

## DOUĂ CAZURI DE CLOROMĂ

L. Róna, A. Máthé, P. Dóczy

Cloroma este o îmbolnăvire tumorală care se manifestă deseori prin tabloul sanguin caracteristic leucemiei. Ea se caracterizează printr-o culoare verde ca iarba, sau gri-verzuie şi prin concreşcenţe tumorale formate dintr-un ţesut mieloid. În general proliferarea cromatică este paraosteală, apărind şi extinzându-se de-a lungul oaselor. În unele cazuri însă această proliferare se extinde de asemenea asupra sternului, a vertebrelor şi a coastelor sau uneori chiar în organele interne, ca de ex. în splină, în ficat, în mamele şi în inimă.

În cursul evoluţiei clinice a bolii în afară de sindromul acut al leucemiei domină deseori simptomele neuroase. Astfel tumorile paraosteale care cresc în interiorul craniului pot să provoace diferite simptome neuroase de compresiune. Infiltratele bazale pot să cauzeze paralizia nervilor cerebrali-faciali oculomotor, stato-acustici, trigemen etc. Tumorile orbitei provoacă exoftalmie şi datorită compresiunii nervului optic apar tulburările de vedere.

Unele observaţii arată că la început tumorile pot să se manifeste printr-un tablou sanguin normal, şi că invadarea singelui cu celule leucemice nu survine decât mai târziu, uneori chiar în timpul radioterapiei.

Nu de mult în clinica noastră am observat cloromă apărută la două fete tinere. Dintre aceste două cazuri unul a prezentat tabloul tipic, clasic al cloromei, în timp ce celălalt a avut o formă neobişnuită atât în ceea ce priveşte localizarea cit şi simptomele hematologice.

*Obs. I. N. I.* fetiţă de 14 ani. Simptomele apar aproximativ cu o lună şi jumătate înainte de a fi internată în clinică. Tulburări de auz iniţiale i se asociază o exoftalmie bilaterală, alterarea vederii, greţuri, vărsături, inapetenţă, slăbire şi o astenie din ce în ce mai accentuată. Înainte de internare cu câteva săptămâni, simţurile se măresc, devenind consistente.

În momentul internării bolnava este foarte slabă, anemică, prezentînd o stare gravă. Amândoi simţi sînt puternic tumefiaţi, consistente la palpare, de o culoare verzuie-albăstruiie. Ochii sînt pronunţat ieşiţi înafară, pleoapele sînt tumefiate, iar în jurul ochilor se observa sutuzium, (fig. nr. 1).

Nu se constata mărirea apreciabilă a ganglionilor limfatici. Ficatul depăşeşte cu aproximativ 3 lăţimi de deget rebordul costal avînd o margine circulară, suprafaţa netedă, fiind consistentă la palpare. Polul inferior al splinei se palpează cu 4 lăţimi de deget sub rebordul costal. Rezultatele examenelor de laborator sînt următoarele: numărul hematiilor: 1.000.000; Hgb.: 24%; leucocitele: 145.000; vsh: 120/160 mm; nr. trombocitelor: 19.000; nr. reticulocitelor: 2%; timpul de sîngerare: 3,5 minute; timpul de coagulare: 3 minute; În urină se constată o albuminurie masivă şi reacţie Benice-Jones pozitivă. În tabloul sanguin şi în punctatul medular se găsesc leucocite în cea mai mare parte tinere de tip promielocit-mielocit, aparţinînd seriei mielocide, puţîndu-se observa de asemenea forme intermediare care merg pînă la granulocitele mature. Radiografia craniului nu arată nici o leziune.

Pe baza acestui tablou clinic tipic din toate punctele de vedere, stabilim diagnosticul de cloromă. Bolnava se află într-o stare foarte gravă. În urma faptului că nu am făcut transfuzii de sînge şi am administrat antibiotice şi cardiotonice, starea ei se agravează din ce în ce mai mult moartea producîndu-se în a treia zi de observaţie clinică.

Autopsia (protocol nr. 43/1950; medic anatomo-patolog Odón Balogh) confirmă în întregime diagnosticul nostru. Aproape în toate organele viscerele se constata o proliferare tumorală infiltrativă de culoare verde (în ficat, în splină, în măduva osoasă, pe

suprafața interioară a oaselor craniene, în orbite, în rinichi, în miocard, în plămâni, în pleură, în vezica urinară, în ovare etc. (fig. nr. 2).

Ținute la aer, secțiunile tisulare de culoare verzui se decolorează lent. Substanța lor tisulară este bogată în celule, mai ales în celule de tip mielocit, promielocit, iar între acestea se află fascii subțiri de țesut conjunctiv.

Observația II. S. M. fată în vîrstă de 16 ani. Înainte cu 5 zile de a fi internată în clinica neuro-chirurgicală se simte rău, membrele inferioare i se paralizază. La internare se constată o febră de 38—39°C, tenoame meningeene grave precum și o paraplegie flască cu absența reflexelor profunde la membrele inferioare. În urma unei puncții lombare obținem un lichid ușor xantocrom, circulația fiind tulburată. Reacțiile albuminice sînt intens pozitive: nr. celulelor 3.800/3, în cea mai mare parte granulocite. Rezultatul colorialte examen: nr. hematiilor: 3.600.000, hgb: 67%; numărul leucocitelor: 4.600; v.s.f: 32—50 mm; tabloul sangvin nu prezintă nimic patologic. Urina e negativă.

Sub efectul penicilinei și al sulfonamidelor administrate boala devine după 2 zile afebrilă, acuzele subiective cedează iar mișcările membrilor inferioare se restabilesc parțial. După cîteva zile însă acest proces de ameliorare stagnează, mișcările membrilor inferioare se înrăutățesc rapid, instalîndu-se o paraplegie flască, însoțită de dureri radiculare foarte acute. La examenul senzorial obiectiv se constată că în direcție descendentă de la limita L<sub>2</sub> există o parestezie bilaterală care se agravează treptat în toate privințele, fără să ajungă la gradul de anestezie, respectiv analgezie. Repetîndu-se puncția lombară, se evacuează un lichid xantocrom coagulabil care la reacțiile albuminice dă un precipitat cazeos, iar proba Queckenstedt indică o obturare completă. Luînd în considerare simptomele de compresiune executăm o mielografie lipiodolică bidirecțională pentru a determina nivelul superior și inferior al obturării. Lipiodolul administrat lombar s-a oprit la limita inferioară a vertebrei IV. lombară, iar cel administrat suboccipital la limita superioară a vertebrei II lombară. Observînd scurgerea lipiodolului de sus în jos am remarcat că această scurgere este la nivelul vertebrelor II și III dorsale, mult mai lentă decît cea obișnuită, fără ca prin aceasta coloana de lipiodol să se fi îngustat apreciabil sau măcar să fi fost împiedicată parțial. Notăm că pe radiografia simplă anteroposterioară a porțiunii lombo-sacrale nu am observat nimic patologic. Porțiunea mai înaltă a coloanei vertebrale nu a fost explorată radiografic.

Luînd în considerare toate acestea am presupus că parapareza inițială e cauzată de un proces piogen pornit din una dintre vertebrele lombare, fapt datorita cărora a apărut și meningita, probabil în urma extinderii procesului. Am considerat parapareza inițială drept o consecință a meningo-mielitei, iar paraplegia flască de mai tîrziu drept un simptom al compresiunii grave cauzate de regiunea proliferativă avîndu-și originea în peripalmeningita care progresa repede.

După precizarea locului compresiunii am executat o operație (operator: A. Măthé) în urma deschiderii corespunzătoare a părții moi, de-a lungul marginii inferioare a vertebrei III lombare, a apărut un țesut nervos de culoare verzui-gri. Arcurile posterioare ale vertebrelor lombare II, III și IV, sînt formate dintr-un țesut osos firavoc și relaxat, avînd o culoare verzui-gri, iar spațiul epidural e plin tot de un țesut verzui-gri care înconjoară ca un înveliș duramater exercitînd asupra ei o compresiune puternică din toate direcțiile. Am extrîpat complet neoplasma din canalul medular, dar s-a văzut că fragmentele acesteia se prelungesc bilateral prin orificiile intervertebrale și în direcția extra-vertebrală. Limitîndu-ne la executarea decompresiunii, am renunțat sa urmărim aceste prelungiri.

După operație se instalează simptomele insuficienței circulatorii pe care nu reușim sa le combatem decît trecător. La 20 de ore după executarea intervenției, boala sucomba din cauza unei insuficiențe circulatorii.

La autopsie (protocol nr. 89/952) se constată ca pe suprafața anterioară a coloanei vertebrale și anume pe corpurile vertebrale se găsesc două surplusuri de țesut concave. Primul se află înaintea vertebrei III lombare, avînd mărimea unui pumn de bărbat, o suprafață bombată, fiind consistent la palparea și de o culoare gri-verzui; al doilea este de mărimea unei nucii verzi, prezentînd aceleași proprietăți ca și primul, fiind un nodul tumoral localizat atît pe partea anterioară cît și pe cea dreapta a vertebrei II dorsale. Cu ocazia autopsiei se observă că atît corpul vertebrei lombare a doua cît și cel al ver-



Fig. nr. 1.



Fig. nr. 2. - Infiltrate cloromatoase: a) in vezica urinară; b) in ovare; c) in splină; d) in rinichi; e) in ficat.

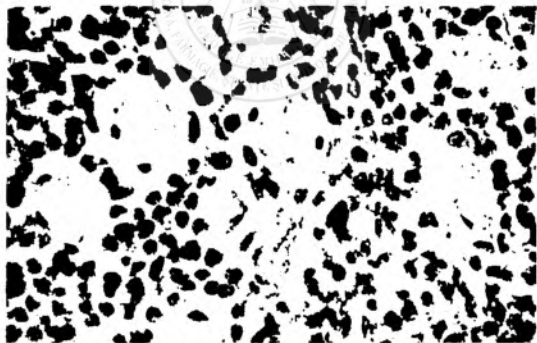


Fig. nr. 3. - Tabloul histologic al proliferării cloromatoase cu punctul de plecare in corpul vertebral. Tumoarea formată din celule tumorale mieloblastiforme pătrunde adinc între fasciculele fibrelor musculaturii dorsale. (Obs. nr. 2.)

tebrei III lombare, s-a relaxat, putînd fi ușor secționabil și avînd o culoare gri-verzui. În craniu și în celelalte oase nu s-au găsit leziuni. În măduva osoasă a epifizei proximale a sternului și a femurului s-au găsit pe alocuri hemoragii. Pe peretele anterior al ventricolului stîng în miocard s-a găsit un nodul tumoral de mărimea unui virf de deget avînd aceleași proprietăți ca cele amintite mai sus. Pe suprafața rinichului stîng s-a descoperit un focar tumoral de mărimea unui virf de deget, iar pe suprafața rinichului drept au fost puse în evidență două asemenea focare. Tumoraera prevertebrală a pătruns adînc pîntre fibrele musculaturii dorsale. Păstrate la aer feseurile de culoare verzuie s-au decolorat treptat, iar după ce au fost tratate cu  $H_2O_2$  și-au recîștigat culoarea intensă.

Exameinul histologic a pus în evidență următoarele: masa tumorală de culoare verzuie este compusă dintr-o mare cantitate de formații celulare de tip mieloblast. Între acestea se află fibre de țesut conjunctiv de dimensiuni mici și cîteva artere dilatate. Pe alocuri nucleul celulelor este excentric, avînd o structură asemănătoare cu aceea a celulelor plasmactice. Diagnostic histologic: cloromă (fig. nr. 3).

Notăm că în literatura pe care am consultat-o nu am găsit nici un caz descris în care compresiunea măduvei spinării să nu fi fost însoțită de simptomele compresiunii craniene. Interesul celui de al doilea caz al nostru constă în faptul că proliferarea tumorală nu a afectat dintre oase decît vertebrele, în timp ce craniul și oasele feței au rămas intacte. Corespunzător acestui fapt, simptomele de focar ale sistemului nervos s-au limitat numai la măduva spinării. În afară de aceasta a lipsit hemograma caracteristică leucemiei.

*Sosit la redacție: 11 ianuarie 1960.*

#### Bibliografie

1. ABRIKOSZOV: Ciastnara patologiceskaja anatomia I. Medgiz. Moscova (1947);
2. BOROS J.: Haematologia Budapest (1942);
3. ACKERMAN and REGATO: Cancer diagnosis, treatment and prognosis. Mosby St. Louis. (1947);
4. A belgyógyászati klinika munkae gyűjtése: Belgyógyászati előadások. V. III. Tg. Mureș (1951);
5. HEISEN I.: Chlorom und Zentralnervensystem. Ztschr. f. d. ges. Neurol. und Psych. Bd. 95 (1925) H. 1/2, S. 248. Ref. Zblatt f. allg. Path. 286 (1925);
6. METTIER S. R.: Central nervous system complications arising from diseases of Blood-Forming Tissues; J. Ment. a Nerv. Disorders 99: 756-767 (1944); Ref. Year-Book of Gen. Med. 295 (1944);
7. ROTSCCHILD H.: Chlorome der dura Mater mit atypischer Symptomatologie Dtsch. Ztschr. f. Nervenheilk 91, H. 1-3, p. 57-77 (1926);
8. APITZ K.: Knochenveränderungen bei Leukose; Zblatt f. Allg. Pathol. Bd. 69: 442 (1938);
9. FRIED B. M.: Leukemie und zentrales Nervensystem; Arch. of Pathol. Bd. 2. (1926), No. 1 Ref. Zblatt f. Allg. Pathol. 1: 14 (1927);
10. BALÓ J.: Kórbonetan V. II Budapest (1952)

#### ДВА СЛУЧАЯ ХЛОРОМЫ

Рона Л., Мате А., Доци П.

Авторы знакомят с двумя случаями хлоромы. Первый случай во всех отношениях типичен. Второй случай клинически и патанатомически был совершенно атипичен. Разрастание хлоромы только происходило в поясничных позвонках, соответственно этому дали симптомы сдавления спинного мозга.

Периферическая картина крови не была лейкоэмического характера.

#### DEUX CAS DE CHLOROME

L. Róna, Á. Máthé, P. Dóczy

Les auteurs exposent deux cas de chlorome. Le premier est typique à tous égards, mais le deuxième est complètement atypique au point de vue clinique et anatomo-pathologique. La prolifération s'est installée seulement dans les vertèbres lombaires et en conséquence n'a provoqué que des symptômes de compression de la moelle épinière. Le tableau sanguin périphérique n'a pas eu un caractère leucémique.