

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I”, CLUJ  
Facultatea de Medicină.

---

No. 1141

# Reticulo-endoteliomul amigdalei palatine



TEZĂ  
PENTRU  
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 1 IULIE 1937

DE

PELEA ION

„ARIEȘUL” S. A. INSTITUT DE ARTE GRAFICE  
TURDA

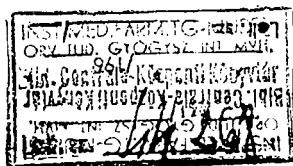
# Reticulo-endoteliomul amigdalei palatine



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 1 IULIE 1937

DE

PELEA ION



23 MAY 2005

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I”, CLUJ  
FACULTATEA DE MEDICINĂ

---

**Decan: Domnul Prof. Dr. D. MICHAÏL**

**Profesori:**

Clinica stomatologică . . . . .	Prof. Dr. <i>Aleman I.</i>
Istoria medicinei . . . . .	„ „ <i>Bologa V.</i>
Bacterologie . . . . .	„ „ <i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală . . . . .	„ „ <i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	„ „ <i>Buzoianu G.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală . . . . .	„ „ <i>Grigoriu Cr.</i>
Istologia și embriologia umană . . . . .	„ „ <i>Drăgoiu I.</i>
Semiologie medicală . . . . .	„ „ <i>Goia I.</i>
Clinica medicală . . . . .	„ „ <i>Hațieganu I.</i>
Clinica chirurgicală . . . . .	„ „ <i>Pop A.</i>
Medicina operatoare {	
Medicina legală . . . . .	„ „ <i>Kernbach M.</i>
Farmacologia și farmacognozia . . . . .	supl. „ <i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica infantilă . . . . .	Prof. „ <i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica oftalmologică . . . . .	„ „ <i>Michail D.</i>
Clinica neurologică . . . . .	„ „ <i>Minea I.</i>
Igienă și igienă socială . . . . .	„ „ <i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală . . . . .	„ „ <i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	„ „ <i>Papilian V.</i>
Fiziologia umană . . . . .	supl. „ <i>Drăgoiu I.</i>
Balneologie . . . . .	Prof. „ <i>Sturza M.</i>
Clinica dermato-venerică . . . . .	„ „ <i>Tătaru C.</i>
Clinica urologică . . . . .	„ „ <i>Țeposu E.</i>
Chimia biologică . . . . .	„ „ <i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică . . . . .	„ „ <i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică . . . . .	„ „ <i>Vasilii T.</i>
Chimie . . . . .	Agr „ <i>S. Secăreanu</i>
Fizică . . . . .	Conf. „ <i>N. Bărbulescu</i>

**JURIUL DE PROMOTIE**

Președinte: Domnul Prof. Dr. *G. Buzoianu*

Membri: { Domnul Prof. Dr. *Al. Pop*  
 „ „ „ *V. Bologa*  
 „ „ „ *T. Vasiliu*  
 „ „ „ *V. Papilian*

Supleant: Domnul Doc. Dr. *Tr. Popoviciu*

# RETICULO-ENDOTELIOMUL AMIGDALEI PALATINE

---

## PUNCTE PRELIMINARE

Deși noțiunea istopatologică de *endoteliom* e cunoscută relativ destul de mult timp, totuși au trebuit să se scurgă multe decenii până să-și primească o determinare și o clarificare apropiată cunoștințelor și achizițiilor contemporane de patologie.

De altfel primul, care are meritul de-a fi încetățenit acest termen în domeniul vast al patologiei tumorale, a fost marele histolog, *Golgi*, la 1869. Dela această dată, această denumire a servit multă vreme pentru etichetarea unei anumite categorii de tumori maligne.

Cu evoluția și îmbogățirea cercetărilor de anatomie patologică, tumora malignă, înglobată sub noțiunea de endoteliom, a suferit o serie de interpretări, atât în ce privește concepția, cât și reprezentarea ei histologică.

Din aceste motive, mai nou această noțiune de patologie e pe cale de-a fi delăturată și substituïtă prin diverse numiri, cari chiar dacă dau naștere la unele mici diferențe și divergențe între concepțiile diferitelor școli medicale, totuși sunt de preferat vechiului termen, din pricină că ne reliefează mai bine și pregnant, nu numai natura, dar chiar și originea tumorii. În această privință, autorii francezi uzează de numirile: *angio-sarcom* și *reticulo-endoteliom-sarcom*. Pe când germanii, prin capul cel mai autorizat în această materie, *Borst*, sunt sprijinatorii unei concepții diferite; așa că urmărind lucrările în această direcție, vom afla că *Borst*, care a studiat îndeaproape problema endoteliomelor, se folosește de noțiuni și descrieri, pe cari la școala medicală franceză le găsim înmănunchiate sub emblema de *reticulo-sarcom*. De altfel lucrările lui *Borst* în această direcție sunt

foarte mult considerate și apreciate de autorii americani, între cari *Ewing* este cel mai fervent aderent al lui.

Pentru noi concepția care domnește în Franța, ni se pare în unele privințe mai acceptabilă. Deaceea termenul de reticulo-sarcom îl vom prefera de multe ori, — cel puțin în stadiul actual al cunoștințelor de patologie, — fiindcă ne apropie mai evident de natura și originea tumorii.

Ajunși la acest punct al problemei, a început, totuși, să se resimtă lipsa unei lucrări unitare, care să ne prezinte în lumina ultimelor date contemporane această spinoasă chestiune de anatomo-patologie. Ori, în această ordine de idei, primul, care a înglobat ultimele cercetări asupra reticulo-sarcomului într-o lucrare de capitală importanță, este autorul francez *Ch. Oberling*. Lucrarea apărută în 1928, — deci destul de recent, — are marele merit de-a fi adus o serioasă și temeinică contribuție acestei probleme. Dealtfel nu trebuie să trecem cu vederea, că tot acest autor a studiat foarte temeinic și sarcomul lui *Ewing*, care nu reprezintă altceva decât reticulo-sarcomul măduvei osoase.

Tumora, pe de altă parte, poartă diferite numiri, după autorii cari s'au ocupat de această problemă, ca: sarcom alveolar epitelioid (*Zahn*), carcinomul lui *Colrat*, *Lépine* și *Chambard*, limfoepiteliomul lui *Régaud*, cari în ultima analiză se identifică aproape întru totul cu reticulo-sarcomul lui *Ch. Oberling*.

Prin urmare, deși această afecțiune e cunoscută de dată relativ recentă, totuși actualmente e considerată ca entitate clinică și anatomică.

## ORIGINEA NUMIRII

După fixarea acestor puncte introductive, ne rămâne să stabilim originea denumirii de reticulo-sarcom sau, — ceea ce reprezintă acelaș lucru, — reticulo-endoteliom.

Această noțiune de patologie își trage numele de la celula, cunoscută în histologie sub termenul

de celulă reticulară. De altfel sistemul reticulo-endothelial, atât de discutat în privința rolului și fiziologiei sale, e format din această speță de celule.

Cunoscând datele embriologice în această direcțiune, ne putem da mai bine seama de importanța și rolul elementelor mezenchimatoase. Din aceste elemente derivă în primul rând stroma conjunctivă din țesuturile cu structură limfoidă: ganglioni, amigdale, timus etc. Această stromă e dispusă în formă de rețea, a cărei ochiuri sunt tapisate de celule stelate, sub formă de endoteliu. Dealtfel aceste celule aplicate contra rețelei conjunctive, după numeroase cercetări în această materie, au un precis caracter endothelial.

Deci în scurt putem afirma: celula embrionară, mezenchimatoasă, dă naștere la următoarele elemente: unele, diferențiindu-se în timpul evoluției embriologice, vor forma elementul de susținere, adică țesutul reticulat conjunctiv, dispus în organele limfoide, iar altele vor rămâne în stadiul inițial, nediferențiat, formând în organele respective celulele reticulare, aplicate contra reticolului conjunctiv. Ceeace trebuie să mai remarcăm, e că în toate aceste organe mai există încă o a treia categorie de elemente, cari nu sunt altceva decât celulele mezenchimatoase rămase sub acest stadiu embrionar. Ori aceste elemente răstăcite în diversele țesuturi limfoide, la un moment dat, sub influența unor cauze, cari ne scapă până în ora actuală, pot suferi o metaplazie extrem de rapidă, producând adevărate formațiuni tumorale în organele respective.

Dar nu trebuie trecut cu vederea nici faptul că și celula reticulară, această variantă morfologică a elementului mezenchimatos, dotat cu o facultate pluripotențială în decursul evoluției embriologice, poate la un moment dat să suferă o proliferare malignă. Cum, însă, aceste elemente reticulare au uneori neștângenit facultatea de-a evolua multiplu și variat, în marea grupă a reticulo-sarcomelor (endoteliomelor), s'au descris până în clipa prezentă:

1. Reticulo-sarcomul embrionar sau nediferențiat.

2. Reticulo-sarcomul diferențiat.

3. Reticulo-endoteliio-sarcomul și reticulo-limfo-sarcomul, cari reprezintă forme tumorale evolutive.

De altfel, când e vorba de tumorile maligne ale țesutului limfatic, fiecare autor își are clasificarea sa. Gery și Bablet (1935) posedă, însă, o clasificare simplă, bazată pe date embriologice și evoluția clinică a tumorii. Ei împart tumorile maligne ale țesutului limfatic în:

1. Sarcome reticulare.
2. „ distocitare și
3. „ limfoblastice.

Reticulo-sarcomul embrionar a lui Oberling e o tumoră rară și o diagnosticăm greu, deoarece produce metastaze la distanță, confundându-se cu o afecțiune de sistem. Iar limita între țesutul tumoral și jur e imprecisă, căci nu există o reacțiune sclerogenă.

Sarcomele reticulare pot suferi, însă, evoluțiuni diferite, producând tipuri speciale: a) *sarco-epiteliome reticulare*, când celulele diferențiate din masa tumorală, devenite libere printr'o împrejurare oarecare, suferă o evoluție cornoasă, mai ales când e vorba de amigdale. Această transformare istopatologică se explică prin metaplazie regresivă, care la prima vedere ia aspectul de metaplazie malpighiană. b) *Sarco-endoteliome reticulare*, când celulele iau un aspect pavimentos și c) *forme de tranziție*.

Ajunși până aci, din elementele desfășurate de-a lungul acestui capitol, putem enunța că *reticulo-sarcomul amigdalian naște în urma unei proliferări maligne a elementelor reticulare dispuse în organul limfoid, reprezentat prin amigdală*.



## SIMPTOMATOLOGIE CLINICĂ

Debutul acestei afecțiuni este foarte greu de sesizat. Dealtfel există o normă general adevărată în patologie, că orice proces malign, care uzează implacabil organismul până la fatalitate, în majoritatea cazurilor are un debut clinic din cele mai șterse.

Nu există în primele faze nici o tulburare subiectivă, care să-l determine pe bolnav să consulte medicul. Iar când ajunge ca din întâmplare să se arate unui specialist, acesta de cele mai dese ori se vede în imposibilitatea de-a întreprinde ceva, deoarece șansele de acționare terapeutică sunt din cele mai reduse.

Din această pricină e de capitală importanță *diagnosticul precoce* al tumorii, când și procedeele de tratament va influența cu mai mulți sorți de izbândă.

În reticulo-endoteliomul amigdalian există o presiune a fenomenelor obiective, cari numai în cazul că au atins un nivel oarecare de dezvoltare, atrag după sine întreg cortegiul simptomatic subiectiv.

La nivelul unei amigdale, care-și menține încă aspectul ei normal, apare un mic nodul. Acest stadiu evolutiv e aproape imposibil de diagnosticat; doar hazardul va contribui, în cazurile cele mai fericite, să ne conducă spre calea procesului tumoral incipient.

Nodulul apărut, în mod obișnuit e situat în interiorul amigdalei; așa că odată cu progresiunea lui în volum, vom fi martorii unei hipertrofii totale a țesutului amigdalian.

La inspecție, vom observa că mucoasa își păstrează înfățișarea ei normală, prezentând uneori o slabă colorație de nuanță roșie, anginoasă.

În schimb la palpate, întâmpinăm o rezistență elastică, nu prea pronunțată.

Cum procesul se află într'o continuă evoluție, într'un stadiu mai înaintat, tumora părăsește bariera țesutului amigdalian și infiltrează țesuturile din vecinătate. Din acest motiv, tumora, în interval de timp destul de scurt, ajunge să alcătuească corp comun cu stâlpii și vălul palatin.

Cercetările anatomo-clinice, întreprinse în direcția



acestei afecțiuni, au mai stabilit că e foarte dificil să fixezi adevăratul punct de plecare al procesului tumoral. Într'adevăr sunt cazuri când tumora își are debutul în țesutul amigdalian, dar nu trebuie neglijat faptul, că există uneori numeroase cazuri când debutul reticulo-sarcomului îl aflăm în țesutul limfoid al faringelui, de unde în mod secundar ajunge să invadeze una din amigdale. Așa că ne aflăm într'o postură foarte dificilă atunci când trebuie să determinăm, din punct de vedere anatomo-clinic, adevăratul debut al procesului tumoral.

Prin urmare, clinicește, având în vedere lipsa simptomatologiei subiective, inițiale, are mare importanță depistarea fiecărui caz în parte.

E de remarcat că, în mod obișnuit, acest lucru ne reușește numai cu ocazia unei examinări incidentale a faringelui. În acest caz putem observa mărirea în întregime de volum a uneia dintre amigdale; sau, în cazuri mai fericite, putem sesiza prezența nodului tumoral.

Tumora are o evoluție extrem de rapidă. În câteva săptămâni ea ajunge în perioada de stare. Din acest motiv, în cazul că faza inițială a trecut neobservată, volumul ei va atinge o dimensiune considerabilă. În urma acestui fapt, amigdala va bomba în cavitatea bucală, deplasând lueta spre partea opusă, sănătoasă. În același timp asistăm la o micșorare apreciabilă a istmului buco-faringian.

Atingând acest studiu evolutiv, tumora va invadea vecinătatea.

În scurt timp, stâlpii, vălul palatin, uneori lueta și peretele latero-faringian, sunt infiltrați. În același timp, în împrejurul tumorii, mucoasa este marcată de edem și roșeață specială.

Ceeace ne impresionează, uneori, sunt *metastazele* ganglionare. Nu atât volumul lor ne atrage atenția, cât precocitatea lor. Din acest motiv, de multe ori înclinăm să credem, că ele au o aparițiune concomitentă cu procesul tumoral primitiv din amigdală.

Această remarcă se aplică foarte frecvent adenopatiei cervicale laterale, care întotdeauna asociază

reticulo-endoteliomul amigdalian.

Pe de altă parte, în privința acestor metastaze, trebuie să mai reținem un fapt. Există o diferență față de comportarea generală a sarcomelor. Reticulo-sarcomul, ca de altfel și limfosarcomul ganglionar, metastazează, nu numai pe cale sanghină, ci și limfatică.

Aceste metastaze nu manifestă nici o afinitate deosebită, specifică, pentru anumite grupe ganglionare. Uneori sare peste un lanț ganglionar și prinde următorul; sau extenzia procesului metastazant urmează în continuitate ganglion cu ganglion.

În privința caracterelor microscopice ale metastazelor, aflăm o identitate cu tumora primitivă.

După fixarea acestor date, se poate conchide, că nu țesutul amigdalian formează cea mai frecventă bază de implantare a reticulo-sarcomului. La această opinie au ajuns diverșii cercetători contimporani.

În această direcție, cel care s'a ocupat mai îndeaproape cu problema acestei tumori, e *Eugen Adam*. Acest autor și-a concretizat toate datele asupra reticulo-sarcomului, într'un studiu destul de recent (1934). În această lucrare de capitală importanță asupra acestei tumori, se găsesc încrustate o mulțime de contribuții instructive și de utilitate remarcabilă.

După lucrarea citată, cea mai frecventă *localizare* a reticulo-sarcomului o aflăm în ganglionii cervicali (27%) și numai în al doilea rând vine localizarea pe amigdală (17%). Infine, în rândul al treilea, vine localizarea în ganglionii limfatici inghinăli, axilari și mediastinali, cu un procent de 12%.

Tot între fenomenele obiective trebuie să menționăm și fenomenele de *compresiune*, cari caracterizează orice proces tumoral, invadant, la un anumit punct al evoluției sale.

Aceste fenomene își fac aparițiunea într'o fază avansată a reticulo-sarcomului amigdalian. Se citează, în această ordine de idei, simptome de compresiune din partea nervilor cranieni; în special compresiuni exercitate asupra perechii a IX-a, a X-a și a XII-a. Tot aci se mai citează cazuri de cecitate, în

urma compresiunii nervului optic, și paralizii oculare, datorite atingerii nervilor oculari motori.

Fenomenele *subiective* sunt puțin marcante și caracteristice; dealtfel le aflăm și la alte procese morbide cu localizare amigdaliană.

Lipsind în perioada de debut a reticulo-sarcomului, aceste fenomene își fac apariția odată cu creșterea de volum a tumorii. La această dată, primul semn subiectiv, sesizat de bolnav, e disfagia, care, într'un interval de timp îndeajuns de scurt, devine dureroasă. Acestei tulburări, îi urmează altele, contribuind în unele cazuri și ipersenzibilitatea individuală. Alt fenomen e dispneea, care în scurtă vreme devine foarte jenantă. Vocea ia un caracter nazonat. În unele cazuri putem chiar asista la instalarea unei voci stinse, luând adesea aspectul unei afonii. Acest lucru se întâmplă atunci când edemul, care învecinează procesul tumoral, infiltrază și corzile vocale.

În același timp, bolnavul ne prezintă și tulburări din partea urechii. Acuitatea auditivă diminuează din cauză că se înglobează în procesul tumoral și amigdala lui *Gerlach*, care în modul acesta exercită o compresiune asupra trompei lui *Eustache*.

Pe lângă toate aceste elemente simptomatologice, trebuie să mai adăugăm și unele date hematologice.

În majoritatea cazurilor, examinările sanghine în prezența unui reticulo-sarcom, ne evidențiază o diminuare a hematiilor, cari variază între 3.500.000 și 4.500.000. Concomitent aflăm o înmulțire a numărului de leucocite polinucleare, cum de altfel se remarcă în cele mai dese cazuri. Leucocitoza, deci, variază între 10.000 și 15.000, eventual mai mult.

De obicei evoluția clinică e fără temperatură, iar ceea ce se află destul de des e limfocitoza.

Aflăm, în majoritatea cazurilor, și o stare precanceroasă, care e constituită fie de o leziune sifilitică veche, fie de o leucoplazie sau o iritație cronică a mucoasei.

În genere, pe baza numeroaselor observațiuni clinice, deosebim un *reticulo-sarcom de debut*, care apare insidios, uneori cu dureri și otalgie, senzație

de tumefiere unilaterală și adesea senzație de corp strein în faringe. Dacă procesul tumoral e aparent, se ivește un mic burjeon roșu, o fisură sau o ulcerație limitată. Dacă tumora e latentă, se poate dezvolta pe spatele pilierului anterior, care bombează și e indurat, la polul superior, în vâl, fundul unei cripte sau în șanțul glosio-amigdalian. În *reiculo-sarcôm* confirmat, adesea avem dureri, otalgie, sialoree abondentă, amestecată în unele cazuri cu sânge; halena, după unii autori, e fetidă. Tumora la urmă invadează vâlul, baza limbei, epiglota, fosa pterigo-maxilară etc.



## CAZURI CLINICE

No. 1. Bolnava Hoza M. de 47 ani, s'a prezentat clinicei O. R. L. la 6 Martie 1935 cu o hipertrofie enormă a amigdalei stângi.

În antecedentele ereditare și personale nu aflăm nimic deosebit, afară de numeroasele amigdalite pe cari le-a avut bolnava în tinerețe.

*Istoricul bolii:* boala a debutat acum o lună de zile. Bolnava s'a sesizat prin tulburările de deglutiție și ganglionii tumefiați din regiunea submaxilară și latero-cervicală stângă, cari în decurs de trei săptămâni au atins un volum apreciabil. Bolnava a consultat un medic din Cluj, care a trimis-o în Clinică.

*Starea prezentă:* femeie de constituție normală, are tegumentele ușor palide și țesutul celulo-grăsos scăzut. La examenul obiectiv al organelor toraco-abdominale, nu găsim nimic deosebit. La examenul cavității buco-faringiene aflăm: amigdala stângă e hipertrofiată, micșorând considerabil istmul buco-faringian; în același timp tueta și vălul palatin sunt împinse spre partea opusă. Ea are mărimea unei mandarine mai mici; face corp cu pilierul anterior și vălul palatului, ca și cu peretele latero-faringian. La palpate, amigdala e ușor elastică și totodată se mai sesizează blocul pe care-l face tumora cu peretele lateral al oro-faringelui. Tumora amigdaliană nu prezintă ulcerăriuni; suprafața ei este netedă, fără asperități și sângerează cu greu. Amigdala dreaptă și fosele nazale sunt libere. Auricular nimic deosebit. Corzile vocale ușor iperemice. Ganglionii submaxilari și latero-faringieni stângi sunt palpabili, de mărime medie, iar cei superficiali alunecă cu ușurință pe planurile profunde.

Bolnava e afebrilă. Examenul biopsic executat de Dl. Prof. Dr. Vasiliu, a arătat că e vorba de un reticulo-sarcom amigdalian. Cu acest diagnostic, bolnava a fost îndreptată la Institutul de cancer, unde i s'a aplicat tratamentul roentgenoterapic. Văzută la o săptămână, în curs de tratament actinoterapic, amigdala a diminuat la jumătate. N'a mai putut fi urmărită.

— \* —

No. 2. D. Vasile, bărbat de 66 ani, s'a prezentat Clinicei O. R. L. la 28 Iunie 1936.

În antecedentele ereditare și personale nu aflăm decât că bolnavul e fumător și alcoolic moderat. Neagă boli venere și infecto-contagioase.

*Istoricul boalei:* a debutat în Martie 1936, când bolnavul a simțit în regiunea superioară latero-cervicală stângă o tumoare, care din zi în zi devenea tot mai mare. La 3—4 săptămâni a mai simțit două umflături, așezate înaintea primei. Neliniștit de starea lui, mai ales că a început să simtă și

ușoară greutate la deglutiție, bolnavul a consultat un medic, care i-a prescris o alifie și gargare. Văzând că starea lui nu se îmbunătățește, s'a prezentat Clinicei O. R. L.

Starea prezentă: bolnav de statură mijlocie, prezintă țesutul celulo-grăsos subcutanat scăzut, cu tegumentele ușor pigmentate, mai ales în regiunea submaxilară și latero-cervicală stângă. La examenul obiectiv: extremitățile și organele toraco-abdominale libere. La examenul buco-faringian: leucoplazie linguală, iar amigdala stângă, la polul său inferior, prezintă o tumoretă de mărimea unei alune. Mucoasa amigdaliană e ușor congestionată; la palpate, întâmpinăm o rezistență elastică din partea amigdalei. Extern, în regiunea retro-angulomaxilară, aflăm trei formațiuni tumorale ganglionare, aderente de planurile profunde, compacte și dure. Tegumentelele supra-jacente sunt ușor pigmentate.

Auricular nu prezintă nimic de remarcat. Examenul laringologic, nu indică nici o leziune organică sau funcțională. Facialul e normal.

Starea generală bună; bolnavul e afebril. Prezintă și o ușoară anemie cu înmulțirea numărului de limfocite.

S'a făcut examenul biopsic de către dl. Prof. dr. T. Vasiliu și s'a pus diagnosticul de reticulo-sarcom amigdalian cu metastaze ganglionare. I s'a aplicat tratament roentgenoterapic, în prealabil evidându-se masele ganglionare. Bolnavul n'a putut fi urmărit.

No. 3. Maria P. de 53 ani, din Răsboieni jud. Turda, s'a prezentat în ziua de 3 Martie 1937 cu o hipertrofie a amigdalei stângi.

În antecedentele eredo-colaterale și personale nu aflăm nimic deosebit, decât un reumatism.

Istoricul boalei: a debutat, după spusele bolnavei, în Decembrie 1936, deci cu aproximativ 2 luni, înainte de a fi sesizat de starea ei. Primul semn, care i-a atras atenția, a fost tumefierea ganglionilor latero-cervicali stângi. Iar la vreo săptămână bolnava a simțit și o greutate la înghițirea alimentelor și juițuri în urechi. În urma acestui fapt, în ziua de 27 Februarie a. c. a consultat un medic, care i-a pus diagnosticul de cancer al amigdalei stângi, sfătuind-o să se prezinte în Clinica O. R. L.

Starea prezentă: bolnavă de constituție mediocră, cu tegumentele ușor palide. Din partea extremităților și organelor toraco-abdominale, nu remarcăm nimic patologic. La examenul amigdalelor observăm: amigdala stg. ușor hipertrofiată, împinge înainte pilierul anterior. Mucoasa e ușor congestionată și marcată de edem, mai ales la polul superior al amigdalei stângi. La palpate simțim o rezistență elastică de mărimea unui bob de mazăre, care face corp cu partea mijlocie și superioară a pilierului anterior. Extern prezintă, în regiunea la-

tero-cervicală stângă, o masă ganglionară de consistență elastică, cu tegumentele suprajacente mobile asupra ei, de înfățișare normală.

În urma examenului biopsic, care a stabilit diagnosticul de reticulo-sarcom al amigdalei stângi cu metastaze ganglionare, a fost îndreptată la Institutul de cancer. I s'a aplicat roentgeno și radiumterapie; formațiunile tumorale au reacționat favorabil și bolnava, ameliorându-se, a părăsit Institutul.

— \* —

No. 4. C. Traian de 19 ani, din Orăștie, s'a prezentat Institutului de cancer în ziua de 29 Mai a. c.

În antercedentele eredo-colaterale și personale, nu aflăm decât că bolnavul a suferit de mai multe ori de amigdalită. Neagă alte boli infecto-contagioase și venerice. Nimeni în familie n'a suferit de-o boală asemănătoare. Nu bea, dar fumează moderat.

Istoricul boalei actuale: boala a debutat înainte cu 9 luni, când bolnavul a simțit că i se umflă ganglionii din partea cervicală dreaptă. În tot acest timp, s'a simțit foarte bine. Doar din când în când avea o senzație de corp străin în gât. Înainte cu o lună a fost văzut de un medic, care i-a prescris o alifie.

Starea prezentă: constituție normală, tegumentele bine colorate și tesutul celular subcutanat bine păstrat.

Examenul obiectiv al celorlalte organe nu ne indică nimic patologic. La examenul faringelui găsim o ușoară ipermie cu ipertrofia amigdalei drepte, care e marcată de jur împrejur de un ușor edem. La palpare simțim un nodul tumoral, care se pierde în peretele latero-faringian drept. Lueta și vâlul palatin sunt deplasate de partea sănătoasă. Extern, în regiunea latero-cervicală dreaptă, aflăm două mase ganglionare; ganglionii nu se pot izola, sunt de consistență elastică și nu aderă de tegumente.

Starea generală e bună, bolnavul e afebril. Hematologic: 3.500.000 hematii, ușoară polinucleoză și limfocitoză.

La examenul biopsic, i s'a pus diagnosticul de reticulo-sarcom.

Bolnavul a părăsit Institutul după 5 zile, refuzând să urmeze tratamentul.



## DIAGNOSTICUL

Reticulo-sarcomul amigdalian întâmpină, în majoritatea cazurilor, serioase dificultăți în privința diagnosticului.

Fiind o afecțiune neoplazică, cu o simptomatologie necaracteristică din punct de vedere clinic, nu vom dispune de criterii sigure pentru un diagnostic precis. Din acest motiv, trebuie să o diferențiem de două mari grupe de afecțiuni:

### I. Afecțiuni neneoplazice, ca :

1. Șancrul sifilitic.
2. Gomă ulcerată sau neulcerată.
3. Lupusul cu localizare amigdaliană unică.
4. Angina Plaut-Vincent, uneori.

### II. Afecțiuni neoplazice :

1. Limfosarcomul.
2. Sarcomul fibroblastic.
3. Epiteliomul amigdalian.
4. Limfo-epiteliomul amigdalian.

În primul rând facem diagnosticul diferențial față de prima grupă, uzând pentru fiecare din aceste afecțiuni de feluritele probe clinice și de laborator, cunoscute din patologia respectivă. După excluderea fiecărei afecțiuni în parte, putem afirma că ne aflăm în fața unui proces neoplazic. După ce am efectuat această primă operațiune, tumora trebuie să o diferențiem de a doua grupă de afecțiuni. În acest mod am depistat natura procesului tumoral malign.

Însă, din punct de vedere clinic, e aproape imposibil să găsim natura exactă a tumorii amigdalienne. Deaceia suntem nevoiți să apelăm la unicul mijloc de diagnostic sigur, la *biopsie*, care ne conduce pe calea unor fericite indicațiuni de tratament.

*Prognosticul* afecțiunii e din cele mai grave. Supraviețuirea e îndeajuns de limitată. Ea variază între câteva luni și 1—3 ani. Moartea e cauzată prin: cașexie, bronco-pneumonie de deglutiție, infiltrațiunea planșeului bucal, al țesutului celular cervical și prin edemul glotei.



## TERAPEUTICA

Partea de importanță fundamentală a problemei reticulo-endoteliomului amigdalian, o constituie, desigur, metodele de tratament, cari trebuiesc individualizate pentru fiecare caz în parte, de îndată ce avem diagnosticul precis al tumorii.

În privința tratamentului, avem la dispoziție următoarele:

### I. Mijloace terapeutice:

1. *Metode medicamentoase ori similare*: vaccini, seruri și venin de cobră. Toate aceste remedii trebuiesc abandonate, pentru că în niciun caz n'au eficacitate terapeutică salvatoare.

2. *Chirurgia*. Când ne aflăm în fața unui reticulo-sarcom amigdalian fără metastazarea ganglionilor cervicali, se poate proceda la o extirpare chirurgicală a amigdalei respective, urmată întotdeauna de radioterapie. În aceste cazuri, numai cu totul excepțional, suntem puși în situația de-a asista la vindecări prelungite, cum a fost cazul tratat de *Jorge și Brancleta—Bian*, care a durat până la 2 ani, fără nicio recidivă.

În privința metodei chirurgicale, ne putem adresa amigdalei sau ganglionilor. Întâi, pentru intervenția pe amigdală dispunem de: a) *căi naturale*, cari se rezumă la calea bucală simplă. Ori, după metoda lui *Jaeger*, la calea bucală lărgită prin incizia comisurală. Unii specialiști prelungesc această incizie până la ramura ascendentă a maxilarului inferior. b) *Căile artificiale*, iar se pot rezuma la faringotomii: transhioidiană, suprahioidiană și subhioidiană, mediane ori laterale. În fine intervenții transmaxilare mediane sau laterale.

Pentru *ganglioni*, intervenția chirurgicală vizează numai pe cei accesibili. Așa, nu vom putea interveni asupra ganglionilor lui *Gillette*, situați retrofarin gian. Se practică evidarea ganglionară. Ori, pe lângă această operațiune, suntem constrânși să procedăm și la rezecția totală a sternocleidomastoidianului, a

veneii jugulare și uneori a carotidei externe. În tot cazul, ne aflăm în fața unei intervenții din cele mai delicate.

Oricare ar fi calea de intervenție chirurgicală, simplă ori după metoda lui *Jaeger*, nu ne dă o vizibilitate corespunzătoare a regiunii asupra căreia acționăm. Obstacolul e aproape insurmontabil, mai ales când există și un trismus, din cauza blocajului adenopatiilor.

În privința intervenției operatorii prin căile artificiale, ne izbim de alte piedici: pe deoparte avem obstacolul de neînving al maxilarului inferior, iar pe de altă parte rezecția temporară ori definitivă se execută foarte anevoios; e incomodă, șocantă și, mai mult chiar, nu totdeauna e acceptată de bolnav.

Pe lângă inconvenientele menționate, aceste procedee atrag dupe ele o serie de consecințe neplăcute: însemnări, infecția posibilă a căilor respiratorii, șocul operator, cicatrice mutilante și imposibilitatea de-a evita toți ganglionii, cari, precum se știe, sunt foarte precoce metastazați.

Metoda operatorie comportă, deci, censecințe din cele mai grave.

Ca să avem o oglindă fidelă a gravității intervențiilor chirurgicale, practicate în cazuri de tumori maligne ale amigdalei, reproducem câteva date dintr'o statistică alcătuită de *Canuyt*: *Aboulker* 48 % decese operatorii, *Czerny* 40 %. *Krönlein* 39 %, *Valas* 37 %, iar *Duciung* trei decese operatorii la patru operații.

3. *Curenți de înaltă frecvență*. Aceștia vor interesa direct amigdala. Metoda se aplică, fie sub formă de bisturiu electric, fie sub formă de electrocoagulare.

Este un bun procedeu. Electrocoagularea delatură pericolul însemnării, care de altfel e destul de frecvent în metoda chirurgicală, și reduce considerabil sângerările câmpului operator. Totuși nu sunt rare sângerările catastrofale, în caz că s'a mortificat prea mult țesut din regiunea învecinată câmpului de intervenție. În schimb bisturiul electric evită, atât hemoragiile, cât și însemnările.

4. Razele X se adresează amigdalei și ganglionilor. Vizează, deci, atât tumora primitivă, cât și metastazele. Razele X penetrante sunt distribuite după metoda *Coutard* a dozelor fracționate.

Pentru reticulo-sarcomul amigdalian, în aplicarea radioterapiei uzăm de două câmpuri cervicale și unul posterior, revenind pentru fiecare câmp o doză de 3.000 r. Tratamentul întreg durează 25—30 zile. De aceea trebuie să procedăm la o repartizare potrivită a dozelor zilnice. Când observăm puseuri termice, după aplicarea primelor doze, — ceea ce se explică prin rezorbția tisulară, — trebuie să procedăm la micșorarea dozei zilnice.

Deși în unele cazuri razele X constituiesc un procedeu bun, totuși și ele comportă adeseori unele inconveniente ca: provoacă disfagii insuportabile și tulburări generale, explicate, probabil, prin rezorbțiune toxică. Trebuie, deci, și în cazul razelor X să supra-veghiem cât se poate de bine bolnavul.

5. *Radium*. Se folosește, atât pentru leziunea tumorală amigdaliană, cât și pentru metastazele ganglionare. Când ne adresăm amigdalei, ne folosim ori de ace pe cari le înfigem în tumoră, ori de proleze, prevăzute cu tuburi de radium, cari se pun în contact cu tumora. Contra adenopatiilor, ne folosim de tuburi de radium, dispuse în formă de mulaje de ceară în regiunea cervicală. Ori ne folosim de aparate, cari au doze mari de radium și cari se aplică la distanță. În acest ultim caz uzăm de ceea ce în terapeutică poartă numele de *telecurieterapia*.

Radium e greu suportat de către bolnavi, fie că ne folosim de ace, fie de aparat intrabucal. Adeseori putem asista la deplasarea aparatului sau la eliminarea tardivă a părții necrotice osoase din maxilar. În schimb pentru adenopatii, cel mai bun mijloc îl constituie, de altfel, *telecurieterapia*. Însă acest procedeu are dezavantajul că e foarte costisitor și necesită întrebuințarea mai multor grame de radium (3—8 gr). Cu toate aceste inconveniente, acest procedeu, după mulți autori (*Régaud, Laborde, Cheval, Dustin, Sievert, Berven* și *Verechenski*) evită: osteo — și con-

dronecrozele, radiodermitele, modificările urinare și sanghine.

6. *Mijloace combinate.* Mai des ne folosim de următoarele: în primul timp facem tratamentul amigdalei prin radium, iar în al doilea tratamentul ganglionilor prin raze X. Ori în primul timp facem electrocoagularea amigdalelor, în al doilea evidarea ganglionilor, iar în al treilea aplicăm razele X și pentru regiunea amigdaliană și pentru cea cervicală.

Aceste metode apelează, deci, la felurite procedee, scoțând din fiecare avantajele și în chipul acesta, mărindu-se șansele de reușită, le aplicăm în practica terapeutică.

Se recere, în schimb, o prestabilire binepotrivită a tuturor timpilor de execuție terapeutică, fapt ce se poate realiza numai de către un specialist încercat în această materie.

## II. *Conduita noastră terapeutică*

În prealabil trebuie să remarcăm un fapt binecunoscut în terapeutila tumorală: procesele sarcomatoase, de origine conjunctivo-vasculară, sunt foarte sensibile față de tratamentul cu agenți fizici (raze X și radium). De aceea în terapeutila lor, trebuie să uzăm de radiațiuni externe, roentgenoterapie ori telecurieterapie, cu excluderea oricărui alt mijloc de tratament.

În schimb, când e vorba de tumori epiteliale, comportarea noastră e în funcție, în largă măsură, de aspectul anatomo-clinic.

În ce privește atitudinea noastră față de tumorile amigdalienne maligne, linia noastră de conduită va trebui să fie următoarea:

1. *Tumoră amigdaliană fără adenopatie ori metastaze la distanță sesizabile clinicește.* Când tumora e pediculată uzăm de: exereza chirurgicală, electrocoagulare și bisturiu electric. În același timp, nu vom neglija iradierea cu raze X a ganglionilor cervicali, tributari regiunii.

Când tumora e sesilă, majoritatea specialiștilor

preferă electrocoagularea, urmată de radioterapie profundă. Aceasta din motiv că exereza operatorie comportă riscul însemnării și al incertitudinii extirpării în țesutul strict sănătos.

În fine, când tumora a trecut bariera logii amigdalienne, radioterapia locală e contraindicată. În aceste cazuri, apelăm la întrebuințarea razelor X și a telecurieterapiei.

2. *Tumoră amigdaliană cu adenopatie nefixată.* Comportarea noastră asupra amigdalei este aceeași ca și în cazurile precedente. În cecece privesc ganglionii, după extirparea lor chirurgicală, ne vom folosi, ca și pentru leziunea inițială amigdaliană, totdeauna de radioterapie profundă.

3. *Tumoră amigdaliană cu adenopatie fixată.* Singurul procedeu admis, e iradiațiunea cu raze X sau telecurieterapie.

4. *Tumoră amigdaliană însoțită de metastaze la distanță.* În aceste cazuri, nu vom putea trata decât medical și simptomatic.

## REZULTATE STATISTICE

Ca să ne dăm seama de situația tumorilor maligne amigdalienne, în lumina terapiei actuale, reproducem unele date statistice îndeajuns de elocvente.

În statistica lui *Berven*, cu toate că nu fixează natura tumorii amigdalienne, totuși rezultă din ea o ameliorare apreciabilă, din momentul introducerii în terapia modernă a telecurieterapiei. Astfel autorul citat, menționează 28 de cazuri de tumori diverse, cari înainte de era telecurieterapiei, tratate cu diferite alte mijloace de tratament, înregistrau după un an, 15 % supraviețuiri, iar după doi ani, nicio supraviețuire. În schimb dela introducerea telecurieterapiei, după un an, se înregistrează 66 % supraviețuiri, după doi ani 66 %, iar după trei ani, 50 % supraviețuiri. După acest autor, deci, reiese un progres terapeutic destul de evident.

O altă statistică, datorită lui *Quick*, vorbește de

318 cazuri de tumori amigdaliene diverse, în tratamentul cărora nu s'a uzat de chirurgia pe amigdală. În schimb, ganglionii perceptibili au fost exenterați. Din totalul de 318 bolnavi, aflăm 179 morți imediat, 79 pierduți din vedere, iar 60 supraviețuitori, majoritatea între 4 ani și câteva luni.

Verecheski posedă altă statistică: în 81 cazuri de neoplasme amigdaliene, aflăm 3 reticulo-sarcome fără ganglioni perceptibili. S'au folosit razele X. Unul a supraviețuit 15 luni, altul 1 lună, iar ultimul a fost pierdut din vedere.

În fine statistica lui *Ducuing* citează 71 cazuri de diverse tumori amigdaliene. Dintre acestea, se menționează un caz de reticulo-endoteliom, asociat de adenopatie fixată. Folosindu-se razele X, bolnavul a supraviețuit 12 luni.



## CONCLUZIUNI

1. Endoteliomul este o tumoră malignă; asupra naturii sale istologice, există păreri controversate.
2. Reticulo-sarcomul amigdalian naște din proliferarea malignă a elementelor reticulare amigdaliene.
3. Din punct de vedere clinic, nu prezintă o simptomatologie caracteristică.
4. Are o evoluție extrem de rapidă.
5. Produce metastaze, atât pe cale ematogenă, cât și limfatică.
6. Pentru diagnosticul de certitudine, trebuie să recurgem la biopsie.
7. Este o boală cu un prognostic sumbru.
8. Metodele de tratament sunt extrem de variate. Pentru fiecare caz în parte, se recere o strictă individualizare terapeutică.
9. În stadiul actual al teraputeiceii, obținem rezultate paliative și provizorii.
10. Supraviețuirea, după aplicarea diverselor metode de tratament, variază între câteva luni și 1—3 ani.
11. Între tumorile maligne, reticulo-sarcomul este o afecțiune excepțional de gravă.

Văzută și bună de imprimat.

Președintele tezei: Decan:  
 ss. **Prof. Dr. G. Buzoianu** ss. **Prof. Dr. D. Michail**



## BIBLIOGRAFIE

1. Prof. Dr. G. Buzoianu: Reticulo-endoteliomul amigdalian. Clujul medical No. 5 din 1 Mai 1936.

2. Ch. Oberling: Les réticulo-sarcomes de la moëlle osseuse. Bull. Assoc. franc. pour l'étude du cancer No. 5, Mai 1928.

3. Eugen Adam: Etude anatomo-clinique du réticulo-sarcome des ganglions lymphatiques et de l'amigdale. 1934, 110 pages (Clermond-Ferrand. Imprimerie.)

4. Prof. Dr. Buzoianu și Dr. Dorin Ionescu: Reticulo-sarcomul cervico-mediastinal. Clujul medical No. 6, anul 1935.

5. Considerațiuni asupra unui caz de sarco-epiteliom reticular al amigdalei de Dr. M. Lazeanu și Dr. P. Stănculescu. (Revista Spitalelor No. 1 din 1937).

