

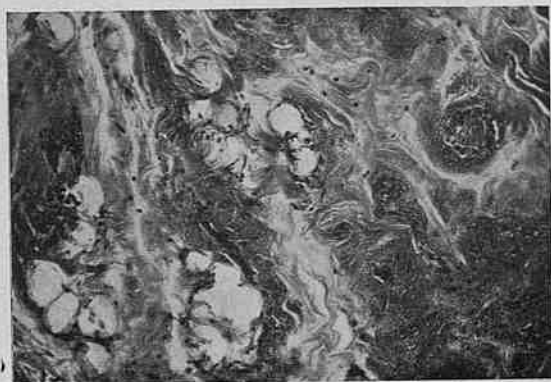
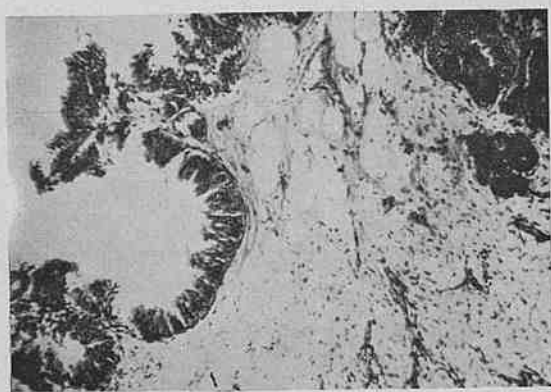
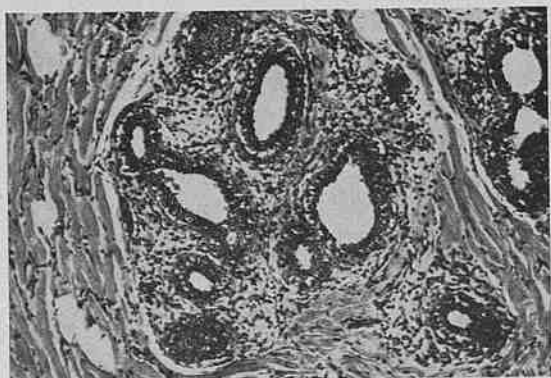
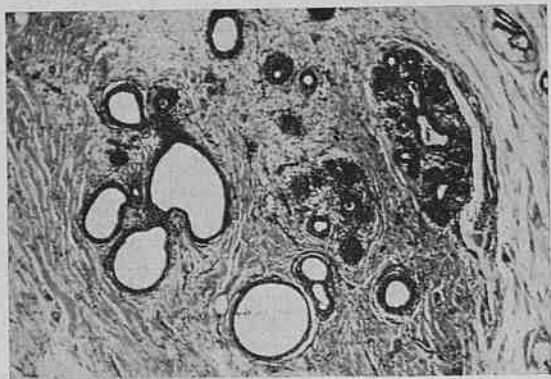
Anatomia patològica del càncer de la mamella

pel Dr. R. Roca de Vinyals

El càncer de la mamella és, sense cap dubte, un dels més fàcilment abordables pels mitjans terapèutics i que més podem assimilar al càncer cutani per la seva embriologia, ja que es pot considerar com un derivat de glàndules sudorípares especials, principalment del tipus hidrosadenoides, idèntiques a les que en l'adult es troben en el buit axillar. De tal manera, que la glàndula mamària no és més que un conjunt de glàndules sudorípares amb un poder especial de metamorfosi que els permet la funció galactogènica.

La glàndula mamària normal, en el període de repòs, manca d'acinis glandulars i solament posseeix conductes excretors i lobulets glandulars les cèl·lules dels quals són les que en el moment de l'embaràs entren en multiplicació intensa i produeixen nous tubs glandulars, els quals, al seu torn, es ramifiquen i constitueixen els acinis glandulars. Aquesta glàndula apareix revestida per una sola capa de cèl·lules cúbiques plenes de gotetes de greix, les quals gotetes constitueixen els elements propis de la lactació. Passada aquesta, els acinis glandulars regressen fins que un altre embaràs torna a despertar la capacitat proliferativa dels elements cel·lulars terminals dels conductes galactòfors.

En sobrevenir la menopausa, la glàndula mamària regressa ràpidament i els acinis glandulars i tubs excretors involucionen d'una manera definitiva. D'això es dedueix que la glàndula mamària és la seu de nombroses transformacions organoplàstiques que no cessen des del naixement



fins a la menopausa i que en cada embaràs i en cada període menstrual, com confirmen les influències hormonals fol·liculíniques, aquestes cèl·lules sofreixen un impuls genètic evident que fa que s'hi pugui localitzar un procés blastomatos maligne.

Igual que en els altres òrgans, a la glàndula mamària trobem lesions dels epitelis glandulars que preparen en ells el terreny per al desencadenament de la lesió anàrquica cancerosa. Aquestes lesions que podem considerar com lesions precanceroses, les trobem en múltiples processos, però d'una manera principal en les flogosis cròniques i en la tuberculosi de la mamella, i també en una malaltia pròpia d'aquesta glàndula, en la qual l'abundor de les metaplàsies epitelials i les reaccions inflamatòries periglandulars preparen un llit immillorable per al càncer; ens referim a la malaltia de Reclus.

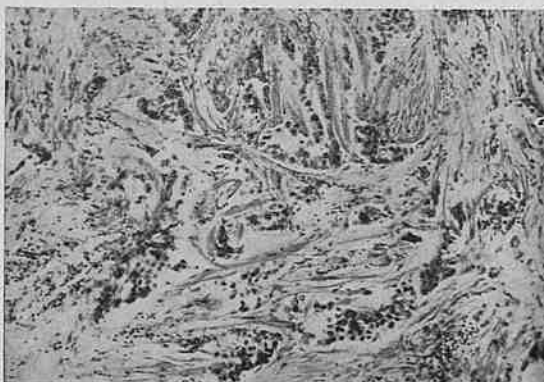
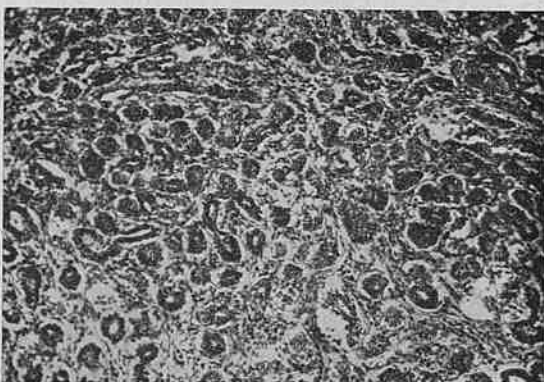
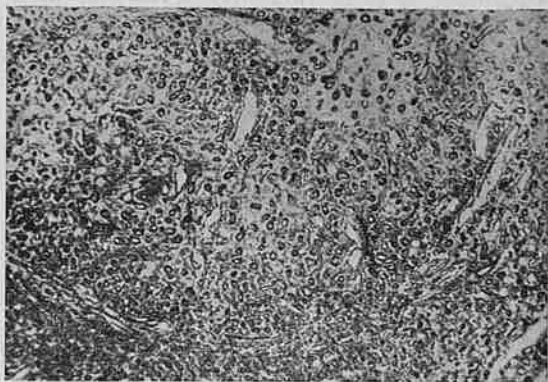
Quan examinem les lesions epitelials que es produeixen en una mamella afectada de tuberculosi o de flogosi crònica, observem

- 1 - Lesions quístiques de la Malaltia de Reclus.
- 2 - Infiltrats pericanaliculars.
- 3 - Quist hidrosadenoides.
- 4 - Esclerosi - Atròfia greixosa.

dos tipus de lesions: Primer, les lesions d'esclerosi dels conductes excretors, i, segon, lesions d'hiperplàsia dels alvèols glandulars.

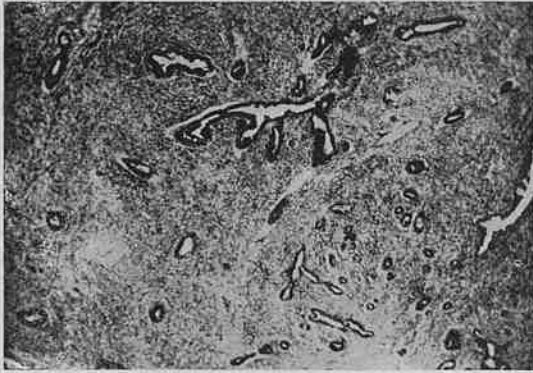
Els conductes excretors apareixen envoltats pel procés d'infiltració tuberculosa i mostren una franca proliferació cel·lular. Plens de cèl·lules, amb abundants mitosis i en alguns d'ells s'inicien fenòmens de metaplàsia cel·lular progressiva que de vegades arriba a la formació d'elements fibrillars (epiteliofibrilles). Altres vegades el conducte excretor envoltat en una àmplia banda esclerosada ens mostra irregularitats en la disposició dels seus elements basals, els quals ens indiquen una reproducció anòmala en els mateixos elements.

Els alvèols glandulars que normalment en la mamella queden reduïts a una petita dilatació del conducte excretor, com a conseqüència del procés irritatiu, ja sigui per l'aportació d'un plasma nutritiu més abundant o per l'existència de substàncies acceleradores de la multiplicació cel·lular, presenta extenses zones d'hiperplàsia; i si el procés inflamato-

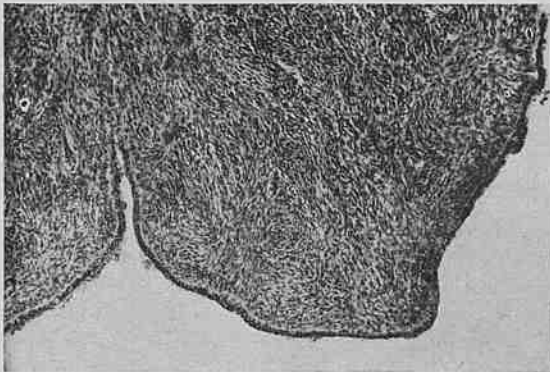


1-2 - Carcinoma de forma adenomatosa en la qual tots els tubs conserven la llum pseudo-glandular molt regular.

3-4 - Id. id. Llums pseudo-glandulars irregulars.



Adeno:arcoma. Formacions glandulars i mesenquimatoses.



Intensa proliferació mesenquimatosos.



Estroma franc de sarcoma uso-cel·lular.

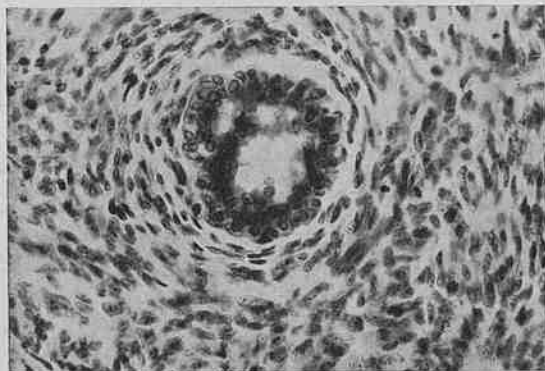
ri, específic o no, envaeix aquestes zones, hi determina reaccions cel·lulars violentes que es manifesten no sols per la presència de zones metaplàsiques, sinó també per l'existència de cordons cel·lulars que en ésser dissociats per l'infiltrat inflamatori donen la imatge objectiva d'un petit centre pseudo-cancerós i l'íntima impressió subjectiva que el procés neoplàsic pot esclatar en aquests elements epitelials que de tan violenta manera reaccionen a l'insult que reben. En la nostra estadística hem trobat en cinc anys dos casos de tuberculosi mamària (Hospital de la Creu Roja; Dr. Garcia-Tornel) i en un d'ells, la coexistència de tuberculosi i de càncer és evident.

Ultra aquests processos de neoformació consecutius a un procés inflamatori, existeix en la mamella una malaltia l'etiopatogènia de la qual avui encara és fosca i a la qual hem d'atribuir un bon nombre de formacions benignes difuses de la mamella i que no dubtem són el llit predilecte sobre el qual es desenrotlla la majoria de les vegades el càncer mamari; tan freqüents són les ocasions en què trobem lesions d'aquest

tipus en les glàndules mamàries afectes de càncer.

En aquest punt ens referim a la malaltia escleroquistica de la mame-lla o malaltia de Reclus. Aquest autor primer, i més tard Cooper, descriuen amb el nom de malaltia quística de la mamella una afecció que es presentava freqüentment en joves, caracteritzada per la presència d'una quantitat de cavitats quístiques que es formaven a l'interior d'una mamella esclerosada. Aquestes cavitats de tamany molt variat contenen un líquid a gran pressió semblant al calostre i apareixen difusament per tot el parènquima glandular i constitueix la lesió típica de la malaltia. De vegades aquestes formacions quístiques queden localitzades, però amb les mateixes característiques anatòmiques que en la malaltia general.

Nosaltres no ens podem ocupar ara de l'etiopatogènia d'aquesta malaltia. Considerada per alguns com deguda a alteracions embrioplàstiques, basant-se sobretot en les múltiples lesions metaplàsiques epitelials i a la major freqüència d'aparició en joves en la plenitud de la creixença puberal. Per a d'altres, i basant-se principalment en l'existència de petits focus inflamatoris de



Epitelí normal voltot de teixit sarcomatós.

cèl·lules rodones entorn dels conductes glandulars i per les zones d'intensa esclerosi existents, creuen que l'etiologia de la malaltia de Reclus l'hem de cercar entre les causes infeccioses. Avui dia, en plena evolució de les teories endocrines gonadals i amb alguns fets experimentals ja al seu favor, es creu, i nosaltres ho acceptem, que la malaltia de Reclus s'ha d'atribuir a alteracions endocrines lligades segurament a l'hormona follicular, la importància de la qual sobre la proliferació dels epitelis genitals ha estat posada en evidència entre nosaltres per Vanrell. La lesió anatomopatològica de la malaltia de Reclus, com dèiem anteriorment, en la major part dels casos és generalitzada, però hem de reconèixer que en la pràctica trobem gran nombre de lesions esclerotístiques localitzades.

Aquestes lesions es caracteritzen, com ja indica el nom de la malaltia, per una desaparició gairebé completa del greix de la glàndula, el qual queda reduït a petits illots de cèl·lules adiposes envoltades d'un tei-

Planxa de Cautxú Aplomat

per a clíniques de Raigs X

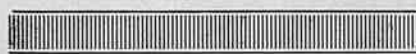
Fabricada amb tota escurpulositat i presentada en forma de davantals, planxes i guants. Despatxem amb la màxima celeritat els encàrrecs dels senyors facultatius. Bufeta de goma Ceylan per a l'aplicació dels Raigs X, que faciliten les radiografies locals.

Cotons, glasses i benes marca «LA GERMANA»



Fàbriques Reunides de Cautxú i Apòsits, S. A.
RONDA DE SANT PERE, 12 — BARCELONA

EUPHOR

 **S. A.**

Electro-Medicina i Raigs X

Taller de Construccions i reparacions

Exposició: Balmes, 98 - BARCELONA - Telèfon 72393

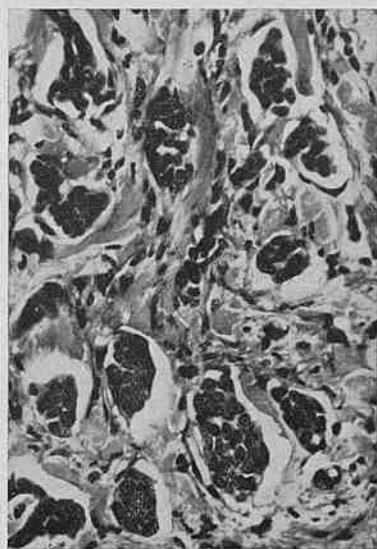
Aparells estrangers i nacionals

xit esclerós de gruixuts feixos conjuntius hialinitzats. A aquestes lesions d'esclerosi acompanyen sempre petits focus d'infiltració situats principalment al voltant dels conductes galactòfors i més rarament entorn d'alguns acinis glandulars. No és rar de trobar la formació de petits granulomes colesteatomatosos formats entorn de conductes excretors quístics necrosats. La presència d'aquests focus inflamatoris entorn dels conductes excretors, ens explica la facilitat amb què es poden obstruir i produir les lesions quístiques que ara estudiarem.

Juntament a les lesions intersticials existeixen abundants lesions parenquimatoses o epitelials que hem de referir a dos tipus principals: lesions quístiques i lesions hiperplàsiques.

Les lesions quístiques es caracteritzen, qualsevol que sigui el volum, la forma i la localització, per posseir un revestiment intern, els caràcters morfològics del qual corresponen freqüentment a l'epiteli de revestiment normal de la glàndula mamària, però sovintment l'epiteli d'aquests quistos sofreixen processos de metaplàsia que cal conèixer i que són típics de la malaltia. Aquesta alteració metaplàsica ens serveix per a una classificació dels quistos en 1) simples i 2) quistos hidrosadenoides.

El mecanisme de formació queda un xic fosc, però per la major part d'autors, com dèiem abans, és atribuït a un procés d'obliteració del conducte excretor per una causa inflamatòria. Com a conseqüència, esdevé la dilatació dels conductes excretors, els quals apareixen en una primera fase formant acúmuls de microquistos de volum i forma variats (Fig. 1). Aquests quistos, en créixer, arriben a formar un veritable raïm en comunicació uns amb altres, per mitjà de conductes galactòfors. Ocasionalment poden arribar a adquirir un tamany molt gran, però amb freqüència llur epiteli de revestiment s'altera, es descama, i el contingut del líquid és envaït per lipòfags, els quals formen un petit colesteatoma. Aquesta és una de les maneres de terminació d'un quist simple de la malaltia de Reclus. Algunes vegades l'epiteli de revestiment dels quistos està format per cèl·lules cilíndriques o en forma de raqueta, amb una part més estreta que arriba fins a la basal, i una part apical dilatada que pot posseir pestanyes vibràtils. El protoplasma d'a-

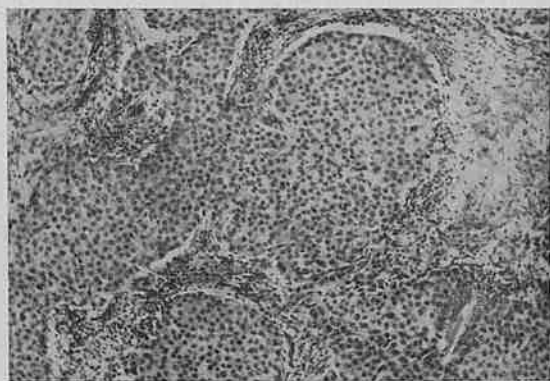


Carcinoma alveolar



questes cèl·lules és intensament acidòfit i el seu nucli és situat a diferents alçades i té una xarxa cromàtica molt manifesta. Entre aquestes cèl·lules cilíndriques es troben altres cèl·lules més petites de protoplasma més pàl·lid i que corresponen a les cèl·lules mioepiteliais. Aquests són els quistos coneguts amb el nom de quistos hidrosadenoides pel seu semblant amb les glàndules sudorípares axil·lars (Fig. 3). L'aparició d'aquests elements cel·lulars tan diferents als que normalment trobem en la glàndula els hem d'atribuir a un procés de metaplàsia, i precisament aquesta

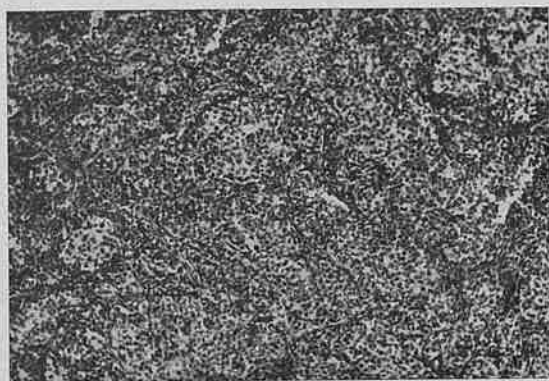
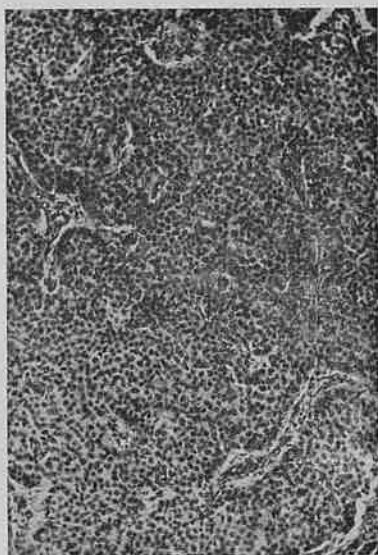
Carcinomes
cordons



capacitat metaplàsica és la que crida més la nostra atenció per la possibilitat de transformar-se en un procés neoplàsic, amb més raó si es té en compte que la capacitat proliferativa d'aquests elements cel·lulars està tan accentuada que amb freqüència es formen proliferacions papil·lars intranquístiques que es reconeixen macroscòpicament en obrir la paret del quist. A l'examen microscòpic apareixen una gran quantitat de papilles més o menys llargues i més o menys ramificades, recobertes per un epitel·li cilíndric o cúbic i que emplenen completament la cavitat.

Amb aquestes formacions quístiques es troben, en la malaltia de Reclus, lesions d'hiperplàsia massisses. Frequentment es produeix un augment dels elements epitelials sense que s'acompanyin de dilatacions quístiques i llavors junt amb l'augment extraordinari de tubs glandulars i de formacions papil·lars existeixen zones de metaplàsia de diferents tipus, que fan sumament difícil d'establir una distinció amb un procés neoplàsic inicial.

Aquestes són les característiques més importants de la malaltia de Reclus: Pri-

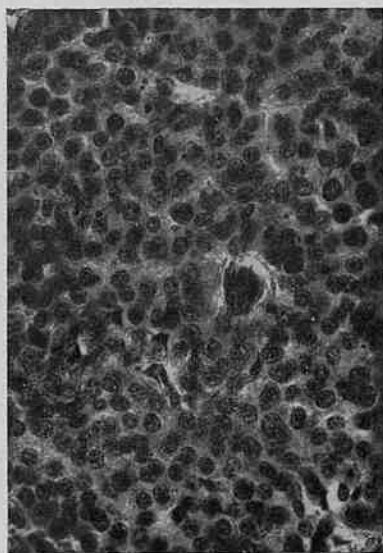


Carcinomes
massius

mera, la lesió quística amb la seva metaplàsia hidrosadenoide; segona, les hiperplàsies massisses acompanyades també de metaplàsia, i tercera, les lesions d'esclerosi.

* * *

Abans d'entrar en la classificació del carcinoma de mamella volem encara, exposar una lesió de relativa freqüència entre nosaltres, que per alguns no és considerada com càncer, però que l'evolució clínica i la histologia ens indiquen la possibilitat de tractar-se d'una alteració



maligna blastomatoso; ens referim a l'adenosarcoma de la mamella. Es caracteritza per una proliferació fibroepitelial semblant a la que té lloc en l'adenofibroma, però els caràcters histològics i clínics permeten de diferenciar-lo ràpidament. Pel que es refereix a la proliferació epitelial, trobem freqüentment que els elements cel·lulars es disposen en diverses capes; d'altres vegades formen culs de sac massissos que donen l'aparença d'un carcinoma i, encara que més rarament, també apareixen metaplàsies epitelials progressives que per llur heterotòpia han d'ésser un lloc predilecte per a la implantació del càncer. L'estroma que acompanya aquestes for-



Carcinoma escirrós

macions epitelials no és com en l'adenofibroma el teixit conjuntiu adult, l'estructura del qual, abundant en substància intercel·lular no ens ofereix cap dubte respecte a la seva creixença limitada, sinó que ofereix els caràcters d'un teixit en proliferació intensa, molt ric en elements fusiformes i amb abundants mitosis; senyal manifest de la seva creixença tumultuosa.

I entrem ara a la descripció de l'estructura i la classificació del carcinoma mamari.

El carcinoma de la mamella es caracteritza d'igual manera que el que rau en altres òrgans, pel creixement indefinit, tumultuós i anàrquic d'un grup de cèl·lules epitelials que envaeixen d'una manera lenta i progressiva el teixit mamari

normal, del qual destrueixen la seva estructura noble i la seva funció diferenciada. Davant d'aquesta invasió de què són objecte els teixits nobles, i com a resultat de la lluita davant la destrucció de l'òrgan, el teixit conjuntiu reacciona davant la invasió neoplàsica i oposa una barrera a aquest creixement, emprant els mateixos mitjans que utilitza la nostra economia davant la invasió, per altres agents patògens. Aquest "estroma reacció" varia d'unes neoplàsies a unes altres, com varia la reacció inflamatòria segons el tipus o la virulència de l'agent provocador. No obstant, en aquesta lluita la cèl·lula neoplàsica desborda contínuament la barrera conjuntiva i aviat apareix la invasió dels teixits veïns, dels vasos i dels limfàtics, donant sembles llunyanes al lloc en què s'ha originat.

Davant el diagnòstic d'un càncer de mamella, l'intent de precisar el seu punt de partida és d'una dificultat extraordinària. Amb freqüència és pos-

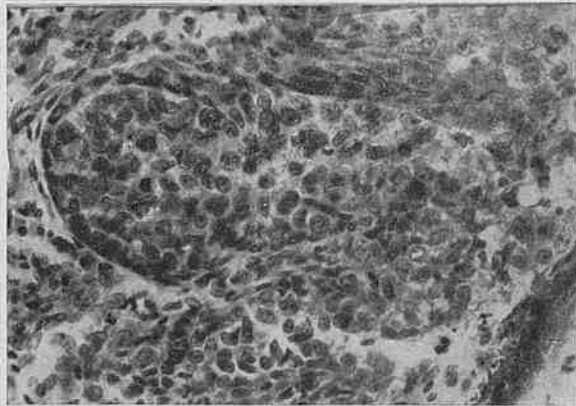
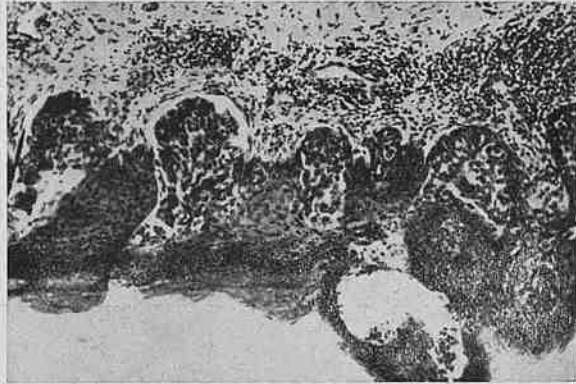
sible de trobar lesions pre-neoplàsiques en les porcions encara no envaïdes de la glàndula, però la lesió inicial queda ofegada pel creixement tumoral que ens mantindrà ocult el punt de partida.

En aquest punt creiem compartir l'opinió de Masson en comprovar la gran quantitat de lesions escleròtiques que es troben en el veïnatge de les zones afectades de càncer i la possibilitat que aquestes puguin ésser un punt d'iniciació de la malaltia cancerosa.

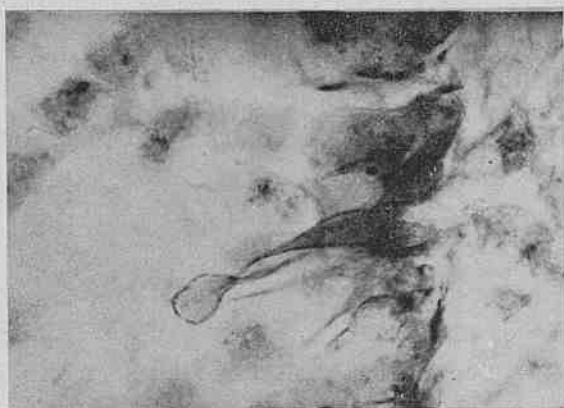
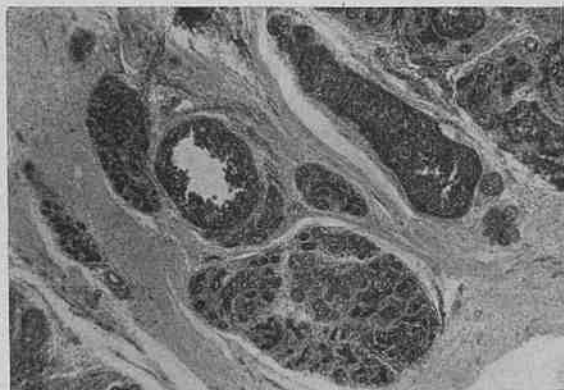
Per a poder donar una classificació del carcinoma de mamella, nosaltres podem seguir tres camins distints segons la base que prenguer per a aquesta classificació: **base etiològica**, **base fisiomorfològica**, **base arquitectural**.

I. **Etiologia.** — No hi ha dubte que la millor classificació seria aquella que poguéssim basar en un estudi etiopatogènic. Un gran nombre de dificultats han d'impedir l'orientació en aquest sentit, ja que desconeixem no solament l'etiologia de les neoplàsies, sinó el punt en què tenen origen. L'estudi detallat de mamelles extirpades ens ha permès de comprovar que les més de les vegades les lesions pre-canceroses adquireixen formes diverses àdhuc en una mateixa malaltia.

II. **Fisiomorfològica.** — Per tal d'obtenir una classificació científica podríem estudiar la classificació de les neoplàsies basant-nos en un estudi de la fisiologia cel·lular. Això comporta, naturalment, l'estudi de funcions i d'estructures cel·lulars, algunes vegades difícils per llur tècnica i altres vegades perquè la diferenciació de la neoplàsia l'ha fet desaparèixer. L'estudi de la mucina, del glucogen i de les epiteliofibrilles, han de tenir un gran valor per a una classificació fisiomorfològica.



Malaltia de Paget



Malaltia de Paget Càncer profund.
Epiteli fibril·les en un conducte galactòfor canceritzat.

Així, per exemple, Mene-trier classifica el càncer de mamella en tres grans grups: epiteliomes típics, epiteliomes metafítics i epiteliomes atípics. En el primer, les cèl·lules que formen la neoplàsia ofereixen els mateixos caràcters que les cèl·lules normals de l'òrgan de què deriven. En el segon, els elements neoplàsics adquireixen formes de transició o metaplàsiques que les separen d'una manera franca de l'epiteli normal mamari. En la tercera varietat, les cèl·lules han perdut completament tota semblança amb les cèl·lules originàries.

Des d'un altre punt de vista, podem basar la classificació en un acurat estudi de les propietats mucicarcinòfiles de les cèl·lules i de la presència en elles de fibril·les epitelials. D'aquesta ma-

nera podríem arribar a una classificació original del càncer de la mamella. La necessitat d'una acurada fixació de les peces i una meticulositat en les diferents tècniques histològiques fan difícil la generalització de la nostra proposta. Amb aquesta base, podríem classificar el carcinoma de la mamella en

- a) epiteliomes mucípars,
- b) epiteliomes fibrilars,
- c) epiteliomes atípics.

En els primers la coloració de la mucina seria positiva en la majoria dels elements cel·lulars. Segons l'orientació secretant d'aquests elements podríem subdividir aquest grup, atenent la classificació de Masson, en epiteliomes endocrins i epiteliomes exocrins.

Al segon grup correspon la sèrie d'epiteliomes mamaris en els quals les tècniques d'impregnació argèntica de Del Río Hortega mostren fibrilles epitelials en les seves cèl·lules indicant-hi una metaplàsia epidermoide.

En el tercer grup tindrien lloc els tumors de mamella en els quals no és possible de posar de manifest cap activitat funcional cel·lular, almenys amb les tècniques que fins ara ens ha proporcionat la histopatologia. És possible que noves tècniques permetin de diferenciar en aquest grup neoplàsies amb caràcters funcionals fins ara desconeguts per a nosaltres. Amb tot i ésser original aquesta classificació dels carcinomes de mamella i de tenir per a nosaltres un gran al·licient que ens fa estudiar acuradament en tantes neoplàsies de mamella com arriben al nostre laboratori, reconeixem que les propietats mucicarminòfiles i la presència d'epiteli fibrilla en les cèl·lules no han arribat a una maduresa suficient, ja que un bon nombre de neoplàsies romanen indiferents a aquestes tècniques i no manifesten activitat funcional que permeti una classificació de valor pràctic.

III. **Arquitectural.** — Per això nosaltres preferim a aquestes dues bases de classificació etiopatogènica o fisiomorfològica, una classificació arquitectural. Amb ella podem donar tot el valor a les propietats fisiològiques de la cèl·lula, les quals podran donar a la neoplàsia un nombre específic, però tenint en compte que el nombre genèric estarà marcat per la forma com les cèl·lules s'agrupin a l'estudi microscòpic en relació amb el teixit conjuntiu, formant unes vegades petits trajectes d'infiltració, d'altres vegades gruixuts cordons o formacions pseudo-glandulars, etc.

No hi ha dubte que aquesta classificació no té un fonament científic de relleu, però en canvi, posseeix una orientació pràctica que permet que la major part de les neoplàsies de mamella puguin ésser enquadrades en un dels tipus que anem a exposar a continuació, sense que sigui obstacle perquè d'altres estudis fisiològics cel·lulars o particularitats evolutives de la cèl·lula (càncers hemòfils de Delbet, i dels quals Martorell ha descrit darrerament entre nosaltres) siguin afegits al nombre arquitectural que mereixi la neoplàsia.

La classificació per nosaltres proposada i que d'original no té més que el fet de la seva acceptació, té l'avantatge d'ésser una de les més ben conegudes i que de fa temps venim emprant en els nostres dictàmens histopatològics, seguint l'orientació del nostre mestre, el Prof. Lluís G. Guilera. D'aquesta manera, el carcinoma de mamella el dividirem en els següents grups: carcinoma d'arquitectura adenomatosa o glandular, alveolar, cordonal massiva i esclerosis.

A aquest nombre genèric de la neoplàsia podem afegir els qualificatius que ens indiquin alguna propietat evolutiva de la cèl·lula i així podem subdividir cada grup en carcinomes mucoides, atípics o fibrillars, se-

gons que en els elements cel·lulars ens sigui possible de posar de manifest alguna propietat funcional de la cèl·lula.

* * *

Epitelioma d'arquitectura adenomatosa o glandular. — La característica d'aquesta forma neoplàsica és l'agrupació dels elements cel·lulars en nius o acúmul·ls de forma irregular, però limitant una petita cavitat central al voltant de la qual es disposen els elements neoplàsics en una o dues capes, semblant a una estructura glandular.

La forma d'aquestes cavitats ens permet de distingir tres tipus, segons que l'ordenació cel·lular es faci en forma de tubs, en forma d'acinis o amb petites proliferacions papil·lars, i així tindrem el carcinoma tubular, acinós i dendrídic.

Carcinoma alveolar. — En aquesta forma neoplàsica les cèl·lules apareixen formant petits grups massissos de vores irregulars embolcallades per un teixit conjuntiu adult. Les cèl·lules neoplàsiques de forma poligonal es disposen les unes tocant les altres, les més de les vegades formant un aspecte de mosaic.

Freqüentment, en aquesta forma arquitectural es troben elements cel·lulars fibrillars.

Carcinoma de forma cordonal. — Aquesta és una forma histològica d'elements cel·lulars grans, amb abundant protoplasma, poligonal, amb un nucli de cromatina reticulada ben manifesta, i en el qual les cèl·lules es disposen en gruixuts cordons que penetren profundament en els teixits veïns, anastomosant-se els uns als altres, embolcallats per un teixit conjuntiu en general jove i poc desenrotllat. En aquesta forma histològica es troben abundants epiteliomes mucípars i alguns fibrillars.

Carcinoma massiu. — La característica arquitectural d'aquesta neoplàsia és la d'aparèixer constituïda quasi únicament pels elements neoplàsics els quals es disposen ocupant grans extensions, units directament els uns als altres amb interposició d'una petita trama conjuntiva que aporta als seus vasos el material nutricional de la neoplàsia. A aquesta forma corresponen elements cel·lulars funcionalment indiferenciats.

Carcinoma de forma escirrosa. — Aquesta forma arquitectural representa, almenys en el seu origen, un concepte clínic en el qual la histologia ha descobert una disposició neoplàsica especial, apropiant-se el terme que d'aquesta manera ha passat a ésser histològic. L'abundant reacció de l'estroma enfront la neoplàsia, la seva creixença relativament lenta, donen lloc a la formació d'una massa neoplàsica en la qual la cèl·lula cancerosa es disposa en petits solcs de 15 ó 20 elements cel·lulars que creixen

i es propaguen a través dels intersticis conjuntius. En aquesta forma trobem alguns epiteliomes mucípars i alguns atípics. Les formes fibrillars rarament adquireixen l'arquitectura escirrosa.

* * *

Aquestes són les principals formes d'epiteliomes mamaris. Dins d'aquesta classificació hi caben totes les formes histològiques que trobem en la clínica, tot i que algunes particularitats funcionals cellulars, de l'estroma o vasculars poden donar lloc a textures neoplàsiques, que no encaixin d'una manera exacta en els grups que nosaltres hem exposat.

Abans d'acabar, hem d'estudiar una forma de carcinoma de mamella, amb característiques clíniques i histològiques, que permeten de constituir un grup especial, al marge de la classificació exposada. El constitueix la malaltia de Paget del mugró. La característica d'aquesta malaltia, des del punt de vista clínic, és la de petites erosions del mamelló, recobertes de crostes, que s'estenen superficialment a l'arèola i l'envaeixen completament llavors es constitueix una erosió exsudativa de vores escamoses que li donen un aspecte francament eczematiforme. A la base del mugró s'hi nota una lleugera infiltració papiràcia. Més tard, la placa d'induració es fa gairebé cartilaginosa, i això ja coincideix amb la destrucció del mugró. Ben aviat adquireix els caràcters d'un càncer, el qual es manifesta ràpidament per l'aparició de nòduls profunds i metàstasis ganglionars.

La lesió histològica consisteix en l'aparició en el cos mucós de Malpigi de l'epiteli de revestiment del mugró, d'uns grups de cèl·lules de protoplasma clar, globulós, amb abundant glucogen i amb un nucli de forma irregularment arrodonida i en el qual de tant en tant es troben mitosis. Un caràcter important en l'agrupació d'aquestes cèl·lules en el cos mucós de Malpigi és el d'aparèixer completament separades de llurs elements veïns, amb els quals semblen haver trencat l'evolució comuna, desapareguts els filaments d'unió (?) i seguint una evolució envers capes superficials de l'epidermis, sense que siguin evidents els processos de queratinització.

No podem entrar en la discussió de la malaltia de Paget. Problema que alguns consideren resolt, nosaltres creiem que més aviat correspon a un síndrome possiblement originat per diferents tipus d'elements cellulars, les més de les vegades extraepidèrmics. Una de les que amb major freqüència produeix la malaltia, al nostre entendre és la cèl·lula dels conductes galactòfors o dels lobulets glandulars mamaris.

La interpretació de la malaltia de Paget és considerada avui dia sota quatre punts de vista distints:

B A R I O S C O P

**Mitjà de contrast per a
radiodiagnòstic del tub digestiu**

Fórmula: Sulfat de bari 150 grs.
endulcorat i aromatitzat

Preparat als Laboratoris A. C. E.
pel farmacéutic **J. LLORENS**
Pons i Gallarza, 1 :: BARCELONA

PROTECCIÓ INTEGRAL

contra la radiació i l'alta tensió

FOCUS LINIAL

segons Goetze en els tubs de Raigs X

Siemens Multix i Doglas

són els exponents d'alta qualitat de totes
les instal·lacions Röntgen de fabricació

Siemens Reiniger Veifa

Passeig de Gràcia, 48
BARCELONA

Fuencarral, 43
MADRID

Primer. La cèl·lula de Paget és una cèl·lula disqueratòsica que pertany als mateixos elements de cos mucós de Malpigi, i que per causes que desconeixem ha trencat les seves relacions amb els elements veïns i sofreix un procés de queratinització anormal que hi permet una fàcil transformació cancerosa (Dadier).

Segon. La malaltia de Paget ha estat considerada per alguns com d'origen nèvic, equiparant-la a melanoblasts indiferenciats (Audry, Kreivich).

Tercer. Per a un grup, potser el més nombrós, d'investigadors, la cèl·lula de Paget és un cèl·lula glandular cancerosa epidermotropa, que ha envaït l'epidermis i ha donat lloc a una manifestació secundària, romanent la lesió primària latent durant cert temps i en alguns casos ignorada (Ribbert, Pautrier, Masson, Gay Prieto).

Anys	N.º de casos	Arquitectura	Ganglis estudiats	Metastasis	Sense metastasis	Total de ganglis	Total metastasis	Sense metastasis	% de metastasis
1631	14					39	20	19	50%
1932	5					13	10	3	76%
1933	14	carcinoma adenomatós	4	4	0	45	31	14	68%
		» »	4	2	2				
		» alveolar	0	0	0				
		» »	4	3	1				
		» »	3	3	0				
		» »	2	2	0				
		» »	4	4	0				
		» »	6	6	0				
		» cordonal	3	0	3				
		» »	4	2	2				
		» massiu	0	0	0				
		» »	5	0	5				
		» escirros	4	2	2				
		» »	3	2	1				
		» »	3	3	0				
1934	14	carcinoma adenomatós	5	5	0	51	26	25	51%
		» »	0	0	0				
		» »	4	4	0				
		» »	4	2	2				
		» alveolar	3	1	2				
		» »	3	3	0				
		» »	2	0	2				
		» cordonal	5	5	0				
		» »	5	1	4				
		» »	6	0	6				
		» escirros	4	3	1				
		» »	4	0	4				
		» »	3	0	3				
		» »	6	6	0				
		» »	2	1	1				
Total	47					148	87	61	58%

Quart. La malaltia de Paget pot tenir origen en una cèl·lula cancerosa del cos mucós de Malpigi.

El fet evident en la discussió etiològica de la malaltia de Paget és el de tractar-se d'un càncer, la cèl·lula del qual, almenys en una gran majoria de casos, segons demostren els estudis de Pautrier, Masson, Hick, provenen d'un càncer glandular profund que ha envaït precoçment, a través dels conductes galactòfors, l'epidermis del mugró i s'ha convertit en una cèl·lula epidermotropa que dóna lloc a les primeres manifestacions clíniques. L'existència de malalties de Paget extramamillars és un dels arguments més fermes contra la teoria epidermotropa, tan ben defensada per Pautrier, però mentre no es provi amb arguments histològics d'una manera evident l'origen epidèrmic de la cèl·lula de Paget, la teoria epidermotropa és la que avui dia explica més clarament i amb més arguments el síndrome en qüestió. L'estudi de les preparacions histològiques que hem pogut efectuar amb materia original i amb material de l'escola de Strasburg, no ens deixa cap dubte que el càncer primari profund és un fet evident en gran nombre de casos (**Comunicació a l'Acad. i Lab. de Cièn. Mèd. de Catalunya**).

Un dels casos de malaltia de Paget extramamillar estudiat per nosaltres i pertanyent a un malalt del Prof. Noguer Moré ens ha posat el dubte de la possibilitat del càncer de Paget primari epidèrmic o engendrat possiblement en els elements glandulars molt superficials. Però àdhuc en aquest cas, l'extensió superficial del procés ens indica la tendència evidentment epidermotropa de la cèl·lula de Paget.

En resum, la malaltia de Paget ens ha d'inspirar el temor de l'existència d'un càncer profund que per tots els mitjans hem d'intentar de posar en evidència, o el temor que una sembra profunda hagi tingut lloc en el cas rar de tractar-se d'una malaltia de Paget originada superficialment.

* * *

Abans d'acabar l'exposició del nostre treball, volem fer un estudi estadístic dels casos estudiats per nosaltres d'una manera completa en el Servei de Cancerologia de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, des de l'any 1932 al 1935, els resultats del qual es troben en el quadre adjunt. S'hi pot observar que en el curs de 4 anys han estat estudiats 47 casos de carcinoma de mamella, amb 148 ganglis axillars amb un resultat d'un 58 % de metàstasis.

De 28 casos en els quals ha estat feta una classificació arquitectural amb estudi detallat dels ganglis, ens ha permès fer el següent quadre:

	N.º de casos	Ganglis examinats	Ganglis amb metastasis	Ganglis sense metastasis	Tant per cent de metastasis
Carcinoma de forma adenomatosa	4	12	10	5	83 %
Carcinoma alveolar	9	27	22	5	81 %
Carcinoma cordonal	5	20	8	12	40 %
Carcinoma massiu	2	5	0	5	0 %
Carcinoma escirrós	8	29	17	12	58 %
Total.	28	93	57	36	61 %

Finalment ressaltarem alguns punts que han cridat més la nostra atenció i que presentem, no com a conclusions, sinó com a orientació amb el fi que els qui s'interessin per aquests estudis procurin obtenir-ne una confirmació o una rectificació, que han de redundar en un coneixement més complet de l'anatomia patològica del càncer de la mamella i de les seves lesions precanceroses.

Primer. Necessitat de l'estudi histològic de les lesions fibroses situades lluny de la neoplàsia primitiva per a percartar-nos de la possible existència de processos precancerosos, i d'aquesta manera, aprendre de conèixer-los millor i de diferenciar-los del càncer declarat.

Segon. Necessitat de despistar les lesions de malaltia de Reclus en els processos tumorals isolats de la mamella i en els casos de lesions nodular múltiples d'una o de les dues mamelles.

Tercer. Necessitat d'un estudi biòptic en tots els casos de processos inflamatoris crònics en els quals l'evolució ofereixi el menor dubte.

Quart. Procedir en els casos de malaltia de Paget a una extirpació radical per a practicar un estudi minuciós de la glàndula i dels ganglis axillars.

Cinquè. Observació acurada des d'un punt de vista clínic dels malalts afectes de flogosi crònica, tuberculosi mamària i malaltia de Reclus localitzada o generalitzada, amb el fi de fer profilaxi anticancerosa.

PRODUCTE NACIONAL IMMILLORABLE

RËDIX

Medi de contrast perfecte per a les radioscòpies del tub digestiu
i de la mucosa intestinal

RIQUESA DE CONTRAST EN LES IMATGES
S'EXTEN UNIFORMEMENT - NO SEDIMENTA
GUST AGRADABLE - EMULSIÓ FACILÍSSIMA

Capses de diversos tamanys

Especial per a APENDIX

Paquets a granel per a Clíniques i Hospitals

ES EL MES ECONOMIC

SOL·LICITEU FASCICLES I MOSTRES

Laboratori Dr. J. VILADOT - Secció Rëdix
Consell de Cent, 303 - Telèfon 17870 - BARCELONA

Mobles de tub d'acer cromat

elegants, de gran comoditat, GARANTITZATS

Despatxos complets, Consultoris, Sales
d'espera, Mobiliari especial per a Radio-
teràpia i Diagnòstics, Llits automàtics i
tota mena de mobles per a clíniques.

Dintre la immillorable qualitat els
preus són molt reduïts.

Innumerables referències de Srs.
Doctors clients de la casa.

CONSULTEU A

M. A. MARANGONI

València, 209 - BARCELONA - Telèfon 77851