

Wojewódzki Szpital Onkologiczny w Lublinie
Dyrektor: doc. dr med. Mieczysław Kwiatkowski

Mieczysław KWIATKOWSKI

Sutek wydzielający (*Mamma Secretans*)

Сецернирующая молочная железа (*Mamma secretans*)

Mamma secretans

Pojęcie stanu przedrakowego w znaczeniu ogólnym jest przede wszystkim pojęciem klinicznym opartym na danych statystycznych. Obserwacją kliniczną procesu toczącego się w sutku jest podstawą, na której opiera się doświadczenie kliniczne. Z badań licznych autorów wynika, że nowotwór złośliwy nie powstaje nagle w formie mutacji komórkowej, a poprzedzają go długotrwałe przemiany tkankowe (16, 19). Zmiany tkankowe przebiegają stopniowo, w miarę czasu ulegają nasileniu i doprowadzają do powstania tkanki złośliwej. Cały ten proces tworzenia się nowotworu aż do chwili jego powstania, należy zaliczyć do stanów przedrakowych. Proces ten można podzielić na okres bezobjawowy klinicznie, oraz okres objawowy, będący sygnałem alarmowym i przewodnikiem w toczącym się procesie patologicznym sutka.

Postępowanie w przypadkach wydzielania z sutka zawartości płynnej przy badalnym guzku lub stwardnieniu jest ustalone i nie nastroża większych trudności. Rozpoznanie histologiczne usuniętego guzka ustala dalsze postępowanie. Natomiast osobnym zagadnieniem z punktu widzenia kliniki jest „sutek wydzielający” (*mamma secretans*) bez badalnego guzka czy stwardnienia. Pod pojęciem tym kryje się wiele jednostek lub stanów patologicznych sutka, z których nie wszystkie są stanami przedrakowymi.

Z danych piśmienniczych jak również i z naszych obserwacji wynika, że dotychczas zagadnienie sutka wydzielającego bez badalnego guza nie jest dostatecznie opracowane, poglądy na tę sprawę są różne, często sprzeczne. Brak tu zarówno klasyfikacji i usystematyzowania, jak i ustalenia metod rozpoznawczych oraz leczniczych. Celem pracy więc było przeprowadzenie badań u chorych z sutiem wydzielającym bez badalnego guzka, które pozwoliłyby na dokładniejsze umiejscowienie procesu chorobowego oraz mogłyby być pomocne w ustalaniu rozpoznania choroby będącej przyczyną wydzielania. Leczenie stosowane w sutku wydzielającym było uzależnione od wyników uzyskanych z własnych badań. Sprzeczne poglądy, cechujące się dużym radykalizmem w leczeniu lub daleko idącym postępowaniu zachowawczym skłoniły mnie do podjęcia tego tematu. Przeprowadzenie leczenia

drogą zastosowania miejscowego usunięcia źródła stanu przedrakowego pozwoli na uniknięcie niepotrzebnych kalectw z powodu doszczętnego odjęcia sutka. Powiedzenie że „lepiej jest usunąć 100 sutków z łagodnym stanem niż przepuścić jeden złośliwy” nie powinno już dziś znaleźć zastosowania.

Znajomość patologii gruczołu mlecznego ma duże znaczenie, ponieważ różnorodne zmiany chorobowe mogą naśladować objawy rozwiniętego raka sutka, a z drugiej strony rak sutka może rozwijać się skrycie pod postacią zmian pozornie banalnych. Wydzielanie z brodawki sutka świadczy o stanie patologicznym, którego przyczyną może być rak, stan przedrakowy lub inne zmiany nie prowadzące do powstania raka.

Znajomość tych stanów i umiejętność ich różnicowania jest koniecznym warunkiem do zastosowania prawidłowego leczenia. W przypadkach sutka krwawiącego przy braku badalnego guza, wielu autorów (2, 3, 6, 11, 15, 21) zaleca odjęcie sutka, oceniając ten stan jako „aktualny rak niebadalny”. Inni autorzy (7, 13, 17) zalecają leczenie zachowawcze, nie znajdując w sutku krwawiącym przyczyny do powstawania raka. Natomiast obserwacje Kilgore'a wykazały powstawanie raka przy kilkuletnim wydzielaniu krwistym sutka bez badalnego guza w 60%. Garland cytuje przypadek 29-letniej kobiety, u której okres krwawienia z sutka bez badalnego guza trwał 4 lata, po czym stwierdzono raka z przerzutami. W świetle tych danych należy stwierdzić, że wydzielanie z sutka jest objawem o dużym znaczeniu dla oceny patologicznego procesu sutka i należy wykorzystać wszelkie metody rozpoznawcze celem ustalenia przyczyny wydzielania. Wydzielina z sutka może być mętna, surowicza, surowiczowo-krwista, krwawa, brązowa lub zielona.

Wielu autorów (1, 8, 18) stwierdza, że wydzielina surowicza lub krwista pojawia się zarówno w przypadkach brodawczaka jak i raka sutka. Badaniami laboratoryjnymi i cytologicznymi w wydzielinie sutka można ujawnić komórki towarzyszące procesom zapalnym, krwinki czerwone, komórki nabłonka prawidłowe i patologiczne zarówno z przewodów, jak i ze zmiany toczącej się w przewodzie, tłuszcz, kryształki cholesterolu. W pewnych stanach badanie cytologiczne wydzieliny sutka może nie ujawnić żadnych elementów morfotycznych. Zastosowanie próby benzydynamowej lub piramidonowej może ujawnić produkty rozpadu krwinek czerwonych.

Większość autorów jednak zajmujących się zagadnieniem sutka wydzielającego nie wykonuje badań cytologicznych i laboratoryjnych, uważając je za bezwartościowe (7, 14), inni zaś oceniają przydatność tej metody z rezerwą.

Wydzielanie z jednej brodawki nie bywa poprzedzone zwykle żadnymi objawami, jedynie plamienie bielizny zwraca uwagę chorej na toczący się proces w sutku. Początkowo plamienie występuje bardzo rzadko, jednak w miarę upływu czasu wydzielanie jest częstsze i obfitsze. Próba uciśnięcia sutka w okolicy otoczki brodawki pozwala na wyciśnięcie sporej ilości wydzieliny. Czasami wydzielina może zatrzymać się na kilka tygodni lub miesięcy. Obfitość i częstota wydzielania może być związana z okresem cyklu miesięcznego, a w czasie ciąży i karmienia często wydzielanie z brodawki sutka utrzymuje się. Wydzielanie jasnego lub mlecznego płynu z obu sutków jednocześnie wskazuje na zaburzenia hormonalne, natomiast jednoczesne wydzielanie płynu krwistego z obu sutków jest zjawiskiem niezmiernie rzadkim (9, 14).

W przypadkach torbielkowatego zwyrodnienia sutka może wystąpić wydzielanie z obu sutków, zwykle jednak niejednocześnie. Początkowo surowiczy płyn wydziela się z jednego sutka, z biegiem czasu może ujawnić się w drugim sutku. Wydzielanie obustronne w tym schorzeniu jest zjawiskiem rzadkim. Wydzielanie surowiczego płynu z jednego sutka przechodzi dość często w czasie obserwacji w wy-

dzielanie krwiste. Przyczyną wydzielania krwistego lub krwawego płynu jest zwykle uraz, który powoduje uszkodzenie lub oderwanie brodawczaka lub komórek raka z głównej masy, zajmującej przewód mleczny.

W badaniach diagnostycznych w sutku wydzielającym stosowano badania cytologiczne wydzielin, diafanoskopię sutka, rentgenografię sutka (*mastographia simplex*), podawanie dwutlenku węgla (*aeromammography*). Metody te okazały się jednak mało przydatne. Hicken (1937) zastosował nową metodę, mającą zwiększyć możliwości diagnostyczne w przypadkach sutka wydzielającego, polegającą na wprowadzeniu środka kontrastowego do wydzielającego przewodu mlecznego (*contrast mammography*). Wielu autorów jednak nie stosuje jej, oceniając tę metodę za bezwartościową a nawet szkodliwą (5, 8, 14, 20). Najczęstszym sposobem stosowanym dla zlokalizowania źródła wydzielania w sutku jest uciskanie poszczególnych partii zrazikowych i obserwowanie intensywności wyciekania płynu z brodawki. Przydatność tej metody w ocenie umiejscowienia zrazika wydzielającego jest jednak ograniczona. W Presbyterian Hospital w Nowym Jorku w grupie 108 przypadków sutka krwawiącego u 20 chorych wykonano proste odjęcie sutka z powodu niemożności umiejscowienia źródła krwawienia (18).

BADANIA WŁASNE

W badaniach moich objąłem te stany i jednostki chorobowe, których objawem było wydzielanie z brodawki sutka bez jednocześnie badalnego guzka lub stwardnienia. Według dotychczasowych obserwacji wydzielanie z brodawki sutka bez badalnego guzka może występować w różnych stanach patologicznych takich jak:

1. rak sutka (*carcinoma mammae*), 2. brodawczak wewnątrzprzewodowy (*papilloma intraductale*), 3. torbielkowate zwyrodnienie sutka (*mastopathia cystica*), 4. torbiel sutka (*cystis mammae*), 5. *mastitis plasmocellularis*, 6. rozstrzeń przewodu (*ectasia ductuum*), 7. ropień sutka (*abscessus mammae*) i 8. zaburzenia hormonalne (*disfunctio hormonalis*).

W punkcie 8 jako przyczynę wydzielania z sutka podałem „zaburzenia hormonalne”, które mogą towarzyszyć również i innym schorzeniom w przedstawionym zestawieniu. Zaburzenia hormonalne wymieniłem jako odrębną jednostkę chorobową, ponieważ w większości występowały one po leczeniu hormonalnym, obraz mastograficzny był prawidłowy, a w badaniu cytologicznym brak było zmian (rozmaz bezkomórkowy, próba benzydynamowa ujemna). W badaniach moich nie uwzględniłem stanów wydzielania z sutka mleka poza okresem laktacji, oraz zastępczego lub uzupełniającego krwawienia miesięcznego, jak również raka końcowych odcinków przewodów mlecznych (*ca Pageti*).

MATERIAŁ WŁASNY

Poddano obserwacji 42 chore, które zgłosiły się do Wojewódzkiego Szpitala Onkologicznego w Lublinie z powodu wydzielania z sutka, bez badalnego guzka lub stwardnienia. Badania przeprowadziłem w latach

1964—1966 w ciągu 20 miesięcy. Najmłodsza chora miała 29 lat, najstarsza zaś 72. Żadna z chorych nie przeżyła poprzednio operacji sutka oraz ropnego zapalenia sutka w czasie karmienia.

Tabela 1

Jednostka chorobowa	Liczba przypadków	Średnia wieku	Liczba chorych przed menopauzą	Średni okres wydzielania	Uwagi
Rak sutka	6	48	4	5 m	
Brodawczak wewnętrzny	14	43	10	3 lata	Średnia wieku dla 13 chorych wynosi 40,5 lat. Średni okres wydzielania dla 13 chorych wynosi 17 miesięcy
Torbielkowate zwyrodnienie sutka	9	44	6	6 m.	
Torbiel sutka	2	65	—	46 m.	U jednej chorej wydzielanie trwało 7 lat, u drugiej 8 tygodni
<i>Mastitis plasmocellularis</i>	2	43	2	16 m.	
Rozstrzeń przewodu	3	58	—	26 m.	
Ropień sutka	3	49	—	9 m.	
Zaburzenia hormonalne	4	44	4	3 tyg.	

Materiał 42 leczonych chorych podzieliłem na 8 grup wg przyczyn wydzielania z sutka (tab. 1). W grupie 6 przypadków raka sutka w 2 wyniki badania na krew utajoną był negatywny, pomimo że w jednym z nich badanie histologiczne ujawniło małe ognisko inwazji. Oceniając przydatność badania na krew utajoną w raku sutka należy uważać, że próba ta nie ma praktycznego znaczenia. Stosowanie tego badania ma natomiast duże znaczenie przy różnicowaniu obustronnego wydzielania sutka na tle zaburzeń hormonalnych lub torbielkowego zwyrodnienia sutka.

Jak zdołałem zauważyć, kolor wydzieliny z brodawki (żółty, brązowy, zielony) nie ma znaczenia w ocenie przypadku. Badanie cytologiczne wydzieliny z przewodów mlecznych wykonane w 21 przypadkach w różnych grupach chorobowych nie miało praktycznego znaczenia i nie stanowiło podstawy do wyboru postępowania. Jedynie stwierdzenie komórek siaro-

wych w przypadku *mastitis plasmocellularis* potwierdziło rozpoznanie kliniczne. Badania cieniujące przewodów mlecznych wykonałem we wszystkich 42 przypadkach, które zgłosiły się do leczenia. Badanie cieniujące przewodów mlecznych pozwalało mi na określenie kierunku, rozległości i niekiedy charakteru zmiany. W grupie raków wewnątrzprzewodowych badanie cieniujące przewodów mlecznych nie daje charakterystycznego obrazu dla oceny tego schorzenia. W grupie brodawczaków wewnątrzprzewodowych badanie cieniujące przewodów daje podstawę do oceny umiejscowienia schorzenia a nierzadko pozwala ustalić właściwe rozpoznanie. Krótki zacieniowany odcinek przewodu mlecznego wskazuje na umiejscowienie brodawczaka w okolicy otoczki sutka. Przy obwodowym umiejscowieniu brodawczaka przewód mleczny jest pogrubiony, długi, o przebiegu krętym.

W grupie torbielkowego zwyrodnienia sutka występuje charakterystyczny obraz głównego przewodu mlecznego z bardzo licznymi drobnymi odgałęzieniami o dość wąskim świetle. Taki zacieniowany przewód przypomina „poplątany kłębek drutu”.

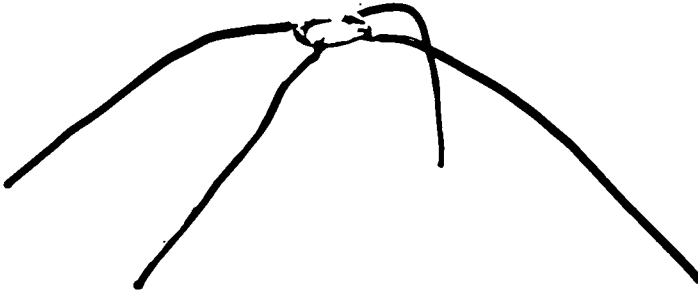
W grupie *mastitis plasmocellularis* oraz rozstrzeni przewodu badanie cieniujące pozwala na ocenę zasięgu schorzenia.

W grupie zaburzeń hormonalnych badanie cieniujące przewodów wskazuje regularne, o prawidłowym świetle, dobrze wypełniające się środkiem cieniującym przewody mleczne. Analiza przeprowadzonych badań wykazała, że prawidłowe rozpoznanie uzyskałem na podstawie badania cieniującego w 78,5% w porównaniu do prawidłowego rozpoznania klinicznego w 57%.

W badaniach własnych posługiwałem się także metodami laboratoryjnymi, cytologicznymi, radiologicznymi, operacyjnymi i histopatologicznymi. Badania te miały na celu określenie przyczyny wydzielania z sutką oraz podanie umiejscowienia i zasięgu schorzenia. Z badań pracownianych wykonywałem badanie wydzieliny z sutka na krew utajoną (próba benzydynowa). W badaniu cytologicznym wydzieliny posługiwałem się metodą barwienia hematoksyliną i eozyną. Badanie histologiczne wyciętego skrawka wykonywane było głównie metodą skrawków parafinowych.

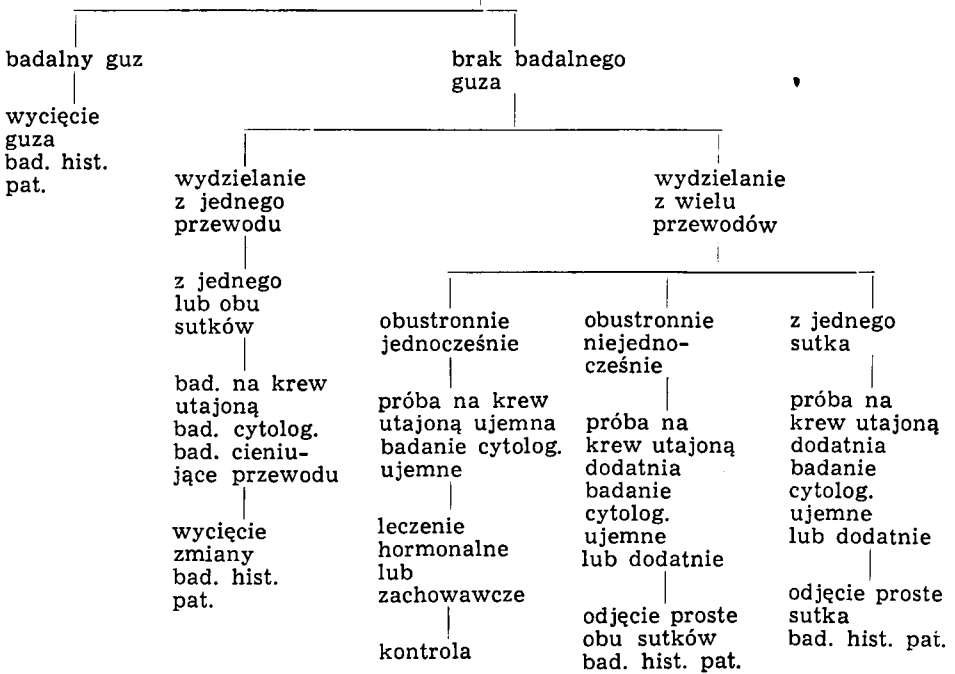
W celu stwierdzenia kierunku i zasięgu wydzielającego przewodu mlecznego stosowałem wypełnianie przewodu mlecznego środkiem cieniującym (*mastographia contrastiva*). Do tego używałem preparatu Lipiodol Ultra-Fluide. Do wprowadzenia środka cieniującego używałem tępej igły. Przed wprowadzeniem igły do przewodu, brodawkę sutkową wyjaławiałem nalewką jodową, po czym przykładałem na 15 min. ciepły okład z kwasu bornego. Dzięki stosowaniu ciepłego kompresu ujście wydzielającego przewodu mlecznego było lepiej widoczne, co ułatwiało wprowadzenie igły. Przy brodawce wciągniętej zastosowanie ciepłego kompresu pozwalało na dość łatwe wymasowanie jej z głębi sutka. Dwa dni przed wykonaniem badania cieniującego zabraniałem chorej wyciskania wydzieliny z sutka. Po wyjałowieniu i ogrzaniu brodawki uciskałem otoczkę sutka doprowadzając do ukazania się wydzieliny z brodawki i posługując się okularami czterokrotnie powiększającymi mogłem zło-

kalizować ujście przewodu wydzielającego i z łatwością wprowadzić igłę. Po podłączeniu strzykawki do igły zawsze próbowałem wyaspirować wydzielinę z przewodu mlecznego, po czym nie stosując dużego nacisku na tłok, wprowadzałem środek cieniujący. Pojemność przewodu w moich badaniach wynosiła 0,2—2,5 ml.



Ryc .1. Wskaźnik — Index

Postępowanie w sutku wydzielającym



Przy dostatecznie wypełnionym środkiem cieniującym przewodzie, chora informowała o uczuciu rozpierania w sutku. Po wyjęciu igły część środka cieniującego wyciekała. Zdjęcie sutka wykonywałem w pozycji przednio-tylnej i bocznej. Przed zdjęciem w pozycji przednio-tylnej kładłem na sutek „wskaźnik” z drutu, dzięki któremu mogłem umiejscowić zacięniowany przewód mleczny (ryc. 1). Przed operacją rysowałem na skórze sutka zarys zacięniowanego przewodu. Usunięcie zrazika

wykonywałem metodą podaną przez Babcocka w modyfikacji własnej. Po wprowadzeniu tępej igły do przewodu wstrzykiwałem około 0,5—1 ml barwnika (indygo-karmin), dzięki czemu mogłem kontrolować prawidłowość zabiegu przy wycinaniu zrazika. Następnie nacinałem skórę wzdłuż przewodu zaczynając od brzegu otoczki sutka, po czym przy pomocy igły wprowadzonej do przewodu mogłem łatwo odszukać przewód i przeciąć go. Po odcięciu przewodu w końcowym jego odcinku w brodawce, wycinałem w całości zaplanowany zrazik. Przeprowadzone badanie diagnostyczne oraz wywiad chorobowy były podstawą do ustalenia postępowania leczniczego. Całość postępowania leczniczego można przedstawić schematycznie.

Tabela 2

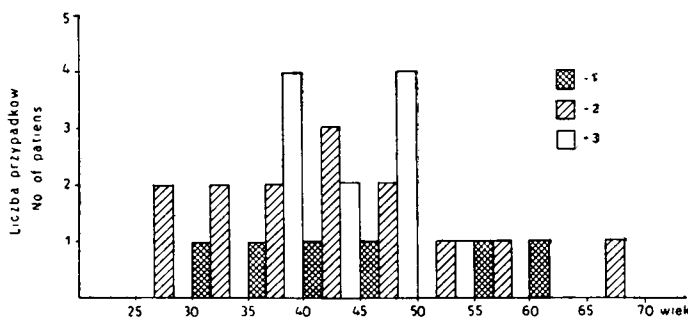
Jednostka chorobowa	Liczba przyp.	Rodzaj leczenia				
		zachowawcze	wycięcie zmiany	wycięcie zrazika	odjęcie proste	odjęcie doszczętne
Rak sutka	6				3	3
Brodawczak wewnętrzny	14			14		
Torbielkowate zwyrodnienie sutka	9			7	2	
Torbiel sutka	2			2		
<i>Mastitis plasmocellularis</i>	2		2			
Rozstrzeń przewodu	3			3		
Ropień sutka	2	2				
Zaburzenia hormonalne	4	4				

WYNIKI BADAŃ

Na podstawie własnego materiału przedstawiłem częstość występowania raka, brodawczaka wewnętrzny i zwyrodnienia torbielkowego w zależności od wieku (ryc. 2) Leczenie stanów patologicznych przyczyniających się do wydzielania z sutka było poprzedzone badaniami rozpoznawczymi, które dały podstawę do zastosowania prawidłowego postępowania leczniczego (schemat). Zastosowanie rodzaju leczenia w poszczególnych grupach chorobowych przedstawiłem w tab. 2.

W pierwszym etapie leczenia usuwałem zrazik lub zmianę chorobową, po czym dokładne badanie histologiczne całego materiału pooperacyjnego wykonywane metodą skrawków parafinowych, ustalało dalsze postępowanie. W grupie raków sutka w 3 przypadkach wykonałem proste odjęcie sutka, ponieważ proces nowotworowy dotyczył tylko przewodów mlecz-

nych (*ca in situ*). W dalszych 3 przypadkach dokonałem doszczętnego usunięcia sutka. W tych przypadkach proces nowotworowy przechodził poza przewód mleczny na otaczające tkanki (*ca invasivum*). W badanych węzłach chłonnych przerzutów nowotworowych nie stwierdzono.



Ryc. 2. Występowanie raka, brodawczaka wewnątrzprzewodowego i zwyrodnienia torbielkowego w zależności od wieku; 1 — rak, 2 — brodawczak wewnątrzprzewodowy, 3 — torbielkowane zwyrodnienie sutka

The appearance of cancer, intraductal papillomas and cystic disease depending on age; 1 — cancer, 2 — intraductal papilloma, 3 — cystic disease

W grupie brodawczaka wewnątrzprzewodowego wykonałem we wszystkich przypadkach wycięcie zrazika. Wielkość brodawczaka była od 3 mm do 2,5 cm. Z liczby brodawczaków wewnątrzprzewodowych, w 9 przypadkach umiejscowienie brodawczaka było obwodowe.

W torbielkowatym zwyrodnieniu sutka w 7 przypadkach wydzielanie dotyczyło jednego zrazika, który usunąłem. W 2 dalszych przypadkach stwierdzało się wydzielanie z kilku przewodów mlecznych. W tych przypadkach wykonałem proste odjęcie sutka.

W *mastitis plasmocellularis* wykonałem wycięcie zmiany. W ropniu sutka leczenie zachowawcze polegało na podawaniu antybiotyków do jamy ropnia przez ujście przewodu mlecznego.

Wydzielanie wieloprzewodowe z obu sutków w zaburzeniach hormonalnych wystąpiło w 2 przypadkach po energicznym leczeniu sterydami, u jednej chorej po leczeniu estrogenami, w jednym przypadku bez poprzednio stosowanego leczenia. W pierwszych 2 przypadkach wydzielanie ustąpiło po 6 i 7 tyg. bez stosowania leczenia. W przypadku wydzielania z sutków po leczeniu estrogenami, stosowanie testosteronu przez okres 2 tyg. zlikwidowało trwale przykre objawy. W ostatnim przypadku stosowanie testosteronu w drugim okresie cyklu miesięcznego przez okres 5 miesięcy wstrzymało wydzielanie.

DYSKUSJA

Wszystkie rozrosty i zmiany nabłonka przewodów mlecznych w patologicznym procesie sutka wydzielającego należy uważać z punktu widzenia organizacyjnego za stany przedrakowe. Z tego stwierdzenia wynika, że w tych stanach należy dążyć do ustalenia prawidłowego rozpoznania drogą badań zachowawczych lub operacyjnych (16). W celu ustalenia przyczyny wydzielania z sutka należy zastosować badania kompleksowe, tj. badania laboratoryjne, cytologiczne, radiologiczne, operacyjne i histologiczne. Na podstawie spostrzeżeń własnych i wielu autorów można stwierdzić, że całą uwagę w profilaktyce raka sutka należy zwrócić na patologiczne zmiany toczące się w przewodach mlecznych. Wielu autorów stosuje tzw. „zapobiegawcze” odjęcie piersi w przypadkach wydzielania płynu surowiczego-krwistego, kiedy zawiedzie palpacyjny sposób wykrycia umiejscowienia przyczyny wydzielania (2, 6, 9). Kryterium postępowania tej grupy autorów opiera się na zasadzie, że „w przypadku wątpliwości rozpoznawczych schorzenia i trudności umiejscowienia przyczyny wydzielania, najlepiej jest usunąć sutek”. Biorąc pod uwagę duże możliwości rozpoznawcze i lecznicze, a jednocześnie znając tragedię niepotrzebnie okaleczonej kobiety, należy zasadę tę uznać za wysoce niesłuszną.

Na podstawie własnego doświadczenia mogłem stwierdzić, że przy stosowaniu kompleksowego badania w sutku wydzielającym uniknąłem w wielu przypadkach niepotrzebnego odjęcia go. Dla przykładu podam, że stosując kompleksowe badania rozpoznawcze mogłem w 9 przypadkach brodawczaka wewnątrzprzewodowego umiejscowionego obwodowo wykonać wybiórcze wycięcie zrazika. Jak wiadomo w przypadkach tych zawodzi palpacyjny sposób umiejscowienia schorzenia.

Dużo sprzecznych opinii budzi sprawa zagrożenia lub powstawania raka z powodu torbielkowego zwyrodnienia sutka. Badania mikroskopowe materiału sekcyjnego gruczołów mlecznych kobiet zmarłych z różnych przyczyn, wykazują zwyrodnienie torbielkowe w 74% niezmienionych klinicznie gruczołów piersiowych; z podobną częstością (75%) zmiany te współistnieją w rozwiniętym raku sutka. Jednocześnie stwierdzono, że rak sutka powstaje 4,5 razy częściej u kobiet ze zmianami torbielkowatymi (24). Zestawienie tych liczb wykazuje, że zwyrodnienie torbielkowe jest zjawiskiem wielokrotnie częstszym niż rak sutka i tylko w niewielkim odsetku prowadzi do rozwoju raka.

Opinia dość licznej grupy autorów (7, 13, 23) kwestionuje zagrożenie powstawania raka z powodu torbielkowego zwyrodnienia sutka. Poczynione obserwacje kilkuletniego wydzielania płynu surowiczego lub surowiczego-krwistego z sutka nie wykazały powstawania raka. Uważam,

że kilkuletnie obserwacje są zbyt krótkie dla oceny tego faktu. Jeżeli 5-letni okres obserwacji po leczeniu raka sutka należy przyjąć praktycznie za pożyteczny, to nie można przyjąć tego okresu za wskaźnik ryzyka powstawania raka z powodu torbielkowatego zwyrodnienia z wydzieleniem z sutka. Chora po leczeniu raka sutka, mając za sobą 5-letni okres bez objawów, jest mniej narażona na nawrót choroby w drugim pięcioleciu, a jeszcze mniej w trzecim. Jeżeli torbielkowane zwyrodnienie z wydzieleniem z sutka może być przyczyną powstawania raka, to ryzyko powstania raka jest większe w drugim i trzecim pięcioleciu niż w pierwszym.

Obserwowałem chorą z krwistym wydzieleniem sutka z 7-letnim wywiadem chorobowym, która zgłosiła się do leczenia z inwazyjnym rakiem sutka z przerzutami do węzłów pachowych. Chora ta przed 7 laty bez badalnego guzka w sutku nie wyraziła zgody na leczenie. U chorej lat 41 z 18-letnim wywiadem wydzielenia płynu surowiczego z sutka, powstał rak z przerzutami do węzłów pachowych (przypadek z Kliniki prof. T. Onyszkiewicza). Podobne spostrzeżenia powstawania raka sutka po 3—10-letnim okresie wydzielenia poczyniło wielu autorów (2, 4, 11).

W świetle znanych faktów klinicznych i morfologicznych najszuszniejszym postępowaniem w procesie sutka wydzielającego bez badalnego guzka lub stwardnienia, jest dążenie do wycięcia zrazika wydzielającego. Badania mikroskopowe wykazują, że rozrosty nabłonkowe w przewodach mlecznych (*epithelioplasia*) często mogą obejmować równocześnie wiele zrazików w różnych partiach sutka lub nawet w obu sutkach (postać rozlana obustronna). Doświadczenie kliniczne poucza, że zmiana środowiska hormonalnego często prowadzi do cofania się zmian. Dlatego stojąc na stanowisku, że przewód wydzielający stanowi największy stopień zagrożenia rakiem, należy usunąć zrazik i zastosować leczenie hormonalne. Niezależnie od tego chora winna być w stałej okresowej kontroli. W przypadku jednostronnego wydzielenia z wielu przewodów mlecznych odjęcie proste sutka jest najbardziej uzasadnione.

W materiale badanych 42 chorych z wydzieleniem z sutka bez badalnego guzka, w 6 przypadkach stwierdziłem raka wewnątrzprzewodowego lub z zaczynającą się inwazją, w 25 przypadkach stan przedrakowy, (grupa II, III, IV) a w 11 przypadkach łagodne schorzenia (grupa V, VI, VII, VIII). Rak sutka w ogólnej liczbie badanych chorych stanowi 14%. Jeżeli jednak z liczby badanych chorych odliczyć grupę schorzeń nie stanowiących zagrożenia rakiem, tj. 11 chorych, wówczas występowanie raka sutka w moim materiale wynosi około 20%.

Najbardziej pomocnym badaniem, pozwalającym często na umiejscowienie przyczyny wydzielenia i rozległości schorzenia, jest cieniujące badanie przewodów mlecznych (*mastographia contrastiva*). Badanie cieni-

jące przewodów mlecznych wykonałem u wszystkich 42 leczonych chorych z wydzielaniem sutka bez badalnego guza. W liczbie tej wliczonych jest 7 przypadków z wciągnięciem brodawki. Oceniając własne wyniki stwierdziłem, że prawidłowe rozpoznanie uzyskałem w 78,5%. W moim materiale wyniki badań cieniujących przewyższają o 21,5% prawidłowe rozpoznanie kliniczne. Z przeprowadzonej analizy wynika, że badanie cieniujące przewodów ma dużą wartość w ustaleniu rozpoznania w sutku wydzielającym bez badalnego guza (17).

Wielu autorów nie stosuje badania cieniującego przewodów, oceniając tę metodę jako zbyt trudną w wykonaniu, lub bezwartościową a nawet szkodliwą (5, 8, 14, 20). Szkodliwość tej metody ma polegać na niebezpieczeństwie rozsiewu komórek nowotworowych w czasie zwiększonego ciśnienia w przewodach mlecznych podczas wykonywania badania. Drugą szkodliwością tego badania ma być powstawanie stanów zapalnych po podaniu środka cieniującego. Wydaje mi się, że przy prawidłowym i delikatnym wypełnieniu przewodu mlecznego środkiem cieniującym, niebezpieczeństwo rozsiewu komórek nowotworowych jest bardzo małe. Z drugiej strony nie stwierdziłem w żadnym przypadku badanych chorych stanu zapalnego sutka, nawet w obserwacji 9-miesięcznej.

Jedną z ważniejszych korzyści badania cieniującego, jest wskazanie przewodu mlecznego, kierunku i rozległości wydzielania. Dzięki temu istnieje możliwość wybiórczego usunięcia zrazika, a nie szerokie wycięcie mięszu a nawet odjęcie sutka. Trudności w znalezieniu źródła wydzielania w sutku metodą palpacyjną bywają przyczyną zbędnego usunięcia sutka lub niedostatecznie uzasadnionej rezygnacji z leczenia operacyjnego.

Wykryciu krwinek w wydzielinie sutka lub produktów ich rozpadu przypisywano duże znaczenie. Wielu autorów zaleca usunięcie sutka w przypadkach krwistego wydzielania u kobiet, które przekroczyły 50 rok życia (2, 6). Na podstawie własnych badań mogę stwierdzić, że dodatnia próba na krew utajoną ma jedynie znaczenie drugorzędne. Fakt obecności lub braku krwinek w wydzielinie nie może być podstawą, na której można by opierać decyzję postępowania leczniczego. We własnym materiale na ogólną liczbę 6 raków sutka, w 2 przypadkach wykryłem raka sutka z ujemną próbą na krew utajoną. Stosowanie tej próby ma na pewno duże znaczenie przy różnicowaniu obustronnego wydzielania z sutka na tle zaburzeń hormonalnych lub torbielkowego zwyrodnienia sutka, przy uwzględnieniu wywiadu chorobowego (schemat).

Badania cytologiczne, które wykonałem w połowie badanych przypadków nie miały większego znaczenia dla ustalenia rozpoznania. Jednakże nie mogę pominąć faktu, że badania te wykonywałem jednorazowo, a ba-

dania Russella wykazują 80% prawidłowych rozpoznań przy badaniach wielokrotnych.

Ocena histologiczna materiału operacyjnego w preparacie mrożonym jest bardzo trudna i często może prowadzić do nieprawidłowego przeprowadzenia leczenia. Według znanych danych niepotrzebne usunięcie sutka z powodu błędnej oceny histologicznej wykonano w 10—25% (18). Na podstawie obserwacji klinicznych oraz badań mikroskopowych można stwierdzić, że raki powstające na podłożu przewlekłych procesów patologicznych przewodów mlecznych nie są klinicznie zbyt dynamiczne (7, 16, 22). Opierając się na tych obserwacjach różnych autorów oraz na podstawie własnego doświadczenia przy opracowywaniu swojego materiału posługiwałem się wyłącznie metodą skrawków parafinowych.

Rozważając w całości procesy patologiczne toczące się w sutku z wydzieleniem bez badalnego guzka, należy mieć na uwadze całą grupę schorzeń również i tych, które nie stanowią zagrożenia przemian rakowych. Znane są fakty usunięcia sutka w przypadkach *mastitis plasmocellularis* (7, 12, 18). W moim materiale miałem 2 takie przypadki, które po zastosowaniu wszystkich metod badawczych mogłem prawidłowo rozpoznać i przeprowadzić leczenie operacyjne w postaci wycięcia zmiany.

W moich badaniach obejmujących 42 przypadki wydzielania z sutka bez badalnego guzka w 14% wykryłem wczesnego raka. Objaw wydzielania z brodawki sutka jest stanem informującym o toczącym się procesie patologicznym w przewodzie mlecznym. Znaczenie tego objawu jest niezmiernie ważne, dzięki niemu można w odpowiednim czasie po zastosowaniu leczenia uchronić chorego przed niebezpieczeństwem powstania wczesnej formy raka. Stosowanie kompleksowych badań w sutku wydzielającym pozwoliło mi na uniknięcie błędów rozpoznawczych i leczniczych. Otrzymane dobre wyniki lecznicze (brak nawrotów) we wszystkich grupach chorobowych sutka wydzielającego nie pozwalają mi jednak na wyciągnięcie zbyt daleko idących wniosków, ponieważ okres obserwacji chorych (1—2 lata) jest dość krótki i wymaga dalszej kontroli. Na podstawie dotychczasowej obserwacji mogłem się przekonać, że stosowane przeze mnie metody rozpoznawcze i lecznicze wielokrotnie przyczyniły się do uniknięcia wykonania okaleczającej operacji lub wykazały potrzebę zastosowania rozległego zabiegu we wczesnym okresie raka.

WNIOSKI

1. Wydzielenie z sutka bez badalnego guzka jest ważnym objawem świadczącym o patologicznym procesie toczącym się w przewodzie mlecznym.
2. Leczenie stanów sutka wydzielającego jest profilaktyką raka sutka.

3. Ustalenie przyczyny wydzielania z sutka winno być przeprowadzone przy zastosowaniu zespołu badań: badania laboratoryjne, cytologiczne, radiologiczne, operacyjne i histologiczne — przy czym badanie cieniujące przewodów mlecznych jest najbardziej przydatne.

4. Cieniujące badanie przewodów mlecznych pozwala na zlokalizowanie źródła wydzielania, a często na ustalenie rozpoznania.

5. Stosowanie „wskaźnika” podczas badania cieniującego jest pomocne w umiejscowieniu patologicznego procesu w sutku.

6. Dzięki zastosowaniu badania cieniującego i barwnika jako wskaźnika, można dokonać wybiórczego wycięcia zrazika.

7. Badanie wydzieliny na krew utajoną w obustronnym wydzielaniu sutfków ma duże znaczenie rozpoznawcze, natomiast w innych przypadkach znaczenie tego badania jest drugorzędne.

8. Badania własne wykazały, że jednorazowe badanie cytologiczne wydzieliny z sutka nie ma większego znaczenia rozpoznawczego.

PIŚMIENNICTWO

1. Chambers R.: *J. A. M. A.* **147**, 295, 1951.
2. Donnelly B.: *Ann. Surg.* **113**, 341, 1941.
3. Estes A., Philips C.: *Surg. Gyn. Obst.* **89**, 345, 1949.
4. Garland J.: *Am. J. Surg.* **16**, 209, 1951.
5. Gershon-Cohen J., Budin E.: *Am. J. Roentgenol.* **75**, 1188, 1956.
6. Gracy H., Wood G.: *Arch. Surg.* **203**, 42, 1941.
7. Haagensen C.: *Diseases of the Breast.* Philadelphia, W. Sandaers Comp. 1956.
8. Haagensen C., Stout A., Philips J.: *Ann. Surg.* **133**, 18, 1951.
9. Hendrick I.: *Surg. Gyn. and Obst.* **105**, 215, 1957.
10. Hicken N., Best R., Hunt H., Harris T.: *Am. J. Roentgenol.* **39**, 321, 1938.
11. Hinchey P.: *Ann. Surg.* **113**, 341, 1941.
12. Ingleby H. Cohen J.: *Comparative Anatomy, Pathology and Roentgenology of the Breast.* Chatham, W. Mackay 1960.
13. Judd G.: *Lancet* **37**, 141, 1917.
14. Kilgore A., Fleming R., Ramos M.: *Surg. Gynec. and Obstet.* **96**, 649, 1959.
15. Koszarowski T.: *Nowotwory* **1**, 67, 1950.
16. Kwiatkowski M.: *Nowotwory* **18**, 57, 1968.
17. Kwiatkowski M.: *Nowotwory* **18**, 279, 1968.
18. Laskowski J.: *Medycyna* **75**, 1937.
19. Marshal S., Marcum R.: *S. Clin. North. America* **31**, 869, 1951.
20. Pack G., Ariel J.: *Treatment of Cancer and Allied Diseases.* P. Hoeber, New York 1960.
21. Przybora L.: *Rozrosty nabłonkowe a histologiczne stany przedrakowe właściwe sutka. Morfologia i klinika niektórych stanów przedrakowych człowieka.* PZWL, 1956.

22. Ries E.: Am. J. Obst. Gynec. 20, 414, 1930.
23. Rudowski W.: Stany przedrakowe sutka. Morfologia i klinika niektórych stanów przedrakowych człowieka. PZWL, 1956.
24. Russell W., Neidhardt H., Chang S.: Surgery 54, 825, 1963.
25. Saltzstein H., Pollack R.: Cancer 1, 625, 1948.
26. Warren J.: Surgery 19, 32, 1946.

Otrzymano 5 X 1968.

РЕЗЮМЕ

Автор отмечает, что при прощупываемости опухоли в молочной железе и выделении из неё жидкости способ лечения известен. Гистологический диагноз удаленной опухоли определяет дальнейшие предписания врача. Особым с клинической точки зрения представляется случай „сецернирующей молочной железы”, внутри которой прощупать опухоли или уплотнения не удастся. Понятие „сецернирующая молочная железа” охватывает много разных болезненных процессов, патологических состояний молочной железы, не всегда имеющих преканцерозный характер. Клиническое ознакомление с такими изменениями необходимо врачу для правильного лечения.

Из 42 больных с сецернирующей молочной железой и отсутствием в ней опухоли автор обнаружил в 6 случаях интрадуктальный рак или начинающуюся его инвазию, в 25 — преканцерозное состояние, а в 11 — доброкачественную опухоль. Больные раком молочной железы составляли 14% всех обследованных больных. Если же от числа всех обследованных отнять число больных (11 человек) с заболеваниями, не переходящими в рак, то тогда рак молочной железы составляет 20%.

Для установления диагноза автор использовал лабораторные, цитологические, радиологические, операционные и гистологические методы.

Для локализации причин секреции и распространенности заболевания автор считает наиболее пригодным контрастное радиологическое исследование молочных ходов. Эти исследования позволили установить правильный диагноз у 78,5% больных.

Исследования скрытой секреторной крови и цитологические исследования имеют вспомогательное значение, но не могут быть основой для клинического лечения. Гистологические исследования выполнялись методом парафиновых срезов.

Применялось следующее лечение: иссечение болезненного фокуса, дольки железы по методу Вабсока в модификации автора, простая и радикальная мамэктомия или же консервативное лечение.

В заключение автор отмечает большое значение вышеперечисленных исследований для раннего распознавания рака молочной железы.

S U M M A R Y

The author states that the treatment of secretory disease of the breast, if a tumour is present, is known. Histological recognition of the excised tumour determines further treatment. The clinician is faced with a special difficulty if a tumour is not palpable or if induration does not exist. The condition known under the name of *mamma secretans* encompasses a number of entities and pathological states of the breast. Not all of them are precancerous states. A clinical knowledge of those conditions is needed in order to prescribe proper treatment.

The author examined 42 patients affected with secretory disease of the breast with unpalpable tumour. In 6 cases he stated duct carcinoma or a condition known as *invasio incipiens*. In 25 cases he diagnosed precancerous states and in 11 cases a benign condition. Breast carcinoma made up 14 per cent of the total number of the patients examined. However, if 11 patients with unrecognized tumour are taken into consideration, then the percentage of breast cancer will amount to as much as 20 per cent. The author used laboratory, cytological, radiological, surgical, and histological methods in diagnostic examinations.

In the author's opinion contrast mammography is the most reliable method in the determination of the cause of the secretion and the extent of the affected area. This method enabled the author the diagnosis of 78.5 per cent of the total number of the patients. Blood examination in the discharge and cytological examination clarifies the case but is not the basis on which clinical treatment may be founded. The histological examinations were performed by the paraffin method. During the treatment the author applied excision of the lobus affected, the excision of the lobus by the Babcock method with modification introduced by himself, simple mastectomy, radical mastectomy, and conservative treatment.

In conclusion the author reports that if the symptoms of secretory disease of the breast lead to an early recognition of cancer in a high percentage, then these symptoms are of great importance and must not be neglected.

