

Clinica radiologică (cond.: conf. Krepsz Iván) și Clinica dermatologică
(cond.: prof. Ujváry Imre) ale I.M.F. din Tg. Mureș

CITEVA PROBLEME PRIVIND DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL MELANOMELOR*)

Krepsz Iván, Ujváry Imre

Studiind literatura ultimilor ani constatăm tendințe pentru revizuirea tratamentului melanomelor. Părerea asupra radiorezistenței melanomelor s-a schimbat în sensul, că cele mai bune rezultate le dă chiar radioterapia părăsită. Noile păreri și rezultatele bune ale terapiei ne îndeamnă să aruncăm o privire retrospectivă asupra materialului ultimilor 10 ani. Noi credem că prin lichidarea greșelilor și pentru formarea unei atitudini terapeutice juste trebuie să discutăm în primul rind aspectul care îl interesează pe medicul practician. În general dezvoltarea lentă și slaba tendință de metastazare în ganglionii regionali, precum și mai slaba tendință de metastazare a cancerului cutanat în organele îndepărtate, a făcut ca această tumoră deși malignă să fie considerată relativ benignă. Posibilitatea depistării lor precoce și cunoașterea leziunilor cutanate precanceroase favorizează instituirea la timp a tratamentului adecvat și completa vindecare, probate prin statistici elocvente. Recidivele foarte rare, după trecerea alor 5 ani de supraveghere, arată de asemenea o situație favorabilă. O comportare tocmai contrară o are melanomul malign dezvoltat în piele, care odată apărut — de obicei din nev pigmentar — printr-o evoluție explozivă formează metastaze în jur în căile limfatice, invadează intens ganglionii regionali, iar pe cale sanguină cuprinde întreg organismul și nu este organ în care să nu fie cuibărit, din care și peste 20 de ani se poate reînoi. Aceasta este cauza, că față de mortalitatea relativ redusă a epiteliomelor, melanomele maligne metastatice au un prognostic cu totul infaust.

Melanomul s-a format din celule generatoare de pigment. Pe baza cercetărilor lui *Miescher*, *Borcea* (1909) și *Harrison* (1910) se consideră că formarea de pigment nu este o proprietate generală a celulelor, ci genetic este legată de un anumit fel de celule. La om celulele pigmentogene se găsesc în epiteliu, în bulbul pilos — incubate în stratul bazal — în mucoasa bucală, în corpul cililar, în coroidă, în stratul pigmentar al retinei și uneori în meninge.

Ca și toate celulele și cele pigmentogene se pot spori tumoral. Proliferarea lor benignă este nevusul pigmentar (n.p.) mai bine zis melano-nevus, cea malignă este melanomul malign (m.m.) (*Miescher*). De aceea nu avem voie să facem o distincție categorică între melanomul malign dezvoltat din n.p. și între melanomul malign care se formează în pielea anevică, deoarece celulele lor

*) Lucrare prezentată la S. Ș. M. filiala Tg. Mureș în 26 iunie 1957.

mame le întâlnim și în pielea normală (*Kalkoff*). În ce privește structura histologică a n.p. după împărțirea lui *Traube* deosebit: intraepiteliali, intradermali și nevi de graniță care sînt conglomerate de melanocite la hotarul dintre epiderm și derm. Din acești nevi activi de graniță se separă celule nevice și după *Unna* ele se picură în derm, întii în fascicule, mai tirziu infiltrază difuz spațiile interstițiale răspindindu-se. Aceștia sînt nevi complecși. Nevii intraepidermici de regulă regresează. Nevusul cutanat este de obicei un nev stabilizat (*Kalkoff*). Evident că m.m. se dezvoltă din n.p. activ care are potențial malign, și nu din cel stabilizat lipsit de acest potențial. Din punct de vedere clinic nevusul activ nu-l putem deosebi de cel stabilizat. N.p. activ îl găsim în deosebi în vîrsta copilăriei, toțuși cazurile de m.m. sînt rare în această vîrstă. Degenerarea nevilor după *Kalkoff* este împiedicată de existența anumitor factori inhibitori. Dacă la adulți întâlnim n.p. activi la vîrsta cînd evoluția lor normală a încetat și factorii inhibitori nu mai influențează, pericolul degenerării lor maligne crește.

Unii autori numesc n.p. intraepitelial, lentigo. Nevul intradermic este așa zisul nev albastru și pata mongolică care există la multe animale, și de regulă la meacus. *El Bahravi* (1922) a demonstrat la om pata mongolică în a 4—5-a lună fetală în regiunea sacrală, care în vîrstă mai înaintată dispăre. Clasificarea aceasta este oarecum relativă deoarece locul și repartiția celulelor nevice și a pigmentului chiar în preparatele microscopice în serie, ale aceluiași nev, își schimbă locul.

(Pe lângă nevi pigmentari și nevi albaștri clasici sînt și forme de trecere.)

Autorii (*Paterson, Miescher, Kalkoff, Sommer, Ackermann, Rode* etc.) folosesc denumirea de melano-malignom pentru proliferarea malignă a celulelor pigmentogene în locul denumirii vechi de melano-sarcom folosită în deosebi de anatomo-patologi, clasificare făcută pe baza asemănării structurale cu celulele de origine epitelială și conjunctivă.

Tabloul histologic al m.m. este compus din celule fuziforme, poliedrice sau dendritice, cu conținut neobișnuit de mare de pigment, putînd fi una lângă altă și părți lipsite de pigment. Lipsa completă a pigmentului în special pe extremități a așa ziselor m.m. amelanotice pot să dea naștere la diagnostice greșite. Celulele polimorfe în cursul degenerării lor maligne, din conglomerate în formă de cuib se schimbă în forme alveolare sau fasciculate și se stabilesc în grupe disociate, separate de fascicule conjunctive. Din punct de vedere practic este foarte importantă relația între celulele tumorale și vase. Între celulele tumorale sînt intercalate numai capilare, în general dilatate cu un endoteliu foarte fin, celulele tumorale aproape că formează peretele capilarelor prin aceea că aderă direct de endoteliu. Relațiile strînse între celulele tumorale și peretele capilar determină una din proprietățile maligne ale tumorii, proprietatea invazivă. Pe de altă parte prin intermediul slabei coerențe a formațiilor de celule, chiar simple traumatisme mecanice pot face să pătrundă grupa de celule în căile limfatice sau sanguine și fiind organotrope universale (*Miescher*), pot să dea metastaze regionale sau la distanță în orice organ. În același timp experiența clinică ne arată că metastazele pot rămîne latente de la 5 la 24 de ani pentru ca pe neașteptate să se reactiveze, situație care determină ca criteriul vindecării să rămînă foarte relativ.

Care să fie conduita în cazurile n.p.?

Dacă din punct de vedere cosmetic nu deranjează și nu sînt supuși excitațiilor externe, după părerea noastră nu trebuie să ne atingem de ei, iar în caz contrar nu trebuie să ne ferim de a-i exciza dar numai prin electrotomie. Îndepărtarea lor în timpul prepubertar este socotită ca cea mai puțin periculoasă deoarece tendința spre malignizare, și prin aceasta eventualitatea că am îndepărtat un m.m. este minimă. Este consult ca nevul în creștere, în jurul căruia începe a se forma o areolă pigmentară brună, înainte de îndepărtare să-l lînem sub observație cîteva săptămîni, ca nu cumva să apară vreun semn de malign-

nizare. Este suspect de malignizare dacă nevil în creștere, în parte sau în întregime, primește o colorație neagră și areola brună se înegrește, nevil se inflamează, se infiltrează, devine pruriginos, sensibil și singerind ușor, având suprafața erodată sau crustoasă. Malignizarea se poate aprecia mai greu dacă nevil învecinați sau la distanță manifestă tendința de creștere pe cale inductivă, știut fiind că la vârsta de 10—20 de ani nu numai că se formează nevi noi, dar și cei existenți pot să crească. Dacă aceștia fac o colorație neagră și li se adaugă și semne de inflamație trebuie să-i considerăm maligni. *Miescher, Allen și Spitz* (1953) au demonstrat că tumorile care se dezvoltă în apropierea m.m. adesea nu sînt metastaze ci nevi degenerați.

Constatăriile bazate pe observații probează că 50% a m.m. se formează din nevi pigmentari. Localizarea incipientă a m.m. este în proporție de 25% pe față și în 25% a cazurilor pe membrele inferioare. Este de remarcat că membrele inferioare sînt mai des interesate la malignizare decît cele superioare, deși pe membrele inferioare sînt mai puțini n.p. decît pe cele superioare. Se pune întrebarea dacă nu ar fi logică îndepărtarea profilactică a nevilor din locurile expuse, solicitată și de laici din motive cosmetice. Röntgenterapia nu vine în discuție căci nevil normal îngrămădește melanocite și ca atare este radiorezistent. Nu rămîne decît intervenția chirurgicală. În acest domeniu însă lucrările lui *Foppe și Frädrieh* ne atrag atenția că în locul extirpării a 27 de nevi benigni, confirmați histologic, s-au format m.m. care au dus la exitus. Autorii sînt de părere că îndepărtarea operatorie a nevilor a fost cauza m.m. din care motiv extirparea nevilor trebuie evitată. Citează pe *Hornberger, Knoll* cu 7 cazuri, *Kerin și Katzenstein* cu 10 cazuri de nevi a căror îndepărtare a influențat apariția m.m. Dacă aceasta este adevărat, atunci îndepărtarea n. p. de altfel inofensivă, este un procedeu lipsit de răspundere, spune *Kalkoff*, și chiar problema în sine trebuie supusă unei revizuirii bine studiate. S-a putut întimpla ca unii nevi în timpul extirpării să fi fost în stadiul de degenerare, apoi sînt cunoscute greutățile de diferențiere histopatologică între n.p. și m.m. Din nevil extirpați trebuie pregătite secțiuni în serie deoarece nevil poate fi malign pe o porțiune atît de mică încît scapă de sub examinare. Impotriva acestei ipoteze pledează faptul că n. p. la om sînt aproximativ 15—20, dintre care o parte în locuri expuse iritațiilor, iar altă parte au fost îndepărtați din motive cosmetice și raportîndu-ne la acest număr, frecvența degenerării maligne este minimă. După observațiile de 12 ani ale lui *McDonald*, media anuală a frecvenței m.m. este de 1,8 la 100.000. Oricît de mică este interdependența între operație și malignizare rămîne totuși posibilitatea provocației. Atîta timp cît materialul scrupulos adunat și verificat în clinice de specialitate, și observațiile preparatelor histologice nu ne dau relații hotărîtoare, noi ne menținem părerea după care nevil expus la iritații mecanice, în limita posibilităților să fie îndepărtați prin electrotomie, și excizia să fie urmată de examenul histologic cel mai minuțios.

25—30% a m.m. se formează dintr-o stare precancerasă. Modificarea se cheamă melanoză circumscrisă praecancerasă (*Dubreuilh*) și este o varietate întîrziată a n. p. Această leziune frecventă mai ales în vîrstă înaintată, prezintă două aspecte patognomonice; contururi neregulate și inomogenitate în tonalitatea colorației, de la brun închis la negru albaştrui alternînd cu porțiuni depigmentate. În proporție de 60—70% se pot întîlni la față, crește încet dar continuu, suprafața rămîndu-i netedă sau puțin verucoasă sau descuamativă. Tabloul histologic arată pe lingă un strat bazal bogat pigmentat și celule nevice cu multă melanină. *Miescher* în 37 de cazuri a dat 2.000 r Bucky-terapie de 4—5 ori la intervale de 3—4 zile și a semnalat rezultate ireproșabile din punct de vedere cosmetic. De asemenea și *Sanin*. După mulți ani de latență se pot dezvolta din ei m.m. În acest caz melanoza capătă în unele locuri circumscrise o culoare neagră albaştrui, crește tumoral, suprafața netedă se erodează ușor, se ulcerează, singerează, arcola devenind inflamată și pruriginosă.

Restul de 25% a m.m. se produc spontan. În acest caz porțiunea tegumen-

tară atinsă ia o culoare neagră albăstruie, proeminând și infiltrându-se fără a se extinde, spre deosebire de melanoza circumscrisă. Alteori se poate propaga excentric luind o formă de potcoavă.

M.m. se poate confunda cu basaliomul pigmentar sau cu rarul spinaliom pigmentar și cu veruca pigmentară senilă. Această din urmă se localizează mai ales pe spate, mai rar pe frunte sau temporal, de culoare cenușie brună, de consistență friabilă, se poate îndepărta prin grataj, fără tendințe de malignizare. Keratomul senil intră în discuție dacă manifestă o nuanță negricioasă în locul celei obișnuite de galben brun închis. El se dezvoltă în regiunile pielii supuse intemperțiilor, are suprafață aspră verucoasă și dacă se malignizează se transformă în carcinom spino-celular.

Granulomul pediculat de mărimea unui bob de linte — rar cît o nucă — de o culoare roșie închisă, sau de culoarea cărnii, cu suprafața erodată sau crustoasă se poate confunda cu m.m. exulcerat în urma traumatismelor mecanice continui (în talpă, la degetele picioarelor).

Toate aceste posibilități de diagnostic greșit dau ocazie la intervenții terapeutice (cauterizări, excochleații) cu sfârșit letal. Pentru înlăturarea greșelilor nu este indicată nici biopsia, căci experiențe triste ne învață că această intervenție din cauza pericolului metastazării, trebuie evitată. Cu toate că toți autorii sînt de aceeași părere, totuși întîlnim astfel de m.m. din care s-au făcut biopsii. Procedeu lui *Tzanck*: examenul citologic al materialului obținut prin grataj, ne pune pe gînduri intrucît nu se poate exclude cu certitudine — cunoscînd relațiile strînse dintre melanocite și vase — că intervenția poate provoca o invadare intravasală, pe care nici chiar imediată coagularea sau extirpare nu o poate împiedica. *Longhin* e de părere că se poate face biopsia dar fără întîrziere aceasta să fie urmată de diatermocoagulare. Uneori tabloul clinic și histologic este în contrast unul cu celălalt. *Adair* și *Perussia* chiar din acest motiv nu găsesc rațională străduința diagnosticului histologic.

Dacă avem nevoie de o confirmare histologică, este potrivit ca mai întîi să facem röntgenterapie și apoi restul tumoral să-l îndepărtăm (*Paterson, Miescher*). În urma acestui procedeu nocivitatea celulelor tumorale nu este așa de pronunțată ca să diminueze valoarea diagnosticului histopatologic, dar dacă diagnosticul clinic a fost greșit radiolezierea pielii nu este semnificativă. Melanuria este probabilă numai în metastazări extinse, rolul ei este mai curînd în aprecierea radicalității intervenției chirurgicale.

5—9% a tumorilor pielii sînt m.m., deci relativ rare (*Longhin, Hergarten H., Hergarten L.*). Vîrsta mijlocie este de 40—55 de ani. În materialul nostru (15 cazuri) cel mai tînăr era de 28 de ani, și cel mai bătrîn de 73 de ani. Repartizarea cazurilor după sex 1 : 1 (*Hellriegel, Cholnoky*), la noi 9 femei la 6 bărbați. Jumătatea localizărilor este pe față și cealaltă jumătate se împarte între membrele inferioare și trunchi.

În cazurile noastre, traumatismul ca factor declanșator a figurat în 20% din cazuri (tăierea cu briciul, intervenție terapeutică, lovitură, frecarea hainelor, scărpinare etc.).

În terapia m.m. numai acea metodă se ia în considerare care este capabilă să îndepărteze tumora din țesutul sănătos fără traumatismele cele mai reduse. Astfel de procedee sînt ablația chirurgicală radicală și radioterapia. *Degos* consideră o gravă greșală medicală excizia chirurgicală, criocauterizarea caustică, fie chimică, termică, galvanică și recomandă electrocoagulația.

Ablația chirurgicală radicală este preferată în special de autorii americani, care dau statistici pe o durată de 5 ani fără recidive în 35% (*Stewart, Hay Vasco*), în 38% (*Ackerman*), în 21,4% (*Pack, Gerber, Scharnagel*), în 28% (*Hull, Philipps, Whits*), în 68,3% (*Allen, Spitz*). Autorii săvîrșesc îndepărtarea tumorii primordiale deodată cu căile limfactice, cu ganglionii regionali și cu mușchii cu fascie cu tot într-un singur bloc (block-disectio) deoarece după ceretările lui *Pack* 50%, și după *Longhin* 20% din ganglionii clinic normali au

dat metastaze. *Longhin* a obținut rezultate bune cu acul de diatermie, izolind periferia și apoi coagulind larg tumora în țesutul normal. Terapia *Chaoul* corespunde de asemenea cerințelor de mai sus, căci distruge tumora în țesutul normal fără să traumatizeze. Rezultatele sînt însă compromise de metastazările în ganglionii limfatici regionali. Din așa zisele tumori de tip I. (tumori primare fără metastaze ganglionare) *Chaoul* și *Greineder* în anul 1936 pentru prima dată prezintă 14 bolnavi din care 13 cu însănătoșire primară, pusă lață în față cu cele 10% cazuri de reușită după 5 ani, prin metoda electrocoagulației. Autorii constată că electrocoagularea distruge dintr-o dată celulele tumorale și împiedică invazia lor în vase, totuși nu este o metodă îndestulătoare deoarece prin ea de obicei se distruge o suprafață mai mult largă decît adîncă. Aceasta este cauza rezultatelor rele. În literatura mai recentă (*Hellriegel*) în proporție de 85,7%, (*Miescher*) 69,0%, (*Halter*) în proporție de 60%, (*Chaoul*) în 80% și (*Hergarten*) în 38,2% prezintă statistici de vindecări absolute, durind de 5 ani fără semne de recidive, obținute prin radioterapie. Fără îndoială că relațiile numerice mai mari, în parte se datorează și faptului, că s-a făcut radioterapie fără examen histologic ceea ce face diagnosticul inevitabil greșit, căci trebuie să ținem seama că au fost considerate ca rezultate bune și modificările cutanate de altă origine decît m.m. Rezultatele chirurgicale sînt mai convingătoare deoarece diagnosticul în toate cazurile a fost confirmat prin examen histopatologic. Astfel cele două procedee terapeutice nu se pot compara, totuși a căzut mult susținuta teză că m.m. este radiorezistent, în așa măsură în cît *Hellriegel* se pronunță pentru radioterapie ca procedeu de urmat, iar toate celelalte metode le consideră greșite.

Miescher A. constată că dintre bolnavii cu m.m. tip II. (metastaze în ganglionii regionali) iradiază toți au devenit asimptomatici. Cei operați numai în proporție de 21% au devenit asimptomatici. Rezultatele chirurgicale după 5 ani de observație arată: la *Ewing*: 25,4%, *Pack* tip I. 37,7%, tip II. 9,6%, *Ackerman*. 38,0%, *Wright*: din 222 de cazuri 28%, *Sylvén* coagulație+röntgentherapie la tip I. 48,3%, la tip II. 8%, *Hergarten* la tip I. 77,0% numai cu radioterapia, la tip II. 14% numai prin intervenție. *Hellriegel* numai radioterapie 50,0%, operație+radioterapie 17,4%.

Vedem deci că atît rezultatele chirurgicale cît și cele radiologice sînt de-a dreptul impresionante. Trebuie să luăm în considerare că adesea vin în instituțiile de specialitate cazuri foarte grele, cu localizări în care excizia în bloc este imposibilă. Promovarea unei îmbunătățiri în viitor nu trebuie așteptată numai din perfecționarea metodelor ci mai ales prin combaterea indiferenței bolnavilor, prin intensificarea educației sanitare, precum și prin înlăturarea atitudinilor terapeutice greșite. Intervențiile eroice (amputația membrilor, pelvectomia etc.) nu se bucură de o vastă răspîndire, deoarece eventualele metastaze latente din timpul intervenției pot compromite rezultatele scontate. Pe de altă parte beta-tronoterapia aplicată de *Becker* și *Weitzel* a dat rezultate incurajatoare. Avantajul metodei este că, folosind doze mari tumoricide (10.000—12.000 r) nu dăunează țesuturilor sănătoase. Extinderea metodei este împiedicată de numărul redus de țesuturi.

Primitivitatea tehnicii radioterapiei de la începutul secolului XX. a contribuit la formarea părerii despre radiorezistența m.m., susținută și astăzi din partea unora (*Paterson*, *Longhin*, *Ackerman*) figurind chiar și în manuale. Rezultatele lui *Chaoul* în 1936 aduc o întorsătură hotărîtoare în această problemă. De atunci metodele de brachioradioterapie cîștigă tot mai mult teren, rezultatele ei medii fiind identice cu rezultatele chirurgicale. Pentru obținerea unui succes, chiar cu prețul unor leziuni cutanate ireparabile, la început erau administrate doze mari pînă la 20.000—30.000 r) în fracțiuni de 400—500 r intercalînd după 12.000—15.000 r cîte o pauză, (*Barth*, *Verhagen*, *Chaoul*). Experiințe mai noi probează că reacțiile cutanate erozive arată limita aplicării iradiațiilor, evitînd astfel leziunile cutanate grave. Administrăm aproximativ cu 25% mai mult de cît în epitelomele cutanate, primele doze fiind mari (1.000 r) scăzînd progresiv

pină la 500 r, pentru ca distrugerea tumorii să fie cât mai timpurie, și prin aceasta să prevenim eventualele metastaze survenite în decursul iradiației.

Radiumterapia intrafocală este contraindicată, pentru că traumatizează țesutul tumoral. *Notter* prin strontiu⁹⁰ dă dintr-un număr de 35 de cazuri de m.m. epibulbar un procent de 43% vindecări după 5 ani și 28% după 10 ani. În iradiația cu raze beta pure este exclusă lezarea cristalinului care la Chaoul-terapie intervine la 14.000 r, iar la röntgentherapie profundă, la 1.850 r în decurs de 3 luni. *Netter* aplică această terapie la tumori plane circumscrise pe teritoriul conjunctivei bulbare și palpebrale prevenind astfel enucleația sau exenterația, care la rindul lor dau rezultate sigure. Procedul se mai aplică în cazurile de recidivă, de extirpații tumorale parțiale, precum și în cazurile de refuz de intervenție radicală. Aceiași autor constată excizia locală și coagulația superficială din cauza recidivelor frecvente. Într-un caz al lui *Schirren* enucleația executată, datorită unui m.m. coroidean, urmată de 13 ani asimptomatici, a survenit o generalizare bruscă.

Darea de seamă a lui *Müller—Miny* asupra alor 231 de cazuri, din 14 instituții de Röntgen- și radiumterapie arată că: din 147 de cazuri iradiate, 138 (93,0%) după 3 ani sînt în viață în timp ce din 84 de cazuri operate numai 2 au supraviețuit. În majoritatea cazurilor noastre m.m. își au originea în n.p. Bolnavii n-au observat mobilizarea nervului. Din 15 cazuri, 3 bolnavi s-au prezentat fără nici un tratament premergător, cu m.m. tip I. localizat pe penis și pielea spatelui. După tratament Chaoul (12.000—15.000 r) ei sînt în viață fără recidive timp de 1—2 ani. În 2 cazuri, din cauza melanomaligomului ocular s-a făcut enucleație urmată de röntgentherapie profilactică (m.m. de tip I.), ambele cazuri sînt în viață fără recidive, de 1—2 ani.

Din 11 cazuri operate în prealabil la 3 s-a efectuat electrotonia + röntgentherapie postoperativă, toți bolnavii trăiesc $\frac{1}{2}$ —1 an. Celelalte 7 cazuri la care s-a făcut biopsie prealabilă sau extirpație parțială, după luni de zile aproape în stadiu înfaust, în perioada de generalizare (de tip II.) au fost îndrumați pentru tratament Röntgen sucombînd în decurs de 1—8 luni. Datele vorbesc de la sine.

Bolnavii fără metastaze tratați cu raze X sau chirurgical (coagulație, electroexcizie) urmînd terapia în instituții de specialitate sub îngrijirea unor specialiști de înaltă calificare și conștienți de responsabilitatea ce le incumbă, pot deveni asimptomatici într-un procentaj remarcabil, de timp îndelungat. Radicalitatea terapiei chirurgicale întîmpină greutăți în localizările pe nas și pleoape, datorite dificultăților locale în intervențiile reparatoare.

Röntgentherapia nu mutilează și din acest punct de vedere este avantajoasă. Tabloul histologic ne dovedește inegalitatea radiosensibilității tumorale (sensibilitatea celulelor în diviziune și rezistența celor în repaus), inconvenient înlăturabil printr-o tehnică adecvată, ca mărirea dozelor, repetarea seriilor și extirparea tumorii reziduale. Tumorile cu evoluție lentă par a fi mai radiorezistente decît cele cu evoluție rapidă. *Florentin, Iacob, Hun* prefera diatermocoagularea.

O problemă serioasă o pune tratamentul profilactic al ganglionilor limfatici. Ganglionii limfatici, netratați profilactic pot constitui un pericol de recidivare după cum ne arată observațiile lui *Allen* și *Spitz, McClun, Miescher*, deoarece ar putea conține metastaze microscopice. Locul tumorii primare este determinat în atitudinea de urmat. Precauția ne îndeamnă ca în fiecare caz să efectuăm disecție în bloc ori unde ar fi localizată, întrucît iradiația ganglionilor nu este atît de eficientă, totuși aceasta este necesară totdeauna cînd melanomaligomul se află în locuri expuse traumatismelor (talpă, trunchi), și cînd s-a făcut o intervenție terapeutică greșită, sau în cazuri de tumori traumatizate și sîngerinde. Se pare că metastazarea m. m. pe față nu este atît de frecventă ca pe trunchi. La cap prognostic este mai bun, la tip I. 83%, pe trunchi numai 58%. La tipul II. această diferență se egalează.

Principal este mai bine ca cele două metode terapeutice să le combinăm.

și la început să iradiem (preoperator) fie că este vorba de o tumoră primară sau secundară, și numai după aceea să efectuăm operația radicală. Principalul ar fi logic să iradiem preoperator întregul teritoriu care va suporta bloc-disecția, căci ne-ar da mai multă siguranță în împiedicarea metastazării, decît însăși intervenția.

Extinderea rapidă a tumorii, depășirea posibilităților terapiei locale ar indica tratamentul general. Pînă în prezent însă aplicarea citostaticelor și izotopilor au adus ameliorări temporare. Comunicări sporadice apărute asupra iradiației hipofizei și a rolului ei în dezvoltarea tumorilor maligne, a adus mai nou în centrul preocupărilor hipofizectomia.

Din cele expuse reiese importanța răspunderii medicului de atitudinea căruia depinde viața pacientului. Problemele terapeutice, le rezolvă numai o strînsă colaborare între dermatolog, chirurg și radiolog bazată pe încredere mutuală și pe cunoașterea reciprocă a metodelor de lucru.

Sosit la redacție : la 7 octombrie 1957.

Bibliografie

ALLEN A. G., SPITZ: Cancer (N. Y.) 6, 1, 1953; BARTH G.: Strahlenther. 91, 481, 1953; BECHER J., WEITZEL G.: Strahlenther. 101, 2, 167, 1956; CHAOUH H., GREINER K.: Strahlenther. 56, 1936; CHAOUH H., SCHULTE J.: Ztschr. f. ärztl. Fortbildung 8, 1939; CHAOUH H., WACHSMANN F.: Die Nahbestrahlung, D. Thieme, Stuttgart, 1953; CHOLNOKY: Americ. Surg. 113, 392, 1941; GEGOS: Dermatologie, Flammarion, Paris, 744, 866, 1953; EICHHORN: Strahlenther. 86, 548, 1952; Encyclopedie medico-chirurg. Dermatologie, 12110, Sc.; FLORENTIN, IACOB, HUN: Journ. Radiol. 28, 479, 1947; GREINER K., NEUMANN W.: Strahlentherapie, 66, 89, 1939; HELLRIEGEL: Strahlenther. 86, 548, 1952; HERGARTEN H., HERGARTEN L.: Rev. Archiv f. Geschwulstforschung, Bd. 9, 2, 185, 1956; KALKOFF K. W.: Strahlenther. 98, 1, 59, 1955; LINSER K.: Frühdiagnose des Krebses, VEB Verlag Berlin, 1953; LONGHIN S.: Bulletin de Oncologie, 2, 26, 1955; MIESCHER G.: Strahlenther. 102, 1, 1, 1957; MÜLLER-MINY H.: Strahlenther. 96, 2, 310, 1955; NASTASE GH., SPERANȚA GH., DOBRESCU A.: Bulletin de Oncologie, 2, 33, 1955; NOTTER G.: Strahlenther. 96, 4, 517, 1955; PACK, GERBER, SCHARNAGEL: Ann. Surg. 126, 2, 1952; PATERSON R.: The Treatment of malignant disease by radium and x-rays, London, Edward Arnold, 1949; POPPE H., FRADRICH G.: Langenbecke Arch. lin. Chir. 278, 1954, 50; RODE I.: Orvosi Hetilap, 42, 1153, 1953; STECH H.: Krebsarzt, 3, 370, 1948; STEWART, HAY, VASCO: Internat. Abstracts Surg. 97, 209, 1953; STÜHMER A.: Rev. Archiv. f. Geschwulstforschung, Bd. 9, 2, 185, 1956; VERHAGEN S.: Strahlenther. 96, 3, 423, 1955.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОЗА И ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМ

И. Крекс, И. Уйвари

Не существует кожной опухоли, по отношению к которой существовали бы столь различные мнения относительно диагноза и лечения как злокачественные меланомы, являющиеся опухолями отличающимися серьезным прогнозом. Авторы описывают генезис, гистологическую структуру родимых пятен, меланом, а также и меланомалигном. Переходя к затруднениям возникающим при диагнозе и в особенности при дифференциальном диагнозе опухолевого процесса, рассматриваются возможности применения биопсии и обсуждается техника ее проведения. С терапевтической точки зрения указывается на правильное поведение в случаях родимых пятен, меланом или их злокачественного перерождения. Последние классифицируются авторами в две группы: меланомалигномы без метастаз и меланомалигномы с метастазами. Описывается их хирургическое и рентгенологическое лечение, с разграничением соответ-

вующих показаний, а также правильная ассоциация обоих терапевтических методов в связи с локализацией меланомалигном. Подчеркивается эффективность брахнорентгенотерапии. При этом подвергается рассмотрению лечение предраковых меланомных состояний.

QUELQUES QUESTIONS CONCERNANT LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES MÉLANOMES

Krepsz I., Ujváry I.

Il n'y a pas de tumeur cutanée dont le diagnostic et le traitement soit si discutés comme les mélano-malignomes, tumeurs à pronostic grave. Les auteurs exposent la genèse et la structure histologique des naevus, des mélanomes et des mélano-malignomes et passant aux difficultés que posent le diagnostic, surtout le diagnostic différentiel du processus tumoral, s'occupent des possibilités d'une biopsie et discutent la technique de l'exécution de celle-ci. Du point de vue thérapeutique on indique l'attitude correcte, dans les cas de naevus, de mélanome ou de dégénérescence maligne des derniers que les auteurs divisent en deux groupes : mélano-malignomes sans métastases et mélano-malignomes avec métastases. Ils s'occupent de la thérapie chirurgicale et radiologique, en montrant leurs limites, ainsi que les possibilités de les associer selon les localisations. Ils insistent sur l'efficacité de la brachio-radiothérapie. Le traitement de la précanérose mélanique est discuté.