

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.“ DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Nr. 1322.

BOALA FIBRO-CHISTICĂ A SÂNILOR (RECLUS)



TEZĂ

PENTRU

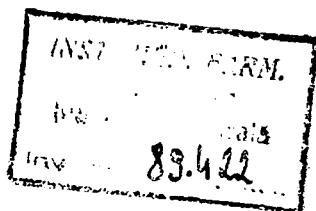
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 27 OCT. 1938.

DE

BRÓDY MARGARETA

24 MAY 2005



INSTITUTUL DE LITERATURĂ ȘI TIPOGRAFIE „MINERVA“ S. A.
CLUJ, 1938.

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr. STURZA M.

Profesori:

Clinica stomatologică — — — —	Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Bacteriologie — — — — —	" "	<i>Baroni V.</i>
Fiziologia umană — — — — —	" "	<i>Benetato Gr.</i>
Istoria medicinei — — — — —	" "	<i>Bologa V.</i>
Patologia gen. și experimentală	" "	<i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică —	" "	<i>Buzoianu Gh.</i>
Istologia și embriologia umană —	" "	<i>Dragoiu I.</i>
Semiologia medicală — — — —	" "	<i>Goia I.</i>
Clinica ginecologică și obstetr.	" "	<i>Grigoriu Cr.</i>
Clinica medicală — — — — —	" "	<i>Hațieganu I.</i>
Medicina legală — — — — —	" "	<i>Kernbach M.</i>
Chimia biologică — — — — —	" "	<i>Manta I.</i>
Clinica oftalmologică — — — —	" "	<i>Mihail D.</i>
Clinica neurologică — — — — —	" "	<i>Minea I.</i>
Igiena și igiena socială — — — —	" "	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală — — — — —	" "	<i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topogr.	" "	<i>Papilian V.</i>
Clinica chirurgicală } — — — —	" "	<i>Pop A.</i>
Medicina operatorie }	" "	
Clinica infantilă — — — — —	" "	<i>Popoviciu Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozia	Supl. "	<i>Popoviciu Gh.</i>
Chimia — — — — —	Prof. "	<i>Secăreanu St.</i>
Balneologia — — — — —	" "	<i>Sturza M.</i>
Clinica dermatovenerică — — — —	" "	<i>Tătaru C.</i>
Clinica urologică — — — — —	" "	<i>Teposu E.</i>
Clinica psihiatrică — — — — —	" "	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică — — — — —	" "	<i>Vasilii T.</i>
Biologia generală — — — — —	" "	<i>Racoviță E.</i>
Fizica medicală — — — — —	Conf. "	<i>Bărbulescu N.</i>

JURIUL DE PROMOTIE:

Președinte: Dl. Prof. Dr. *Al. Pop*

Membrii: { Dl. Prof. Dr. *I. Hațieganu*
 " " " *T. Vasilii*
 " " " *Gh. Popovici*
 " " " *C. Tătaru*

Supleant: Dl. Doc. Dr. *I. Voicu*

Istoric.

Maladia fibro-chistică a sânului cunoscută și sub numele de boala lui Reclus este o boală a cărei entitate morbidă și importanță nu este de mult timp recunoscută.

Înainte de 1828 boala fusese clasată împreună cu celelalte chiste în rândul tumorilor maligne. În 1828 apare un tratat al lui Sir Astley Cooper care se ocupă cu bolile glandei mamare, în care autorul descrie boala, — desigur sub alt nume — și arată, că e de natură benignă.

Până la anul 1883 mai mulți cercetători se ocupă cu boala aceasta, descriind-o și încercând și o explicație patogenică; dar lucrările lor rămân prea puțin cunoscute de lumea medicală de atunci.

În 1883 Reclus o descrie sub numele de: „Maladie kistique des mamelles“. Prin aceasta descriere boala își câștigă definitiv cadrele sale nozografice, apărând ca o entitate morbidă, desigur, deocamdată, numai din punct de vedere clinic. Reclus se reține de a intra în discutarea etiologiei și patogeniei afecțiunii, se mulțumește să-i fixeze caracterele clinice, prin care se poate diferenția de celelalte afecțiuni chistice ale mamelei.

Cu un an în urmă apare monografia lui Brissaud, care se ocupă cu istologia boalei lui Reclus și în care autorul își arată părerea, că boala este un epiteliom chistic intraacinos. Dar evoluția clinică contrazicea în mod formal această părere.

Se iscă astfel o discuție la care iau parte toate solemnitățile timpului. De atunci tot mai mulți se ocupă cu boala lui Reclus, încercând explicații patogenetice felurite, numind și clasificând boala în consecință. Dela o „mastită cronică“ până la un „chistadenocarcinom“ toate posibilitățile sunt discutate și susținute; iar mai nou la aceste două păreri asupra originii inflamatorii și neoplazice se adaugă o a treia părere: aceea a originii hormonale.

În anii din urmă au apărut numeroase lucrări de sinteză asupra acestui subiect, dintre care merită o mențiune aceea a norvegianului Carl Semb (1928).

În 1935 profesorul Alexandru Pop împreună cu prof. C. Angelescu au prezentat în fața celui de al VI-lea Congres Național de Chirurgie, ținut la București, între 15—19 Decembrie 1935, un raport asupra „chisturilor sânului“, care este o contribuție frumoasă la elucidarea problemelor numeroase — fie ele de ordin clinic, patogenic sau terapeutic — în legătură cu boala lui Reclus.

Etiologia.

Etiologia bolii e necunoscută. S'a căutat a se stabili legăturile bolii cu:

1. *Vârsta*. Boala apare în marea majoritate a cazurilor în plină perioadă genitală. Totuși în cazuri mai rare poate surveni atât înainte de pubertate, cât și în menopauză.

2. *Sexul*. Boala apare cu preferință la femei, totuși în literatura medicală sunt descrise cazuri ivite și la bărbați.

3. *Ereditatea*. Cercetările de până acum n'au putut stabili rolul eredității.

4. *Căsătoria*. Boala apare atât la femei măritate, cât și la virgine în procente variabile după diferite statistici. F'rapează însă un fapt stabilit în fiecare statistică: că bolnavele în 59% a cazurilor n'au avut nici nașteri, nici sarcini. E un raport invers deci între funcționarea secretorică a sânilor și boala.

5. *Menstruația*. După statistica lui C. Semb numai 10% a bolnavelor au turburări de menstruație. Tot cu acelaș procent figurează și *traumatismul*.

6. *Frecvența* bolii față de celelalte maladii ale sânelui e foarte variabilă în statisticele diferiților cercetători. Totuși se pare că e mult mai frecventă decât cum se credea înainte. (35% după C. Semb.)

Anatomia patologică.

Macroscopia:

Glanda mamară atinsă e mai mare decât congenerul sănătos, de o consistență mărită față de o glandă normală. Nu aderă de piele și sfârcul nu e retractat. La secțiune scârțâie sub cuțit. Uneori leziunea e localizată, altădată cuprinde glanda întregă, des e chiar bilaterală. Deja cu ochiul se pot distinge chiste de diferite mărimi — dela o gămălie de ac până la o nucă verde, — cu un conținut de culoare și consistență variabilă. Forma lor e rotundă sau lunguiată. Delimitarea părții atinse de boală de restul sânelui este nesigură, nu se găsește nici capsulă și nici plan de clivaj. Conținutul e un lichid mai mult sau mai puțin subțire, de o culoare variabilă între alb-gălbui, verzui sau albastrui. Altădată cu ochiul liber nu se pot distinge formații chistice. Foarte rar — și mai ales pe peretele chistelor mai mari — apar formații nodulare papilomatoase. Uneori în vecinătatea chistelor se observă și alte feluri de leziuni asociate: fibro-adenom sau dilatația a canalelor galactofore la sfârc.

Microscopia:

Pe secțiunile microscopice leziunile pe care le constatăm sunt felurite. De obicei asistăm la procese diferite, cu caracter involutiv, proliferativ și metaplastic, interesând fiecare la rândul lui atât țesutul epitelial, cât și cel conjunctiv.

Procesele de involuție constau în umplerea lumenului conductelor cu celule descuamate, moarte, în alte părți dilatarea chistică a canalelor, căptușite de unul sau două rânduri de celule turtite. Uneori țesutul conjunctiv pericanalicular și periacinos e bogat în celule conjunctive, fibro-blaști, polinucleare și limfocite, fibrile puține, tot țesutul având caracter de țesut conjunctiv neformat. Altădată din contra țesutul conjunctiv intralobular are un caracter scleros, cu multe fibre, care au suferit degenerescența hialină. Grăsiimea a dispărut. Semne de inflamație nu se găsesc.

Procese metaplazice. În mod constant se observă prezența unor chiste, care sunt căptușite cu niște celule epiteliale puțin differentiate, care seamănă foarte mult cu celulele din acinii glandelor sudoripare și care din cauza afinității lor slabe față de eozină se colorează în roz palid — față de epiteliul lactic colorat în roz — roșu. Aceste celule au fost numite „celule epiteliale palide.“ Chistele cu celule palide sunt căptușite spre exterior cu celule mioepiteliale. Originea celulelor palide s'a discutat mult. Unii au susținut că ele reprezintă o întoarcere la un stadiu filogenetic mai vechi. — se știe că glanda mamară derivă din glandele sudoripare — alții au spus că e o dispoziție embrionară greșită. În fine alții observând forme de trecere între celulele palide și cele lactice, au emis teoria metaplaziei, admisă astăzi.

Se mai observă și o altă metaplazie sudorală în pereții unor chiste, anume: celule epiteliale, care seamănă pe secțiune cu un mozaic, amintind celulele anserine în odihnă. Alte chiste sunt căptușite cu niște celule înalte, bazofile, constituind o metaplazie galactoforă.

Țesutul conjunctiv în apropierea chistelor are o infiltrație limfo-plasmatică, fără ca să aibă un caracter de infiltrație de origine infecțioasă: dispoziție în manșoane perivasculare. Se mai observă unele celule mezenchimatose, socotite drept macrofage și celule xantomatoase cu rolul de a îngloba grăsimea locală.

Toate leziunile descrise se pot găsi într'un sân atins de boala lui Reclus. Preponderanța unuia sau altuia cu o eventuală leziune asociată supraadăugată — infecție, fibroadenom, papilom — face ca tabloul microscopic al bolii să fie așa de variabil dela caz la caz. Totuși prezența chistelor multiple, nedelimitarea precisă a leziunilor de părțile sănătoase, lipsa fenomenelor inflamatorii fac ca diagnosticul istologic să fie relativ ușor.

O problemă de înalt interes clinic este aceea a malignizării, a cancerizării boalei lui Reclus. Unii cercetători o socotesc ca o boală hotărât precanceroasă. În statisticele diferiților autori malignizarea e reprezentată cu 8—50% a cazurilor. Cancerul în boala lui Reclus poate apărea unicentric sau multicentric, cu sau fără mijlocirea unei treceri în neoplazie benignă. Momentul trecerii în cancer este cu nepu-

tintă a-l stabili. Totuși până când proliferarea epiteliului se face numai în interiorul acinilor și bazala nu se rupe, se admite că suntem în sfera unei tumori benigne. Dar nu se știe, dacă un sân chistic al cărui biopsie făcută azi arată numai leziuni benigne, nu va evolua mâine mai departe spre ruperea bazalei, spre invazie în vecinătate: spre malignizare.

De fapt celulele deaceia au străbătut bazala pentru că au fost deja maligne. deci acest hotar — de rupere a bazalei — între neformațiile benigne și maligne e stabilit în mod artificial.

Ceeace e sigur și totodată important de știut este, că boala lui Reclus oricând poate evolua în cancer. Astfel instituirea tratamentului în consecință se impune.

Patogenia.

3 teorii mai importante s'au emis asupra felului producerii bolii lui Reclus: teoria inflamatorie, neoplazică și hormonală.

Teoria inflamatorie. Posibilitatea, că la baza bolii lui Reclus e o infecție și o inflamație consecutivă este azi negată. Dovezile contra acestei teorii sunt multiple. Lipsa oricărui agent patogen în sâni, lipsa tabloului anatomo-patologic de inflamație, faptul că boala apare cu predilecție la femei care n'au alăptat, sunt tot atâtea dovezi, care pledează în contra acestei teorii.

Teoria neoplazică. Patogenia tumorilor în general este azi încă necunoscută, tot asemenea și boala lui Reclus va avea aceeași soartă dacă îi admitem această origine. Ori tabloul clinic și anatomo-patologic ne îndreptățește să presupunem acest lucru. Se discută încă, dacă proliferarea în mod primar atinge țesutul epitelial sau conjunctiv, sau amândouă în același timp. dacă boala e datorită unei disembrioplazii sudorale ori unei metaplazii în sensul diferentierii. Tot atâtea chestiuni, care chiar dacă s'ar rezolvi tot n'ar ajuta la explicarea patogeniei bolii.

Teoria hormonală. În ultimele decenii endocrinologia a luat un avânt ne mai văzut. Tratamente hormonale s'a încercat în afecțiuni care n'au nici un fel de legătură cu sistemul endocrin. E natural că patogenia unei boli — care lovește o glandă cu funcțiuni comandate de sistemul endocrin — s'a căutat a se explica prin disfuncție endocrină. S'a emis teoria unei involuții hormonale prin insuficiență ovariană, apoi unei hiperfuncții ovariene. Relativ la această din urmă sunt interesante cercetările lui Desmaret (publicate într'un articol în „Presse Medicale“ No. 42 din Mai 1937). El susține că a obținut rezultate bune în cazurile de boala lui Reclus asociate cu o hiperfoliculinemie prin administrare de hormon genital mascul. (Vezi la capitolul tratamentului.)

Simptomatologia clinică.

Semne subiective:

Durerile sunt foarte inconstante și variabile. Unele bolnave nu semnaleză decât o ușoară sensibilitate sau senzație de tensiune, altele acuză dureri pronunțate cu caracter lancinant, care iradiază în umăr, gât, braț.

Mărirea sânilor cu epoci de mărire și micșorare, uneori având, alteori neavând nici o legătură cu epocile catameniale, o constată însăși bolnavele. Variabilitatea mărimii tumorilor sau tumoretelor de pe o zi pe alta este un semn important pentru diagnostic.

Semne obiective:

1. La inspecție des nu constatăm nimic deosebit, uneori unul din sâni e ceva mai mare și are venectazii vizibile. Excepțional numai vedem sfârcul retractat (printr'un proces de scleroză din jur).

2. La palpație — fie după metoda lui Velpeau rostogolind sânul între podul palmei și peretele costal — fie prin alte procedee, constatăm: prezența a o mulțime de nodozități mici care alunecă unele deasupra altora (dând senzația unui sac cu alice) sau nodozități mici, între care palpăm tumorete ceva mai mari, uneori fluctuente, alteori tari. Tumoretele nu aderă nici de piele, nici de planurile profunde, nici unele de altele. În alte cazuri găsim nodozități numai într'o regiune anumită, foarte des în cadranul superoextern sau simțim un singur chist sub tensiune și bine delimitat de vecinătate (eventualitate rară).

3. Puncția exploratoare nu mai are importanța care s'a susținut mai de mult că o are. S'a considerat ca patognomic pentru boala lui Reclus prezența unui lichid alb gălbui iar pentru cancer și papilom a unui lichid hemoragic. De fapt extrăgând un lichid alb gălbui nu putem ști dacă în vecinătatea chistului puncționat un chist vecin nu prezintă oare o cancerizare.

4. Scurgeri patologice din sân. În boala lui Reclus deși nu prea frecvent se întâmplă că din sfârc se scurge o serozitate, sau chiar sânge. Scurgerea de sânge trebuie să ne facă să ne gândim la posibilitatea coexistenței unui papilom sau a unui carcinom și să ne decidem la o biopsie pentru stabilirea exactă a diagnosticului.

5. Ganglionii din axilă numai în mod excepțional sunt măriți, de aceea în aceste cazuri să bănuim o infecție supraadăugată sau cancer.

6. Bilateralitatea leziunilor s'a invocat ca un semn patognomic. De fapt sunt multe cazuri unilaterale. În caz de bilateralitate boala poate să apară în acelaș timp sau la un interval mai mic sau mai mare de timp. De aci rezultă importanța examinărilor ulterioare după o operație efectuată în boala lui Reclus.

Diagnosticul.

Diagnosticul se bazează pe antecedente, pe semnele clinice descrise, pe punctia exploratoare, pe transluminatia sânilor, pe radiografie și pe biopsie.

Transluminatia cu un bec special care nu dezvoltă prea mare căldură dă rezultate în cazurile de sâni subțiri și turțiți. Are importanță numai dacă rezultatul obținut îl confruntăm cu cel obținut prin celelalte procedee. Ne ajută la stabilirea diagnosticului diferențial cu un hematon, o tumoră solidă și un papilom.

Radiografierea sânilor cere o tehnică specială și mai ales o experiență mare în ceea ce privește interpretarea clișeeilor. Prezintă interes pentru diferențierea diagnostică dintre cancer și maladiile benigne ale sânelui.

Diagnosticul diferențial.

Nu insist asupra diagnosticului diferențial cu afecțiunile costale, ale mușchilor pectorali, ale pielii și țesutului celular subcutanat (chist sebaceu, lipom, aterom etc.) care este lesne de stabilit.

Interes mai mare prezintă diagnosticul diferențial cu afecțiunile proprii ale sânelui, traumatice, inflamatorii și tumorale.

Dintre cele traumatice: *hematomul* la un timp carecare după traumatismul suferit ar putea fi luat drept un chist. Antecedentele, relevând traumatismul, prezența unei singure nodozități, transluminarea sânelui și eventual punctia exploratoare ne dau diagnosticul.

Dintre leziunile inflamatorii diagnosticul diferențial se impune cu:

a) *Mastita cronică* (mazoplazia sau împietrirea sânelor, a francezilor). Câteodată el devine dificil, totuși se poate face prin transluminarea sânelor, bilateralitatea constantă a mastitei cronice și prezența durerilor mai puternice ca în boala lui Reclus.

b) *Sifilisul gomos*, în unele cazuri (gome multiple care nu au ajuns încă la fistulizare) poate forma obiectul discuției. Antecedentele, reacția Bordet-Wassermann și tratamentul de probă elucidează diagnosticul.

c) *Tuberculoza sânelor* e unilaterală, asociată cu adenopatie, uneori fistulizată și aproape constant se asociază cu alte focare tbc. în plămâni sau în organe.

d) *Actinomicoza sânelor* e foarte rară, dă fistule cutanate multiple, puroiu caracteristic.

Dintre tumori:

a) *Fibro-adenomul chistic*, mai ales cel cu mai mulți noduli degenerați chistic, dă greutatea de neînvinș în diag-

nosticul diferențial clinic. Biopsia singură e în măsură a stabili diagnosticul exact.

b) *Chistele solitare*, limfangiomul, hemangiomul, chistul hidatic și galactocelul se diferențiază ușor prin puncție exploratoare și prin faptul că aceste leziuni sunt unice și bine delimitate.

c) *Chisto-sarcomul și chisto-epiteliomul* se diferențiază prin mersul rapid, adenopatia ganglionară (în cel epitelial), prin mărirea foarte accentuată a sânului și prin biopsie.

d) Diagnosticul diferențial cu *epiteliomul* este cel mai important de stabilit. Într'o perioadă înaintată epiteliomul prezintă semne sigure ca: retractia sfârcului, piele în „coajă de portocală”, mersul rapid, tendința la invadare, adenopatia; dar când leziunea se găsește la începutul dezvoltării numai biopsia ne poate furniza diagnosticul.

Formele clinice.

Afară de forma oarecum clasică descrisă mai sus, se descriu încă câteva forme clinice.

1. *Mamita cronică nodoasă și scleroza difuză a sânului* se arată des ca începutul unei boli a lui Reclus.

2. *Mastita cronică chistică* a sânilor bărbătești nu este altceva decât o boală a lui Reclus, care însă nu ajunge să dea leziuni așa de întinse ca în sânii femeiești.

3. *Boala lui Reclus întovărășită de fibro-adenome* este o asociație între cele două afecțiuni. Până acum nu s'a putut dovedi trecerea uneia în cealaltă.

4. *Boala lui Reclus însoțită de sarcom* survine rar, dar existența acestei asociații a fost totuși neîndoios dovedită. Nici pentru această formă nu s'a putut dovedi în mod istologic trecerea leziunilor de boală chistică în sarcom.

5. *Boala lui Reclus cu degenerare carcinomatoasă*. Este forma clinică care prezintă cel mai mare interes dintre toate formele descrise. Posibilitatea trecerii epiteliului care formează chistele bolii lui Reclus în celule canceroase a fost dovedită. Ba unii sunt de părere, că boala lui Reclus e „pre-canceroasă”, deci în toate cazurile degenerază malign. Aceasta din urmă afirmație pare a fi exagerată, totuși mai toți clinicienii sunt azi de părere, că o bolnavă prezentând boala lui Reclus și neoperată pentru un motiv sau altul trebuie cât mai des revăzută, chiar pentru a diagnostica cât mai precoce o malignizare începândă și a interveni imediat printr'o operație radicală.

Prognosticul.

Prognosticul trebuie privit din mai multe puncte de vedere.

Prognosticul quo ad vitam este bun cât timp nu intervine o malignizare.

Prognosticul quo ad sanationem este destul de infaust, boala nu se vindecă dela sine și nici prin procedee medicale

Prognosticul estetic și funcțional este întunecat mai ales la femei tinere. Boala are tendință de generalizare asupra întregii glande și de bilaterizare. amputația unuia sau ambilor sâni de multe ori fiind inevitabilă.

Tratamentul.

Mai multe tratamente se recomandă în boala lui Reclus.

1. Tratamentul expectativ cu recomandarea purtării unor suspensoare de sâni, eventual asociată cu administrarea de tonice și de iodură de potasiu — a fost recomandat de unii. Acest tratament are desavantajul, că nu face să dispară leziunile și nici durerile sau scurgerea din sfârc nu o ameliorează.

2. Intervenții chirurgicale.

a) Ablatia chistelor se poate recomanda în cazurile incipiente, localizate. Are avantajul de a nu fi o intervenție mutilantă și astfel este mai lesne acceptată de bolnave, des-avantajul este că nu previne recidivele în vecinătate.

b) Amputația sânelui cu păstrarea sfârcului se recomandă în cazurile înaintate, când boala interesează mai toată glanda și la bolnavele trecute de 40 de ani, chiar cu leziuni incipiente, — căci la această vârstă crește pericolul cancerizării. In caz de glande voluminoase această operație trebuie asociată cu un procedeu de plasticie pentru a înlătura coborîrea sfârcului și perzistența unui sac de piele, care constituie un spațiu mort și este și neestetic.

c) Amputația sânelui cu ridicarea pectoralilor și golirea axilei se face numai în caz de epiteliom confirmat.

Rezultatele postoperatorii ale diferiților autori arată recidive benigne în 10—45%, atingerea celuilalt sîn în 6—23%, iar malignizarea în 0,9—5% într'un timp de supraviețuire postoperatorie între 6 și 10 ani.

3. Tratamentul fizioterapic.

Încă nu s'a publicat nici un caz tratat cu Roentgen. Încercarea acestui fel de tratament ar fi interesantă, căci în caz de reușită acest procedeu ar da un rezultat estetic superior intervențiilor chirurgicale.

4. Tratamentul hormonal.

Bazat de constatarea unui număr anumit de cazuri, care evoluiază din punct de vedere hormonal cu o hiperfoliculinemie (100—200 unit. șoarece în urina de 48 ore), Desmaret a încercat un tratament cu acetat de testosterol (ca un antagonist al foliculinei). Aceste cazuri evoluiază cu o congestie pronunțată și foarte dureroasă a sânelor în cele 10—12 zile care preced menstruația. In aceste cazuri tratamentul

cu testosterol dă rezultate bune în sensul dispariției durerilor și congestiilor. Glanda diminuează în volum și în cazuri recente des și chistele se micșorează. Totuși în cazurile vechi de câțiva ani și mai ales în cele care nu evoluiază cu congestii dureroase și hiperfoliculinemie acest tratament nu dă rezultat. Deci tratamentul hormonal cu testosterol este oarecum simptomatic, care nu face să dispară chistele și și mai puțin să modifice tendința de a forma noi chiste, totuși la femei tinere unde — cât se poate — e bine să evităm amputația sânilor și în cazuri recente, se poate încerca.

Observații clinice.

Observația nr. 1. L. F. Femeie în vârstă de 38 ani, măritată. Reguli neturburate, 3 nașteri și 5 avorturi. Este bolnavă de 5—6 luni când a băgat de seamă că în sânul din dreapta crește un nod tare, nedureros nici dela sine, nici prin atingere. Cu încetul a ajuns la mărimea unui ou de găscă. Examinarea clinică pune în lumină un sân drept mare cât un cap de om, suprafața lui este cu vinele dilatate, iar sfârscul retractat. Palparea arată prezența unei tumori mai mari decât pumnul, puțin lipită de straturile din adâncime. Se simte o ușoară fluctuență. Ganglionii din axilă sunt măriți. Se face operația Halstead.

Macroscopic sânul este mult mărit și cuprinde un strat gros de grăsime. La secțiune găsim o cavitate neregulată ce are un perete gros de $3\frac{1}{2}$ cm., care se pierde către subțioară într-o tumoră mare cât un pumn de copil. Neregulată și de culoare cenușie, ea pătrunde în mușchi. Ganglionii limfatici sunt de mărimea alunelor.

Examinarea isto-patologică (făcută de dl. profesor Titu Vasiliu) arată că din păreți țesutul conjunctiv este sărac în celule și cuprinde infiltrații celulare difuze și în jurul vaselor. Epiteliile sunt prezente fie ca grupuri de acini normali, fie sub aspectul unor mici chiste căptușite cu celule înalte fără vegetații intracanaliculare. Pe scurt, imaginea clasică a unui adenom chistic. În stroma conjunctivă pe alocuri se văd îngrămădiri de celule mici cu însușiri epiteliale, ele nu par a fi în legătură cu glandele și lasă a se bănuși astfel o degenerare. Ea se arată neîndoielnică în masa tumorală: celule epiteliale, cu citoplasma clară și nucleu voluminos, au rupt membrana bazală pentru a năvăli în țesutul conjunctiv și muscular. Origina lor glandulară nu poate fi stabilită. Doar ici și colo se văd unele formații epiteliale circulare. Ganglionii limfatici sunt schimbați în mase epiteliale compacte. Ele cuprind celule cubice în plină înmulțire cariochi- netică.

Observația nr. 2.

D-ra M. L. de 23 ani, fără trecut patologic încărcat, period normal dela 13 ani, observă acum două săptămâni o

tumoră cât o nucă în sânul drept, nedureroasă. La examinarea clinică sânul drept cuprinde tumora descrisă în sfertul infero-extern, iar în rest o mulțime de nodozități de măsurile boabelor de mazăre, tari și alunecând unele asupra celorlalte. Sânul stâng este și el plin de asemenea noduri, fără ca vreunul să fi crescut mai mare. Diagnosticul clinic: boala chistică a sânilor.

Biopsia sânelui drept arată un chist de mărimea unui ou de vrabie și în jur chiste mici cu lichid limpede. Microscopia arată alterațiile clasice ale boalei lui Reclus. Lobulii glandulari abia se mai văd, înăbușiți de scleroza conjunctivă. Unii sunt însă hipertrofici cu metaplazii mio-epiteliale. Chistele se află mai ales în stare de metaplazie galactoforă, rar hidrosadenoidă.

Observația nr. 3.

M. C. femeie în vârstă de 51 ani, casnică, căsătorită.

Examenul clinic arată o boală chistică clasică. La examenul microscopic al piesei extirpate, se constată o tumoră de mărimea unui pumn de copil, formată dintr'un țesut fibro-scleros. În centrul acestei tumori se găsește o formație chistică de mărimea unui ou de porumbel, iar în jur o mulțime de chiste mici dela mărimea unei alune până la boabele de mazăre.

În interiorul chistelor se găsește un lichid galben ca lămâia, ușor turbure. Păreții chistelor sunt formați dintr'o membrană albicioasă și netedă. Examenul microscopic (făcut de dl. profesor Titu Vasiliu) arată: Secțiunile din năretele chistului mare cuprind la marginea lui un țesut fibro-scleros cu focare nodulare de inflamație cronică, abundent infiltrate cu celule limfocitare și rare celule plasmatice. Se observă încă microchiste provenite din dilatarea canalelor glandulare, al căror epiteliu este turtit.

Observația nr. 4.

P. A. femeie în vârstă de 46 ani, căsătorită, casnică. Clinic: boala lui Reclus. Examenul microscopic: Piesa obținută prin amputarea sânelui arată, că glanda își păstrează pe alocurea aspectul normal, iar în centru este transformată într'o masă tumorală formată dintr'un țesut, scleros, care cuprinde o serie întreagă de chiste. La marginea tumorii chistele sunt mici și grupate sub formă de ciorchină în jurul unui chist mare, central, plin cu lichid serocitrin. Păreții chistelor sunt netezi.

Examenul microscopic: în secțiunile făcute se văd acini glandulari înconjuțați cu fâșii de țesut conjunctiv, pe alocurea se văd chiste formate dintr'un părete cu înveliș epitelial. Aceste cavități sunt așezate în grupe, dimensiunile lor fiind felurite. Între ele se vede o infiltrație limfocitară și o densificare a țesutului conjunctiv.

Concluzii.

1. Boala lui Reclus este o entitate morbidă atât din punct de vedere clinic cât și anatomo-patologic.
2. Importanța ei este numai recent recunoscută.
3. Frecvența față de celelalte maladii ale sânului este relativ mare. (35% după C. Semb.)
4. Etiologia este necunoscută.
5. În patogenie azi se admite teoria neoplazică.
6. Ii corespunde un tablou istologic bine definit.
7. Boala poate să degenereze în epiteliom.
8. Diagnosticul bolii se face din antecedente, semnele subiective, obiective, puncție exploratoare, transluminația sânilor, biopsie și eventual radiografie.
9. Diagnosticul diferențial cel mai important este cel cu epiteliomul.
10. Prognosticul *quo ad vitam* este bun, cel funcțional și estetic e rău.
11. Tratamentul eficace este cel chirurgical, iar felul operației este dictat de felul și întinderea leziunilor, cât și de vârsta bolnavelor.
12. Momentul cel mai important în tratamentul bolii este recunoașterea unui început de malignizare.

Văzută și bună de imprimat:

Decan,

ss. Dr. M. Sturza

Președintele tezei,

ss. Dr. Al. Pop

Bibliografie.

- Prof. C. Angelescu, prof. Al. Pop, Ștefan N. Popescu etc.:* Chisturile sânilor. Raport prez. în fața celui de al VI-lea Congres Național de chirurgie. București 1936.
- Aschoff:* Die Zysten. Erg. Path. 2. 515 (1895).
- Askanazy:* Die Zysten-Mamma (Morbus Reclus) und ihren latenten Zustand. Schweiz, med. Wschr. 1925. Nr. 45.
- Beneke:* Zur Histologie der fetalen Mamma und der gutartigen Mammatumoren, Festschrift für Orth, 1903.
- Bérard:* Diagnostic différentiel des tumeurs du sein. Paris 1842.
- Berger:* Maladie kystique de la mamelle. Presse méd. 1898. No. 101.
- Bertels:* Über die Mastitis chronica (cystica) und ihren Übergang in Karzinom. Dtsch. Z. Chir. 124. 9. 1913.
- Bloodgood:* Importance of early recognition and operative treatment of malignant tumors. Amer. Med. Assoc. 6. Aug. 1904, 367; 47, Nr. 18, 1470, 3. Nov. 1906.
- Bowlby:* Cases illustrating the clinic course and structure of duct cancer or villous carcinomata of the breast. St. Barth. Hop. Rep. 1888.
- Buday:* Proliferierendes Adenokystom der Mamma mit Flimmer-epithelien. Virchows. Arch. 156, 395 (1899).
- Cheattle Lenthal G. Sir and Max Cutler:* Tumours of the breast 1931.
- Collis:* On the diagnosis and treatment of Cancer. London 1864.
- Cooper Astley:* Illustrations of the diseases of the breast. London 1828.
- Cornil et Marie:* Epithélioma papillaire du sein. Bull. Soc. Anat. Paris. 1898. Nr. 14.
- Delbel:* Maladie kystique et mastite chronique. Bull. Soc. Anat. Paris 1893.
- Dietrich:* Rückbildungsvorgänge, Fibromatose und Krebs der Brustdrüse. Dtsch. Z. Chir. 195. 145 (1926).
- Dietrich u. Frangenheim:* Die Erkrankungen der Brustdrüse. Neue dtsh. Chir. 35. Stuttgart 1926.
- Dor:* Maladie kystique du sein Rev. de Chir. 1899. 571.
- Erdheim:* Über die klinische Bedeutung und die pathologische Grundlage der sog. „blutenden Mamma“. (Pathologische Sekretion aus der Brustwarze.) Arch. klin. Chir. 139. H. 2/3 366 (1926).
- Klose:* Soll die blutende Mamma konservativ oder operativ behandelt werden? Zbl. Chir. 1926. Nr. 43. 1927. Nr. 3, 131.
- Gauthier:* Maladie kystique de la mamelle. Semaine méd. 1895. 56.

- Greenough**, and. **Simmons**: Papillary—Cystadenomata of the breast. *Ann. Surg.* 45. Nr. 2. 188 (1907, Febr.).
- Haeckel**: Beiträge zur Kenntnis der Brustdrüsengeschwülste. *Arch. klin. Chir.* 47, 274. (1894).
- Hahn**: Die zystische Mamma und ihre Vorstufen bei jungen Frauen. *Virchows Arch.* 262 (1926).
- Hellwig**: Die chirurgische Indikationen bei chronischer zystischer Mastitis. *Arch. klin. Chir.* 159, 763 (1930).
- Keibel**: Zwei Fälle von Cystadenoma mammae. *Berl. klin. Wsch.* 47, 30 (1904).
- Klotz**: Über einige seltenere Erkrankungen der weiblichen Brustdrüse. *Arch. f. Chir.* 25. (1880).
- König**: Mastitis chronica cystica *Zbl. Chir.* 1893. Nr. 3, 49.
- Konjetzny**: Zystische Entartung und Fibromatose der Mamma, *Med. klin.* 1921, 180.
- Kowalzig**: Über Xanthomzellenbefunde bei Fibromatosis mammae, *Inaug. Diss. Kiel.* 1923/24.
- Krompecher**: Über Schweissdrüsenzysten der Brustdrüse und deren Krebse. *Verh. dtsch. path. Ges. Leipzig* 1909, 16. Tagg. Marburg 1913. 365.
- Kudji**: Zur Pathologie der menschlichen Brustdrüse Stuttgart 1921.
- Krückens**: Über die Entwicklung fibroepithelialer Geschwülste bei Fibrosis mammae. *Ärztl. Ver. Marbourg.* 20. Juli 1927. *Münch. med. Wschr.* 1927. Nr. 40, 1734.
- Landau**: Über einige Anomalien der Brustdrüsensekretion. *Dtsch. med. Wschr.* 1890. Nr. 16. 33.
- Leser**: Beiträge zur pathologischen Anatomie der Geschwülste der Brustdrüsen. *Beitr. path. Anat.* 2. (1888).
- Loeschecke**: Untersuchungen über die Zystenmamma, *Verh. dtsch. path. Ges.* 25. Tagg, Berlin 1930, 310.
- Lukowsky**: Über die diffuse Fibromatose der Mamma und ihren Übergang in Karzinom. *Dtsch. Z. Chir.* 167, 81 (1921).
- Marchand**: Diffuse Fibromatose der Mamma eines 12 jähriges Mädchens. *Münch. med. Wschr.* 1916, 396.
- Masson**: Le role des inflammations dans histogenése de la maladie kystique. *Ann. Gynec. et Obstrétr.* 41. (1913).
- Moszkowicz**: Neuer Ausschauungen über die Erkrankungen der Brustdrüsen, *Wien. klin. Wschr.* 1927. Nr. 43. 1362.
- Phocas**: Contribution á l'étude clinique des rapports entre certaines inflammations et tumeurs du sein. *Thése de Paris.* 1886.
- Pribram**: Die polyzystische Brustdrüsendegeneration und die Entstehung der Karzinome. *Dtsch. med. Wschr.* 1919. Nr. 39.
- Reclus**: Maladie kystique des mamelles. *Rev. de Chir.* 1883. 761.
- Reinecke**: Nachuntersuchungen über die klinischen Ergebnisse der in den Jahren 1915 bis 1928 diagnostizierten Mammatumoren. *Zbl. Gynäk.* 1931, Nr. 4. 213.
- Roloff**: Über chronische Mastitis und das sog. Zystadenom. *Dtsch. Z. Chir.* 54. 106. (1900.)

- Saar:** Über Zystadenoma mammae und Mastitis chronica cystica. Arch. klin. Chir. 84, 223 (1907).
- Sasse:** Über Zysten und cystische Tumoren der Mamma. Arch. klin. Chir. 54, 1 (1897).
- Schimmelbusch:** Verh. dtseh. Ges. Chir. 1890.
- Schultz:** A.: Hdb. der mikr. Anat. des Menschen, Mölendorff, 1927.
- Semb:** Pathologico-anatomical and clinical investigations of fibroadenomatosis cystica mammae, and its relation to other pathological conditions in the mamma especially cancer. Acta chir. scand. (Stockh.) 64. Suppl., 10 (1928).
- Tietze:** Über das Cystadenoma mammae und seine Beziehungen zum Karzinom der Brustdrüse, Dtsch. Z. Chir. 56, 512 (1900.)
- Todyo:** Über die zystische Entartung der Brustdrüse. Arch. klin. Chir. 104. (1914).
- Ungerw:** Ein Fall von Zystadenom der Mamma beim Manne. Virchaws. Arch. 164. 550. (1901.)
- Velpeau:** Traité des maladies du sein. Paris 1854.

