

## DATE PRIVITOARE LA ASCITA ȘI HIDROTORACELE DE ORIGINE OVARIANĂ (SINDROMUL DEMONS-MEIGS)

*Bakk Elek, Bódi András*

În cadrul unei ședințe (12. oct. 1950) a filialei din Odorhei a SȘM, am prezentat cazul unui bolnav cu sindrom Demons-Meigs, vindecat după operație. Acest sindrom are deseori un caracter confuz, iar neidentificarea lui duce la un desnodământ tragic, în timp ce o intervenție chirurgicală efectuată la timp e întotdeauna salvatoare. Iată de ce socotim că descrierea cazului amintit nu e lipsită de interes.

În majoritatea cazurilor, boala survine la femei între 30—60 de ani, rareori mai devreme sau mai târziu. De cele mai multe ori, se manifestă într-o formă asociată cu ascită și hidrotorace. În același timp, în ovar se poate găsi o tumoră benignă. E caracteristic că după extirparea tumorii, bolnava se vindecă. Fără operație, după un simplu drenaj, lichidul se formează din nou. Puncția devine necesară la intervale de timp din ce în ce mai scurte, pînă cînd bolnava moare din cauza edemului hipoproteinemic și cașectic.

*Demons* (Bordeaux) a semnalat pentru prima oară existența acestui sindrom, în 1887. *Cachera* și *Dorais* în 1903, iar mai târziu *Rokaens* au publicat cazuri izolate. *Petrovski* a eliminat cu 80 de puncții, la un singur bolnav, 1.230 de litri de lichid abdominal. Este meritul lui *Meigs* (Boston, 1935—43) de a fi studiat minuțios această maladie, care de atunci e cunoscută în literatură sub denumirea de *sindromul lui Meigs*.

În 1951, *Gaches* colecționează 80 de cazuri existente în literatură, iar *Meigs* menționează, în 1955, 124 de cazuri.

După cite știm, în țara noastră, noi am descris pentru prima oară sindromul

lui Meigs (1950). Mai târziu, A. Suchar și colaboratorii, în 1956 (1), apoi Ionescu și co.ab., în 1957, au publicat câteva cazuri (2). În literatura maghiară, Györy s-a ocupat recent (1957) cu această problemă. El a atras atenția asupra faptului că numai acele cazuri pot fi acceptate ca sindrom Meigs, care prezintă concomitent ascită hidrotorace și tumoră ovariană benignă (7). La sesiunea științifică ce a avut loc în 1957 la Tg. Mureș, Berger a descris un sindrom Meigs, din partea Clinicii de ginecologie (Tg. Mureș).

Potrivit observațiilor noastre de până acum, e vorba de un tablou clinic care începe lent, asociindu-se insidios cu ascita, evoluind într-un mod caracteristic cronic și agravându-se necontenit. Faptul punția ascitei, obținem uneori lichid cu sînge. Astfel fiind, ne putem gândi eventual în mod greșit la o tumoră malignă. Proba Rivalta a lichidului toracic sau abdominal e negativă, iar în sedimente găsim celule limfoide. În cursul punțiilor frecvente, proba Rivalta poate deveni pozitivă. De asemenea, la drenajul ascitei lichidul toracic dispăre imediat, dar în curînd se formează din nou. La începutul bolii, starea generală e încă bună, iar examenele de laborator nu arată modificări importante, nici în tabloul sanguin și nici în echilibrul apei și al sării de bucătărie. Nu peste mult însă, după cîteva săptămîni sau uneori luni probele de disproteinemie devin pozitive și din cauza pierderii masive de albumine, apar edemele.

Cauza procesului patologic e tumoră ovariană care de cele mai multe ori e atât de mică încît nu poate fi descoperită la examenul ginecologic. Aspectul tumorii și structura ei microscopică sînt variate. Au fost descrise fibroame, tumori, adenome benigne ale tiroidei (gușe ovariene), chisturi mucoide, adenome chistice ovariene multiglandulare etc.

Funck, Brentano cred că la stabilirea diagnosticului trebuie să luăm în considerare elementele de anatomie (histopatologice), evoluția maladiei, proprietățile fizico-chimice ale lichidului abdominal și toracic, precum și elementele de prognostic. Se poate vorbi de sindromul Meigs numai:

- a) dacă examenul histopatologic arată că tumoră e benignă,
- b) dacă în evoluția bolii găsim lichid toracic sau abdominal mereu mai abundent, formîndu-se repede după efectuarea punției,
- c) dacă proba Rivalta a colecției de lichid e negativă fără ca această colecție să aibă celule tumorale și o greutate specifică mai mare de 1.012—1.018,
- d) dacă după extirparea tumorii, boțnavul se vindecă.

După Neffer (citînd pe Funck-Brentano) conținutul de albumină al lichidului este întotdeauna sub 20g‰, în timp ce în cazul tumorilor maligne ajunge la 80—90g‰.

Azi, la stabilirea diagnosticului se întrebuițează cu succes și laparoscopia (G. Kleff).

Diagnosticul nu e ușor de stabilit. Boțnava cu sindrom Meigs e internată în clinică medicală, chirurgicală sau eventual ginecologică, avînd de cele mai multe ori diagnostic de atrofie hepatică, tbc. abdominală, insuficiență circulatorie, sau tumoră abdominală malignă.

Cauza formării colecției de lichid ce însoțește tumorile benigne ale ovarului nu e încă lămurită. Teoria despre comprimarea cavernei (Schintz) nu poate fi susținută. Toxicoa histaminică, excitarea mecanică a membranei abdominale („Reitzwirkung“), eventuala activitate secretorie a elementelor celulare tumorale, acțiunea alergică (Selye) etc. sînt numai ipoteze. Sînt greu explicabile mai ales cazurile rare în care hidrotoracele s-a instalat fără ascită. Probabil cea mai acceptabilă dintre toate aceste teorii foliculinică a lui Cachers. După acesta, simptomatologia bolii s-ar explica prin acțiunea edemizantă bine cunoscută a unor hormoni steroizi. Rămîne însă nelămurit faptul cum de e posibil ca aceeași categorie de tumori benigne să cauzeze uneori o activitate excesivă a hormonilor foliculari, iar altelei nu.

Pe baza observațiilor lor foarte interesante, T. Ionescu și colaboratorii (2) pun în lumină alături de hiperfoliculinemie rolul unui factor edematizant nou, pînă acum nelămurit. După parerea noastră, la aceasta contribuie și o anumită insuficiență hepatică, de natură sa provoace tulburări în metabolismul hormonilor steroizi și permeabilitatea accentuată a capilarilor.

În cele de mai jos prezentăm cazul nostru :

Bolnava R. A. de 54 de ani e internată la secția de chirurgie a spitalului din Odorhei, din cauza unei hernii ombilicale. Avind o stare generală bună și rezultatele examenelor de laborator și radiografie fiind negative, bolnava a fost supusă unei intervenții. Cantitatea mică de ascită care a apărut la deschiderea sacului ombilical nu ne-a atras atenția ca printr-o explorare mai largă să pătrundem în cavitatea abdominală. Astfel, ne-am mulțumit să rezolvăm hernia ombilicală. După vindecarea normală a plăgii, bolnava a părăsit spitalul.

La trei săptămâni după plecare, se internează din nou la secția medicală, cu diagnostic de „pleurită”. Puncția pune în evidență transsudat. După câteva puncții, cantitatea lichidului cavității toracice s-a micșorat. În schimb ascita a devenit din ce în ce mai pronunțată. Au urmat puncții abdominale în serie, dar lichidul se acumula tot mai mult. Bolnava și-a pierdut pofta de mâncare, avea respirația grea și o stare generală din ce în ce mai rea. A fost consultată în mai multe spitale, fără ca să i se precizeze caracterul bolii, fiind tratată de viciu decompensat, atrofie hepatică și poliseruzită. Starea generală se agrava din ce în ce. În această stare foarte rea, e internată din nou la secția medicală a spitalului nostru, avind edem maleolar și sacral. Și de data aceasta, proba Rivalta a lichidului abdominal e negativă. Westergren: 48 mm; globulele roșii: 3,660.000; hemoglobină: 7%; viteza de sedimentare: 5.800; tabloul sanguin: seg. 60%; limfocite: 30%; mo. 4%; fi.: 4%; eo.: 2%. Azot rezidual: 42 mg%, zahăr în sânge 86 mg%, WR: neg.; Takata: neg.

Pe baza tabloului clinic caracteristic de mai sus, a examenelor de laborator și în lipsa simptomelor inflamatorii care să indice o afecțiune degenerativă a inimii sau a ficatului, am presupus că e vorba de un sindrom Meigs, și am indicat efectuarea unei laparotomii. Explorându-se cavitatea abdominală (oper.: *Csizér Zoltán*) s-a găsit în ovarul drept un chist de înărima unui ou de găină, înconjurat în forma de ciorchine de mai multe chisturi mărunte. Am efectuat o adnexectomie dreaptă. Ficatul, splina și celelalte organe abdominale nu au prezentat modificări patologice. Examenul histopatologic (efectuat de prof. *Haranghy László*) arată adenom chistic ovarian.

În timpul operației și după operație nu s-a ivit nici o complicație. În săptămânile următoare s-a produs o vindecare completă. La examenul de control, efectuat după un an, am constatat că bolnava se află într-o stare bună.

Firește că fiind vorba de un singur caz, ar fi riscant să iei poziție alături de una sau de alta dintre părerile nu suficient de întemeiate, ce s-au rostit în legătură cu mecanismul patologic al acestei maladii. Numai un material clinic mai bogat, observații minuțioase, multilaterale și cercetări histologice și biochimice ar putea să decidă care e factorul primar: activitatea excesivă a hormonilor foliculari sau tumoarea ovariană — sau eventual ambele sînt concluzia altor factori. Un lucru pare sigur: **la formarea tabloului simptomatologic e necesară colaborarea mai multor factori**, iar în înlănțuirea corelațiilor, tumoarea ovariană are un rol decisiv. Altfel nu s-ar putea explica nici tulburările intense ce survin în activitatea fiziologică a membranelor seroase, nici tulburările de echilibru ale albuminei și clorurii de sodiu, tulburări ce sînt consecutive celor dintii, — și nici vindecarea surprinzător de rapidă și definitivă care se obține prin operație.

Prezentînd cazul nostru am intenționat să atragem atenția asupra acestei boli rare. Dacă există simptome care să indice o asemenea suspiciune, laparotomia explorativă efectuată la timp grăbește stabilirea diagnosticului și vindecarea bolnavului.

*Sos: la reacție: la 9 noiembrie 1957.*

#### Bibliografie

1. *Suchar A., Ioanid V., Rodan O.*: Obstetrica și Gin. 1956, 5, 416; 2. *Ionescu T., Albescu I., Ioachim H.*: Chirurgia, 4 1957; 3. *Zeminscaja I. I.*: Szovjetscaja Medicina 1955. 5. 34; 4. *Funck-Brentano*: Revue de praticien. Tome V 21, 2159.
5. *Kleff G.*: Zblatt. i. Gynec. 1954, 76, 3 105; 6. *Zimmermann J.*: Deutsch. Med. Wochenschrift. 78, 22, 812; 7. *Györy Gy.*: Magyar Nőorvosok Lapja 1957. 2, 78.