunt voluminoși cu caracterul tuberculozei — avem cu multă probabilitate o tuberculoză mamară. În unele cazuri diagnosticul diferențial clinic, între tuberculoză și cancerul mamar la debut, devine imposibil; atunci când individul nu e tuberculos, tumoarea mamară nu e supurată și adenopatia lipsește. Singură biopsia poate afirma diagnosticul.

2. *Sarcomul*, la debutul evoluției sale prezintă multă analogie cu adeno-fibromul. Ceva mai târziu mersul lui devine rapid, invadant, tumoarea devine voluminoasă, poate să ajungă la dimensiuni enorme, măsurând uneori 7 kgr. „Coaje de portocală“ este negativă. Sarcomul la bărbat se prezintă mult mai rar decât epiteliomul.

3. *Mastita pubertății* — anii, evoluția acută sau sub-acută și rezoluțiunea rapidă.

4. *Mastita la adult* este rară. Debutează fără fenomene generale, cu sau fără dureri. Pentru a pune diagnosticul diferențial bolnavul trebuie să fie observat, căci sunt multe puncte comune între aceste 2 afecțiuni: cum e de pildă inflamația ganglionilor axilari, care poate fi și la mastită; tumoarea la palpație dă aceleași caractere, ca și la un neoplasm la debut. Aderența pielii, anii, duritatea cancerului pot până la un anumit punct, clarifica problema.



Prognosticul.

Prognosticul depinde de diagnosticul precoce, de data intervenției și de forma cancerului. În majoritatea cazurilor, diagnosticul se pune târziu, căci bolnavii se prezintă la consultație, de obicei în a doua perioadă a evoluției cancerului.

În orice caz, rezultatele imediate după intervenție, după avizul statistic, sunt în majoritatea cazurilor, favorabile. Aci la Cluj — 4 cazuri operate s'au prezentat bine, ca rezultat post-operator imediat. Din 163 cazuri (Wainwright) operate de cancer mamar la bărbat numai 10 au murit imediat după operație; 41 trăesc; 111 au rămas în viață după operație, însă au murit într'un interval de 2 ani și 9 luni 81 dintre ei; iar restul de 31, până 5 ani. Deci rezultatele îndepărtate sunt mediocre și par a fi mai puțin bune decât la femei. Rezultatele îndepărtate se găsesc în legătură directă nu numai cu data diagnosticului și a intervenției chirurgicale, ci depind foarte mult de forma cancerului și de gradul malignității lui. Așa s'a observat după statistici că, canceretele adenomatoase, canceretele cu celule squamoase sau bazocelulare, sunt acelea cari dau supraviețuirea cea mai lungă. Schirul, cu toată benignitatea lui aparentă, e mult mai brutal, în evoluția lui post-operatorie, căci lasă scurtă supraviețuire după operație. După recente statistici engleze, socotind rezultatul post-operator în legă-

tură cu gradul malignității, reese că *timpul* trecut dela operație până la moarte diminuează în mod regulat dacă se trece de la grupul malignității slabe spre grupul opus.

După parerea lui Wainwoight, rezultă că examenul microscopic dă asupra evoluției și a gradului de gravitate noțiuni mai sigure decât clinica.

Prognosticul este foarte mult influențat de precocitatea și frecvența metastazei ganglionilor axilari. S'a observat că supraviețuire post-operatorie este cu mult mai lungă la cei cari n'au prezentat învadarea ganglionilor axilari. În 21 cazuri de cancer mamar la bărbat (aceeaș statistică engleză) fără invadarea ganglionilor — supraviețuirea era în medie de 5 ani și 2 luni; în 63 cazuri de invadare, supraviețuirea era de 2 ani și 8 luni. Invadarea pectoralului mare, care se întâlnește mai frecvent la bărbat, 24%, mai ales în malignitatea ridicată, nu întunecă prea mult prognosticul. Pentru o serie de 111 cazuri (Wainwoight) durata mijlocie de supraviețuire a fost 2 ani și 9 luni față de 2 ani și 8 luni — când mușchiul a fost invadat. Prognosticul este mai întunecat, în cazul când tumoarea se ulcerează. Mijlocia supraviețuirii la bărbat, după operație: e 4 ani și 9 luni pentru tumorile neulcerate și 2 ani 4 luni pentru cele ulcerate.

Cu toate progresele de diagnostic clinic și de tehnică operatorie, cancerul mamei rămâne încă una dintre formele cele mai grave, ale cancerului.



Tratamentul.

Singurul tratament indiscutabil al cancerului, este tratamentul chirurgical. Vindecarea de durată mai lungă, este condiționată de precocitatea intervenției chirurgicale (să fie aplicată de la debutul afecțiunii și mai ales atunci când ganglionii axilari nu sunt perceptibili în mod clinic) și de tehnica executată, în raport cu modul de extensiune al infecției neoplasice.

Chirurgul se conduce de următoarele principii generale în tratamentul cancerului mamar:

Toate operațiunile parțiale ale unei tumori epiteliale maligne, localizate la sân sunt absolut inadmisibile. Deja Ch. Moore a arătat că recidiva post-operatorie, este datorită unei extirpări insuficiente a țesutului bolnav și a preconizat extirparea în masă a glandei cu piele, grăsime și ganglioni cu tot. Deci al doilea principiu este de a extirpa în bloc glanda mamară, cu țesutul celulo-adipos care-o înconjoară și ganglionii axilari. Ganglionii axilari, trebuiesc scoși și atunci, când par a fi sănătoși din punct de vedere clinic, căci neextirpați pot da recidiva fie în axilă, fie în pielea insuficient extirpată. Pentru a obține bine ablațiunea largă a totalității sânelui și a ganglionilor axilari, deci pentru a atinge

în mod liber vârful axilei, este necesară resecția mușchiului pectoralul mare și celui mic. Unii chirurși lasă pe loc mușchiul pectoralul mic. (Walther.) Handley găsește că este mai important de a suprima digitațiunile dințatului mare, cari iau contact cu fața profundă a sânelui. Resecția mușchiului pectoral este importantă nu numai pentru ușurarea evidărei mai complete și corecte a axilei ci și pentru evitarea unei recidive musculare. Experiența ne arată că lipsa mușchilor pectorali nu aduce turburări funcționale grave și dacă într'un caz ar exista o jenă funcțională nu e mare lucru în comparație cu posibilitatea unei recidive la nivelul acestui mușchiu.

Ablațiunea pielei aderente de tumoară trebuie să fie larg făcută în toate sensurile, privind tumoarea ca centru (Handley). Principiul lui Handley este: „să nu fie ridicat din piele mai mult decât trebuie și nici din pielea sănătoasă“. Contrar principiului Tansini care făcea o exereză foarte largă, incizia lui era un mare oval cu extremitatea mare infero-internă și mica extremitate supero-externă și care necesita o autoplastie intensă la finea operației. Conduita lui Halsted, este ridicarea pielei, pe o largă întindere însă fără să atingă limitele procedurii Tansini. Halsted face inciziunea — care a devenit clasică — în ratchetă și a cărei oval cuprindea mamela, iar coada lineară ajungea prin axilă până la inserția umerală a pectoralului mare. Însă după unii chirurși aceasta incizia era insuficientă în partea ei superioară (partea lineară). D'Este a transformat-o în ovală. Și pentru evitarea retracțiunilor cicatriciale frecvente în axilă, cari pot jena mișcările de ridicare și de abducțiune ale brațului, Gosset, a recomandat să se aducă coada inciziei în ratchetă, pe fața anterioară a axilei, evitând baza, acestei cavități. Handley, transformă racheta într'o elipsă alungită, prevăzută cu două coade: superioară — axilară și inferioară, care coboară până la sub apendicele xifoid, pe linia mediană. Handley, care ridică puțină piele în comparație cu Halsted, urmărește disecarea ei destul de departe, făcând o largă exeresă celulo-aponevrotică. Cheyne, care ridicând mai puțină piele decât Halsted, avea mai puține recidive cutanate, fiindcă el ridica mai mult din plexurile limfatice decât acesta.

Este necesară, pentru prevenirea recidivelor locale, ridicarea țesutului celulo-adipos subcutanat, pe o întindere cât se poate de largă din jurul sânelui, până la claviculă în sus, fără să fie nevoie de a sacrifica atâta piele, cum făceau Tansini și alții pentru a preveni recidive locale. Ablațiunea ganglionilor supra-claviculari ar trebui evitată, în cazul când aceștia sunt duri și aderenți; când sunt însă duri, mobili, și fără să atingă un volum prea mare extirparea lor este posibilă. Extirparea preventivă a ganglionilor supraclaviculari se face foarte des, însă și metodele extirpării, influințază în diferite feluri rezultatele post-operatorii. Unii chirurși pretind că secționarea claviculei agravează prognosticul ope-

rator. În cazul când clavicula se lasă intactă survine alt pericol-lezarea vaselor. Atunci, pentru a îndepărta aceste inconveniente, în Franța în ultimii ani se execută o tehnică în care, grație unei desarticulări temporare a claviculei, se poate face în mod foarte liber „curage“-ul supraclavicular, în continuitate cu cel axilar. Tehnica este bine descrisă de către Gatclier și S. Oberlin.

Contraindicații și indicații operatorii.

Contraindicațiunile operatorii au loc în următoarele cazuri: când cancerul este imobilizat pe peretele toracic, când ganglionii supra-claviculari sunt voluminoși și aderenți, când sunt metastaze la distanță (viscerale, osoase) și în caz de senilitate și cașexie.

Cancerul se operează: la debutul și în perioada de stare, însoțit de ganglioni axilari, sau aderând moderat de piele sau de pectoralul mare.

Tehnica operatorie.

Operațiunea se face prin anestezie generală, întrebuintând anestezicele obișnuite: Chloroform, eter. Acestea se dau adeseori combinate. În cazuri excepționale se face sub anestezie locală (novocaină) cum e în cazul No. 4., observat de mine.

Băzându-se pe principiile generale, cari trebuiesc luate în seamă pentru a risca cât se poate mai puțin, în ceea ce privesc rezultatele operatorii și post-operatorii, Halsted, a preconizat, ca tehnică chirurgicală, un tratament radical al cancerului sânului. Această tehnică a fost adoptată cu oarecari modificări, de majoritatea chirurgilor. Totuși nu variază ca principiul general. Acest principiu constă în ablațiunea cancerului sânului și cuprinde extirparea în bloc, a glandei, a țesutului celulo-adipos și a plexurilor limfatici periglandulari, a pielii, a aponevrozelor, a fasciculelor musculare și înfine, a ganglionilor axilari.

Incizia tegumentelor se face în porțiunea lor sănătoasă, având ca centru tumoarea. Raza cercului variază după chirurgi și principiul general este, ca să fie ceva mai înafară, decât zona aderenței cutanate, apreceabilă în mod clinic. Redau aci schematic principiul operațiunei așa cum se procedează în cazuri de cancer mamar la bărbat, în Clinică chirurgicală din Cluj.

Incizia făcută (variază de la caz la caz și va fi expusă împreună cu decrierea cazurilor) se trece apoi la degajarea mușchiului pectoralul mare, care se resecă la nivelul inserțiunei sale umerale, tot așa se resecă și micul pectoral în dreptul inserțiunei de pe apofisa coracoida. Expunând astfel larg axila, se trece la evidarea masei ganglionare, scoțând deopotrivă ganglionii și

țesutul celulo-grăsos. Urmând diseția se extirpă și ganglionii cu țesutul celulo-grăsos dealungul marginii anterioare a marelui dorsal. În timpul acestei degajări se secționează accesoriul brachial cutanat intern și anastomoză cu al doilea intercostal. Se procedează apoi la extirparea tumorii, care se face în bloc, împreună cu marele și micul pectoral și masele ganglionare amintite. Făcând hemostaza, se trece la plastie. Aci în clinică, se întrebuințează procedul Tirsch—Legucu—Balăcescu. La toți cei 4 bolnavi operați de cancer mamar, s'au făcut plastiile, cu un lambou toracic sau abdominal. Când pierderea de tegumente era mare (observ. No. 1.) se facea combinarea acestor două.

Cel toracic s'a făcut prin două incizii orizontale una deasupra sânelui opus și paralelă cu clavicula, alta paralelă cu prima și cu 15 cm. mai jos, era trecută dedesubtul sânelui opus. Se reușește astfel acoperirea întregului defect obținut în urma amputației sânelui. Lamboul abdominal se constituie — prin două incizii, una verticală trecută pe lângă ombilic și a două verticală trecută la 10 cm. de el. Aceste două f. luri de lambouri se combină în unele cazuri. Atunci cel toracic acoperă partea superioară a defectului iar cel abdominal — partea inferioară. Amputația și plastia terminată, se face drenarea și se aplică un pansament compresiv. Pentru drenare, se face o incizie la nivelul axilei și se pune un tub de sticlă, schimbat după 24 oare. Pentru evitarea impotenței funcționale a mâinei se face imobilizarea mâinei în adducțiune forțată. Mâna trebuie mobilizată cât se poate de timpuriu. După 24 de oare să lărgeste puțin pansamentul mâinei însă mâna rămâne în aceeași poziție. Bolnavul, dacă se simte bine, se ridică a 4 zi. El începe mișcările de abducție în a 10 zi. Va face în fiecare zi mișcări ușoare de rotație, de ridicare și de abducție a membrului superior. În unele cazuri se va face tratamentul post-operator cu razele X.

*

În cazul când se face și extirparea ganglionilor supraclaviculari, incizia e oblică în jos și înăuntru, începând la marginea superioară a cartilajului tiroid (tehnica descrisă de către Gatclier și Oberlin), trecând pe partea mijlocie a reliefului sterno-cleido-mastoidian, încrucișează extremitatea internă a claviculei cu 1½ cm. înafară de articulația sterno-claviculară și trece pe incizia sub-claviculară, care este destinată amputației sânelui. Se face desarticularea extremității interne a claviculei, care spre sfârșitul operației se pune pe loc, și este de tot suficient de a sutura cu catgut elementele fibroase anterioare a articulației sterno-clavulare.

Toată intervenția să fie condusă, la început, de sus în jos pentru a ridica ganglionii supra-și sub-claviculari, pe urmă dinafară înăuntru pentru a ridica ganglionii axilari și glanda mamară. Cu acest procedeu evidarea axilei devine și mai ușoară.

Tratamentul operator al recidivelor are aceleași indicațiuni și contra-indicațiuni ca și cancerul primitiv. Inșă recidivele locale au adeseori o evoluție mai rapidă, decât afecțiunea primitivă și prin urmare un prognostic mai întunecat.

Tratamentul paliativ.

Ca ultimă resursă terapeutică în cazurile tumorilor inoperabile, — uneori și a recidivelor post-operatorie și pentru prevenirea acestor recidive — este notată roentgenoterapia și radiumoterapia, cari au efecte aproximativ analoge, asupra celulei canceroase. Toți chirurghi sunt de acord de a evita tratamentul cancerului cu Roentgen, în toate cazurile operabile. Este numai pierdere de timp scump. In ceea ce privește problema unei asociații a tratamentelor — operator cu raze X post-operator — nu ne putem pronunța încă. Statisticile și părerile diverg, căci rezultatele par mult influențate de tehnica aplicării. Dosele mari, după avizul statistic sunt defavorabile. Beclere recomandă iradiația post-operatorie sistematică, a regiunii supra-claviculare, în cazul când intervenția a respectat această grupa ganglionară. Pare a fi corect și indicat un tratament cu razele X, aplicând doze moderate și distanțiate, în cazul când cancerul a fost întins și regiunea supra-claviculară n'a putut fi vidată de conținutul său ganglionar. Inșă în cazurile favorabile, operate în bune condițiuni tehnice, tratament cu Roentgen pare a fi de prisos. Nu trebuie să uităm că aproape întreg prognosticul, depinde de precocitate intervenției și de o tehnică ireproșabilă.

Tratamentul preventiv.

In toate cazurile de tumori benigne, se recomandă îndepărtarea profilactică a acestora.

Descrierea cazurilor de epiteliom mamar la bărbat, întâlnite în Clinica chirurgicală din Cluj între anii 1920-28.

Observațiunea No 1.

Ilie C., cantor în etate de 58 ani. Se prezintă în 1924 (luna Octombrie) în serviciul Clinicii chirurgicale, pentru intervenție. Diagnosticul clinic — *Epiteliomul al mamei stângi*, Diagnosticul istologic: adeno-cancer.

Antecedent. heredo-colaterale-nimic important. *Antecedent. personale*. În etate de 13 ani a suferit de difterie. La 20 ani a avut un șancru sifilitic, fiind tratat acasă cu „leacuri băbești,” regim declorurat și „fumuri”. În anul 1916 a contractat un nou șancru de data aceasta s'a tratat într'un spital militar, făcând fricțiuni mercuriale. Neagă blenoragia. Tabagic. Alcoolic. *Boala actuală*. Înainte cu un an și jumătate, bolnavul a observat în regiunea mamară stângă, apariția unei mici tumorete (mărimea unui bob de fasole), dure și nedureroase. Tumoarea rămâne mult timp staționară și nu a preocupat prea mult pe bolnav. La un an după apariția ei, ia o dezvoltare rapidă ajungând în timp relativ scurt, la dimensiunile unui ou de găină. În luna Martie 1924 cu ocazia unui efort se ulcerează, având în acelaș timp mari hemoragii. Consultând un doctor, acesta îi propune operația Mai încearcă diferite medicamente, văsând însă că nu obține nici o ameliorare se decide totuși a intra în Clinică pentru intervenție.

Examenul clinic local: la inspecție în reg. mamară stângă o tumoare de mărimea unui ou de curcă în cea mai mare parte ulcerată, spre bază însă cu tegumentele încă păstrate, prezentând o culoare vânăță violacee. Fondul acestei ulcerațiuni neregulat, în partea internă anfractuos de culoarea roșietică murdară, pe alocurea prezintă mici sfaceluri, iar marginile ei sunt bine delimitate, tăioase. Mamelonul și areola sunt pierdute în mijlocul acestei ulcerațiuni. Tegumentele din jur par a fi normale; în partea infero-internă însă, găsim o mică zonă de culoare violacee, care tinde spre apofiza xyphoidă și care pare a fi în legătură cu tumoarea. La palpare se constată că tumoarea este de consistență dură, nedureroasă aderentă la piele și mobilă pe planurile profunde. Este și ușor sângerândă. Ganglionii axilari stângi măriți, duri și ne-

dureroși, în parte izolați unii de alții, în parte formând mase comune, mai mult sau mai puțin voluminoase. Intre acești ganglioni și tumoarea mamară, pe marginea inferioară a marelui pectoral, constatăm o dâră îndurată, iar în traiecul acestei dâre mici nodozități situate la distanța variate. Ganglionii supraclaviculari liberi, cei din dreapta foarte puțin măriți. *Examenul general* — Bolnavul e de statură înaltă, starea generală bună. Sistemul osos, nervos, aparatul circulator, respirator și tubul digestiv — nimic patologic. Tegumentele de pe scrot (părțile laterale și fața post.) presintă o leucodermie pronunțată. Ganglionii inghino-crurali în ambele părți prinși. *Examenul de laborator* — Reacția Wassermann intens pozitivă. Urina-urme de puroi. Se face intervenția chirurgicală în ziua 5/XI 1924. Operatorul Prof. Iacobovici; ajutorul Dr. Câmpeanu. Felul operației: amputația sânului stâng, evidarea ganglionilor axilari, plastie cu 2 lambouri. Anestezia generală — chloroform-aether. Se face o incizie paralelă cu claviculă, se merge în șanțul delto-pectoral până la inserția humerală a pectoralului. Se scoboară în forma de unghiu o altă incizie, în jos pe marginea ant. a dorsalului mare. Se secționează inserția pectoralului mare și mic. Se disecă pachetul vasculo-nervos, se vedează axila de ganglioni și de tot țesut celulo-adipos. Se circumscrie tumoarea la distanța mare cu o incizie patrulateră, neregulată cu o prelungire epigastrică și se ridică într'un singur bloc tumoarea cu mușchi și restul părților moi. Se trece la plastie, întrebuintând lamboul toracic și abdominal. Drenare. Pansament. Vindecarea se face încet. În a 18 zi după operație îi se face o plastie Tirsch, luând transplantina de pe partea ant. și ext. a ambelor coapse și se acoperă porțiunea mijlocie a plăgei pe o întindere cam jumătate din suprafața sa — se aplică un pansament compresiv. Părăsește serviciul vindecat 1/II 1925. Moare la 13/XII 1926.

Observațiunea No. 2.

Iosif F., servitor-chelner, etatea 54 ani se prezintă în anul 1927 luna 26. Noiembrie în serviciul Clinicei chirurgicale. *Dgn. clinic* — *Epiteliom al mamelei drepte*. *Dgn. istologic* — epiteliom cu celule cubice. *Antecedent. heredo-colaterale* — fără importanță. Neagă a mai fi suferit cineva de o boală similară. *Anteced. personale*. În copilărie nu-și aduce aminte să fi suferit de o boală infecto-contagioasă. Inșă la vârsta de 22 ani a suferit de șancru moale și bubon inghinal, în urma căruia a fost operat. Tot atunci a suferit de blenoragie care s'a mai repetat la vârsta de 27 ani. *Boala actuală* datează din ziua de 15. Octombrie 1927, când bolnavul a observat o mică modozitate nedureroasă lângă mamelonul drept (de mărimea unei alun). Înaintea apariției neoplasmului purta un „swaeter“ de lână îmbrăcat d'rect pe piele care îi pro-

ducea o continuă jenă a reg. mamare. S'a arătat unui medic care i-a prescris o alifie însă fără a obține vre'un rezultat. S'a arătat unui alt medic care i-a propus să vie în serviciul Clinicei. Pe urmă bolnavul a observat că tumoreta s'a mărit, scurgându-se din ea un lichid purulent hemoragic. In ziua de 26. XI. se prezintă în serviciul Clinicei chirurgicale. *Examenul local.* Bolnavul prezintă o ulcerație superficială situa'ă la nivelul sânu'ui drept, imediat deasupra și ceva la dreapta mamelonului. Ulcerația e de mărimea unui bob de linte, acoperită cu o crustă murdară. La palpare se constată, că această ulcerație este așezată în centrul unei infiltrațiuni difuze, dure pe un diametru aproximativ de 2 cm. Tumoarea este nedureroasă. Mamelonul nu e modificat; deasemenea nici aria mamelonului. *Examenul general* — bolnavul e de o statură mică Stare generală bună. Sistemul musco-adipos potrivit. Aparatul circulator, respirator, urogenital, sistemul nervos, osos, tubul digestiv-nimic patologic. Ganglionii axilari atât din dreapta cât și din stânga sunt palpabili de mărimea unor boabe de mazăre și mobili. Cei inghinali-palpabili, aderenți. Examenul de laborator: urina normală; R. W. — negativă. Se face intervenția chirurgicală în ziua 7. XII. 1927. Operatorul Dr. Mitrea; ajutorul Dr. Margineanu. Narcoza cu aether. Operația: amputația, evidarea ganglionilor axilari și plastia după procedeul Tirsch—Legucu—Bălăcescu. Se face incizia plecând de pe brațul drept, tocmai dela inserția umerală a pectoralului mare, trece pe torace sub claviculă, urmează direcțiunea sternului la două laturi de deget de mărimea osului și înconjoară mamela pe o largă distanță. Din punctul de plecare al aceleiași incizii pleacă o a doua incizie externă, care după ce parăsește marginea infer. a pectoralului, urmează direcțiunea marelui dorsal la o distanță de aproximativ 3 cm., trecând apoi sus și înconjurând mamela se unește cu incizia internă. După această se trece la degajarea mușchiului pectoral, care se resecă la nivelul inserțiunei sale umerale, tot așa se resecă și micul pectoral în dreptul inserțiunei depe apofisa coracoida. Se face evidarea ganglionilor axilari. Hemostază, sutura tegumentelor prin plastie. Drenaj. Pansament. Starea generală post-operatorie este bună. La 25. I. bolnavul parăsește serviciul vindecat și revine la 5. IV. 1928 prezentând ganglionii de mărimea unor boabe de mazăre, localizați în dreptul mărinei ant. a marelui dorsal, axila este liberă, asemenea local nu prezintă nici o recidivă. Examenul istologic arată că, acești ganglioni nu sunt de natura canceroasă. In 10. IV. se face extirparea lor. Bolnavului se face roentgenoterapia. După 6 ședințe parăsește serviciul clinicei. In Decembrie 1928 trăește și este bine.

Observațiunea No. 3.

Grigore C., econom, etatea 57 ani a intrat în spital la 27 Martie 1922. *Diagnosticul clinic* — *Epiteliom al mamelei drepte*. *Dgn. istologic*, confirmă diagnosticul clinic — e vorba de un epiteliom mamar cu aspectul unui epiteliom malpighian. *Anteced. heredo-colaterale*. Nimic important. *Anteced. personale*. Din copilarie nu-și aduce aminte de maladii infecto-contagioase. Neagă infecția sifilitică — în etate de 24 ani suferea de blenoragie, pe care nu a tratat-o. Alcoolic și fumător moderat. *Boala actuală* s'a manifestat cu 5 luni înainte de a se fi prezentat în serviciul Clinicei, când fără să știe cauza, la nivelul mamelonului drept a remarcat o tumoretă, care era localizată, cu 3 cm. mai jos și înafară de mamelon. Tumoreta aceasta era rotundă cu suprafața netedă, la palpație nedureroasă și mobilă pe țesutul subjacent, culoarea ei și a tegumentelor din vecinătate, e normală. La două săptămâni după apariția acestei tumori bolnavul observă încă un nodul, care însă este situat cu 5 cm. mai sus și înafară de mamelon. Tumoretele încep să crească, cea superioară mai încet, — cea inf. cu o mare rapiditate. Tegumentele tumoarei inf. devin treptat, de o colorațiune violacee și aderă de tumoare. Evoluția tumoretelor primare își manifestă expansiunea în fiecare direcție. Cu 5 săptămâni în urmă, în centrul tumoarei inf., bolnavul a observat o mică crepătură, din care se scurgea un lichid sanghino-purulent de miros fetid. Această ulcerăție la presiune și când bolnavul se găsea în decubitul lateral drept, sângera cu ușurină. Toate aceste simptome obiective, erau asociate de o ușoară mâncărime locală, lipsind însă simptomul subiectiv de durere. Bolnavul văzând că tumori din zi în zi iau dimensiuni, tot mai mari, în ziua 27/III. 1922. se prezintă în serviciul clinicei chirurgicale. *Examenul local*. Pe fața ant. a hemitoracelui drept prezintă o tumoară, care bombează înafară și care era localizată pe de o parte între spațiul intercostal I. și bordul costal inf. — pe de altă parte între linia parasternală și axilară mijlocie. Suprafața tumoarei este neregulată, prezentând nodosități și un șanț a despartit-o într'o parte mai mare, — inferioară și una mai mică sup. Tegumentele de o colorație roșie-violacee, încrețirea lor nu era posibilă, fiind aderente de țesutul neoplasmului. Mamelonul, fața de partea opusă a fost ceva mai sus situat, puțin retractat și infundat în țesutul tumoarei. Areola mamelonară, care dealtcum cu greu se putea diferenția de culoarea tegumentelor alterate-părea mărită. Suprafața tumoarei prezenta mici ulcerățiuni neregulate, cari secretau un lichid, în special la presiune. Acesta era sero-sanghinolent și de miros fetid. La palpație tumoarea era de consistență dură, fibroasă, prezentând însă și unele părți mai moi, cari au fost acoperite de piele violacee. Tumoarea era aderentă de bază cu mușchi subjacenți, împreună cu aceștia însă era mobilă pe suprafața costală. Tumoarea la presiune sângera cu

uşurinţă. *Examenul general* bolnavul e de o constituţie mijlocie cu ţesutul celulo-adipos redus. Prezintă un uşor emfizem pulmonar. În reg. supero-dorsală mai are o tumoare de mărimea unui ou de gaină, mobilă, nedureroasă care a persistat de 30 ani fără să cauzeze bolnavului vre-o jenă şi care a crescut puţin, în timpul din urmă. Ganglionii din ambele axile, au fost liberi, cei submaxilari în special în partea dreaptă au fost aderenţi. În reg. inghinală stângă o cicatrice, urma unei adenite supurate. De altfel nu prezintă nimic patologic. Se face intervenţia chirurgicală în 5/IV. 1922. Operatorul — Prof. Iacobovici; ajutorul — Dr. Pop. Felul operaţiei: extirparea tumoarei, evidarea ganglionilor axilari şi plastia. Anestezia generală: eter. Se face o incizie angulară pe inserţia umerali a pectoralului. Se secţionează această inserţie precum şi a pectoralului mic şi apoi se ridică întreagă massă a tumoarei împreună cu pectoralii. Se vedează axila, se face hemostază. Plastia — un lambou orizontal de pe peretele abdominal şi se acopere pierderea de substanţă. Drenare. Pansament. Starea generală post-operatorie îndestulitoare. La 11. VIII. paraseşte spitalul vindecat. Moare la 3. XI. 1928.

Observaţiunea No. 4.

Carol H., lucrător la fabrica de săpun, etatea 62 ani s'a prezentat la 6. III. 1926 în serviciul Clinicei chirurg din Cluj. *Dgn. clinic* — *Epiteliom al mamelei stângi*. *Dgn. istologic* — *epiteliom squiros*. *Anteced. heredo-colaterale* — nimic important. *Anteced. personale*. La vârsta de 12 ani a suferit de varioală, ceva mai târziu de malarie. Iar pe la vârsta de 16—17 ani a avut nişte ulcerăriuni pe partea bucală a obrajilor, cari s'ar fi vindecat în câte-va zile, cu soluţiune de alăun. La vârsta de 18 ani — şancru. Cam de 10 ani suferă de conjunctivită cronică. Este tabagie şi nu uzează de alcool. Este căsătorit, are 6 copii sănătoşi, 4 morţi în prima lună după naştere şi unul mort la vârsta de 4 ani. *Boala actuală* a datat numai de 2 luni, începând cu o uşoară roşeală a tegumentului pe un loc uşor tumefiat cât o boabă de grâu. Întrebând bolnavul, dacă într'adevăr nu a observat mai înainte de aceste 2 luni vre-o modificare, el ne spune, că într'adevăr cu 10—15 ani mai înainte, el simţea la palpare în grosimea mamelei ceva tare cât un bob de mazăre, dar care nu-i producea nici cea mai mică jenă. Tumoreta actuală de mărimea unei alune nu era dureroasă şi bolnavul neliniştit numai de prezenţa ei s'a arătat la un medic care l-a îndrumat spre Clinică, pentru intervenţie. *Examenul local*. În partea supero-externă a areolei mameleonare strângi o tumoretă cât o migdală mare, acoperită de tegument modificat de culoare roşie-violacee, subţiat aproape să se ulcereze şi lucios. La palpare s'a constatat că această tumoretă s'a conti-

nuat în profunzime, cu o tumoretă s'a continuat în profunzime, cu o tumoare dură, având în total, volumul unei nuci, de consistența foarte dură, interesând corpul mamelei, dar mobilă pe perețele toracic. Era ușor sensibilă la aceeași palpăre — la distanța de $1\frac{1}{2}$ cm. spre stern s'a constatat în grosimea dermului doi noduli, cât boaba de mazăre de consistența foarte dură. *Examenul general.* Statura mijlocie. Starea generală bună. Tesutul musculo-adipos redus. Ganglionii din axile sunt prinși: s'a constatat un ganglion cât o boaba de fasole mică, foarte dur, mobil. Ganglionii inghinali măriți, nedureroși, scleroși ușor aderenți. Sistemul nervos; c'rculator, aparatul uro-genital normal, afară de cel respirator: la percuție ușoară hipersonoritate spre partea mediană și inferioară a toracelui. *Examenul de laborator:* urina normală; R. W.-negativă. Se face intervenția în 27. III. 1926. Operatorul Dr. Lupan. Ajutorul Dr. Ticușan. Felul operației: extirpare tumoarei, evidarea ganglionilor axilari și plastia. Anestezia locală — novocaină. Se face o incizie circulară, în jurul tumorii având un diametru pe 8 cm. Se excizează tumoarea împreună cu toate straturile, până la mușchiul marele pectoral și se desinserează de pe coaste apoi se secționează aproape de inserția umerală. Se face evidarea ganglionilor axilari. Hemostază, sutura tegumentelor prin plastie. Drenaj. Pansament. Starea generală post-operatorie îndestulitoare. Parăsește serviciul clinic în 3. IV. 1926 aproape complet vindecat.

Observațiunea No. 5.

Petru P., econom, etatea 60 ani. *Dgn. clinic* — Epiteliom al mamelei stângi. *Anteced. heredo-cotaterale* — Nimic important. *Anteced. personale.* Neagă maladiile infecto-contagioase din copilarie. Neagă sifilisul și blenoragia. Este alcoolic și tabagic moderat. *Boala actuală.* În 1923 Decembrie, cazând de la înălțime de 2 metri, de pe un pod s'a lovit la mamela stângă. Imediat a observat o tumefiere de mărimea unui pumn de bărbat, nedureroasă. După o lună tumoarea a început să se mărească ca volum și să devie foarte dureroasă. Deschisându-se s'a evacuat o cantitate mare de sânge de culoare neagră. Consultând un medic, această îi prescrie niște comprese și badijonarea plăgii cu tinctura de iod. Deja de o lună tumoarea devenind foarte dureroasă și măririndu-se de volum, a fost îndrumat în serviciul Clinicei. *Examenul clinic.* în reg. mameleonară stângă se vede o tumoare, de mărimea unui pumn de bărbat. Suprafața tumorii în unele locuri, prezintă ulcerațiuni vii, cu focare necrotice, în altele, cruste de culoarea neagră. Îndepărtându-le pe acestea, fondul sângerează foarte ușor. Suprafața ulcerațiunilor e de mărimea unui pod de palmă. Marginile plăgii de culoare roșietică îndurate și se continuă în coadă de rachetă foarte dură spre reg. axilară. Ganglioni axilari

stângi mariți de volum (ou de porumb) foarte duri. În treimea mijlocie a regiunii claviculare, se constată un ganglion de mărimea unui ou de porumb, nedureros, de consistență dură. Bolnavul la examenul general, nu prezintă nimic patologic, înafară de ganglioni axilari stângi și supraclaviculari stângi, măriți de volum, nedureroși, duri. La 2/X 1923 pleacă refuzând intervenția și tratament.

Observațiunea No. 6.

Emeric M., elatea 62 ani, salahor. S'a prezentat în serviciul Clinicei chirurgicale la 30 X. 1922. *Dgn. clinic* — *Epiteliom al mamelei stângi extirpat, ganglioni metastatici în axila dreaptă și în fosele supraclaviculare. Anteced. heredo-colaterale.* Nimic important. *Anteced. personale.* Neagă ori ce boală infecto-contagioasă sau venerică. Este tabagic și uzează de alcool. *Boala actuală* datează din 1915 și a debutat printr'o tumoare mică sub mameionul stâng, de mărimea unei alune, moale la palpație, mobibă și nedu eroasă. Tumoarea a păstrat aceste caractere, până în 1919, când bolnavul a suferit un traumatism. A fost lovit de o piatră în mamela stângă. Atunci pielea s'a rupt și a sângerat, iar dela această dată, tumoarea a crescut în timp de un an, ajungând la mărimea unui ou de găina. De acum era dură la palpație și și-a pierdut mobilitatea. În 1921 bolnavul a observat o altă tumoare, dură imobilă de mărimea unui pumn. Amândouă tumorile au crescut încet, erau dureroase și sângerau din când în când. În această stare intră într'un spital unde se pune diagnosticul de Epiteliom al mamelei și se propune intervenția. Bolnavul operat se simte bine, după 3 luni de la operație observă că indexul de la mâna stângă e paralizat totodată simte dureri în axila și brațul stâng. Consultă un medic care-l trimite la Clinică. *Examenul local.* Se constată că, mamela stângă e extirpată. Deasemenea se vede o cicatrice post-operatorie ce merge până în axilă. Mișcările de flexiune ale degetului mare, index și mijlociu nu se pot executa. Mișcările de extensiune, adducție și abducție ale aceluiași degete se execută ușor. Mișcările de rotație ale brațului pe torace foarte dureroase. Dureroasă și inexecutabilă ridicarea brațului. Mișcarea de adducție normală. În axila stângă se simt câțiva ganglioni măriți, duri și palpabili, în fosa supraclaviculară se simt câțiva ganglioni măriți și duri. În axila dreaptă se simte o tumoare de mărimea unei nuci, care e foarte mobilă, nu e aderentă și nedureroasă. Tot acolo se simte o tumoarea mai mică de mărimea unei cireșe. Bolnavul e de statura potrivită cu țesutul celulo-adi-pos mijlociu desvoltat. La examenul general — nimic patologic. Este tratat cu raze X. După 5 ședință (18. XI.) de radiumterapie parăsește Clinica fără să observă o ameliorare. Durerile persistă. Mișcările se execută tot în dureri. Moare la 25. XI. 1924.

Concluziuni.

1. Epiteliomul mamelei e o afecțiune, care se întâlnește foarte rar la bărbat. Pe atât de rar pe cât e frecventă la femei. Se întâlnește într'o proporție ce variază între 2 și cel mult 6 la 100 a cazurilor, raportat la cancerul mamar feminin.
2. Dintre formațiunile neoplasice a glandei mamare la bărbat, cele benigne sunt mult mai puțin frecvente decât cele maligne. Dintre tumorile maligne epiteliomul se întâlnește mai des.
3. Forma cea mai obișnuită e epiteliomul schiros.
4. Printre factorii etiologici, predispozanți, se citează mai ales traumatismele ușoare și repetate, iritațiunile și inflamațiunile cronice.
5. Cancerul mamelei la bărbat, apare de obicei în vârstă înaintată, mai des după 50 de ani. Deci mai târziu decât la femei. În vârstă tineră e o raritate.
6. Simptomele cancerului mamar la bărbat sunt în general identice cu cele ale femeii. Sunt totuși anumite puncte distinctiv: cancerul la bărbat evoluează mai lent decât la femei, adeseori în două etape. Persistența unei stări generale bune este mai lungă la bărbat. Aderența frecventă și precoce de planurile superficiale la bărbat. Sediul diferit. Invadarea mai frecventă a mușchiului marele pectoral; tendința spre ulcerare este deasemenea mai frecventă și mai precoce la bărbat.
7. Tumefierea ganglionilor la bărbat se întâlnește foarte frecvent 65%.
8. Cancerul atacă cu o frecvență aproape egală atât sânul stâng cât și cel drept.
9. Prognosticul acestei afecțiuni depinde de precocitatea intervenției, de forma istologică a cancerului și de tehnica operatorie executată în raport cu extensiunea afecțiunii.
10. Tratamentul cancerului mamar la bărbat este identic cu cel al femeii.
11. Rezultatele post operatorii imediate sunt foarte bune; însă statisticele ne înfățișează rezultatele tardive, mai puțin favorabile la bărbat decât la femei.

Văzută și bună de imprimat

Cluj, la 13 Decembrie 1928.

Președintele tezei
Prof. Dr. I. Iacobovici.

Decanul Facultății
Prof. Dr. Tătaru.

Bibliografia.

1. Baumgartner — Maladies de la Mamelle nouveau traité de Chirurgie, publié sous la direction de A. Le Dentu et Pierre Delbet 1913.
2. Berns — Ein Fall von Carcinoma mamma bei einem Manne. Arch. f. Chir. 1887. Bd. 35.
3. Bezançon, Marcel Labbé — Précis de Pathologie médicale Tome II.
4. Bailay — Lancet 1924, Bd 206; No. 25. Studies in the-male breast.
5. Bussa Lay — Sur 5 cas de neoplasme mammaire chez l'homme (Il policlinico [sezione practica], an XXXI fasc. 3, Janvier 1924. p. 82—88.), referat în Journal de Chirurgie Avril 1924.
6. Comșia — Studii asupra cancerului. Teză de doctorat. Cluj. 1928.
7. Delbet — Ce que l'on connaît sur les causes du cancer. Ligue Nationale Belge contre le Cancer 19/XI, 1923; pg. 27.
8. Dietrich und Paul Frangenheim — Die Erkrankungen der Brustdrüse. 1926.
9. Discussion — Presse med. 1921 No. 23.
10. Doubrov Serge — Contribution cytologique à l'étude des stades initiaux des tumeurs du sein. Thèse de doctorat. Paris.
11. Duplay-Rochard-Demoulin — „Diagnostic Chirurgical par Rochard et Stern“ 1921.
12. Etienne Pièri — Cancer du sein chez l'homme. Thèse — Bordeaux 1926.
13. Finsteerer — Zur Pathologie der männlichen Brustdrüse mit besonderer Berücksichtigung der Tumoren. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1906. Bd. 84.
14. J. Gatcllier et S. Oberlin — Journal de chirurgie 1928. Une technique d'operation elargie du cancer du sein.
15. Guibé — Presse méd. 1914. No. 22.
16. Gheorghiu — Contribuțiuni la problema actuală a cancerului. București 1928.
17. J. Grupen — Tumeur de la glande mammaire chez l'homme (Deutsche Zeitschrift f. Chir., tome CLXXXIII Janvier 1924 p. 406—410.
18. Handley — „Le cancer du sein“ Edition française. 1 vol. 1910.
19. Hirschel — Münch. Med. Woch. No 10; No. 29.
20. Lecène — „Bulletin de la Societé de chirurgie.“ 1922 p. 982.
21. P. Lecène et Leriche — „Therapeutique Chirurgicale“ II. 1926.

22. L o e b — Presse méd. No. 65; 1923.
23. L i n d e r C. — Les résultats du traitement radiothérapique post opératoire du cancer du sein (Deutsche Zeitschrift für Chir., tome CLXXXV, Mai 1924).
24. P ă d u r e a n u — Contribuțiuni la studiul cancerului mamar-
Teza de doctorat. Iași.
25. S i m o n e t W o l n e r — Les cancers du sein doivent ils être irradiés après l'intervention? (München, Med. Wochenschrift, tome LXXI No. 47 Novembre 1924).
26. S o u p a u l t — Presse méd. 1923 No. 16.
27. S c h u c h a r d t — Zur Kasuistik und Statistik der Neubildungen in der männlichen Brust. Arch. f. Chir. Bd. 31.
28. T e s t u s — Anatomie humaine T. IV. p. 927—928.
29. W a i n w o i g h t — Cancer de la mamelle chez l'homme: étude de pathologie et de Clinique. (Archives of Surgery, vol. XIV, No 4. Avril 1927. p. 836—860).
30. W i l l i a m s — Cancer of the male breast, based on the records of 100 cases. 1889.
31. W i l l e m s — Presse méd. 1922. No. 80.



