

Artigo originariamente publicado na  
Revista Médica da Aeronáutica, número 1, março de 1949

## ARTIGOS ORIGINAIS

### UM CASO RARO, DE SÍNDROME DE MEIGS

CLOVIS MORAES

Da Clínica Cirúrgica do H. C. Aer.

O presente caso que vamos apresentar constitue, cremos, assunto pouco ventilado e encontrado entre nós.

Se assim ousamos consignar é porque foi êle visto e examinado domiciliarmente e no H. C. Aer. por bem duas dezenas dos mais renomados clínicos e cirurgiões do Rio de Janeiro bem como por um "fellow" da Clínica Mayo de Rochester, Minnesota e não foi atingida uma conclusão.

Tôdas as conjecturas foram feitas, todos os prognósticos emitidos mas não houve um só profissional que nem só firmasse o seu possível diagnóstico como ainda determinasse essa ou aquela conduta cirúrgica.

Tratamentos paliativos os mais variados possíveis foram prescritos, o próprio médico americano que viu a paciente assim se exprimiu: "que se faça apenas um tratamento de sustentação — Néó da Trompa? Cirrose do fígado?" Lembrando para que se adicionasse apenas ao tratamento certos aminoides de fabricação norte-americana que aqui no Rio na época, abril de 1947, ainda não eram disponíveis.

A paciente teve uma permanente assistência médica completa por clínicos, cirurgiões, oto-rino-lanringologistas, neurologistas, fisiologistas, ginecologistas, proctologistas, homens de laboratório, enfim não exageramos em calculá-los em vinte e nenhum diagnóstico foi assegurado.

Aliás nos arquivos da Clínica Mayo de Rochester, Minn. compulsados por seus médicos em 20.000 registros dos anos de 1910 a 1945 só encontraram caso semelhante a êste que pensamos estar apresentando em 9 (nove) pacientes.

O caso foi por demais difícil e nós só depois do êxito letal ocorrido a 13-5-47 e com a chegada às nossas mãos do

n.º 84 de Fevereiro do "Sugery Gynecology and Obstetrics" é que julgamos tê-lo enquadrado em patologia.

*Observação do caso único* : Senhora de 63 anos, viuva entrou no serviço em 3-3-47 com distensão abdominal gazonosa com característica de uma sub-obstrução intestinal. Emitindo gases e evacuando pequenos cuprolitos de cor escura. Outras vezes emitia certa quantidade de fezes pastosas e moldadas. Eructações espontâneas e provocadas. Não tinha vômitos. Temperatura à entrada 36.9 — Pulso 110 — Respiração 30 — Pressão 8.5/6

*H. A.* Pai falecido aos 71 anos de cardiopatia (sic). Mãe falecida aos 41 anos com Ca. no útero. 5 irmãos falecidos de causas várias : angina de peito, T.P. acidente, respectivamente.

*A. P.* Há 10 anos tivera úlcera no blubo duodenal (sic). Procuramos ver radiografias da época mas não as conseguimos obter. Disse ter se submetido a um regime rigoroso e um repouso ao leito pelo espaço de 60 dias quando em radiografias subsequentes foi verificada a cura clínica (?)

Depois desta fase teve sempre de tempos em tempos distúrbios gástricos que se caracterizavam por eructações, pirose etc. constipação discreta. Menopausa aos 45 anos quando se lhe despareceram ainda exaquécas de que sofria por muitos anos. Mãe de quatro filhos vivos e fortes. Dois abortos espontâneos. Marido falecido aos 73 anos de infarto agudo do miocárdio e angina abdominal.

*H.D.A.* Há cerca de seis meses começou a sentir dores paroxísticas no hipocôndrio direito com irradiações para região costo-lombar correspondente. Procurou um velho facultativo da família que lhe prescreveu uma pomada à base de iodeto (sic). As irradiações dolorosas para região costo-lombar se dissipavam por vezes.

Três meses depois as mesmas dores do hipocôndrio direito e novamente foi vista pelo já citado facultativo da família. Foi então diagnosticada : uma ptose renal e posteriormente o diagnóstico vago de colite.

*Comentário nosso* — É possível que à época em que o colega tivesse sentido sob seus dedos o suposto rim ptosado a paciente então com seu abdomen livre de distensão de gases tivesse deixado perceber uma tumoração do pelve ? São

conjecturas que ousamos fazer em abono do diagnóstico *post-mortem*.

Continuando : iniciou-se então uma fase de emagrecimento acelerado motivado também por certo horror aos alimentos. Surgiram então a esta época dôres epigástrica muito diferentes — acentuava a enferma — dôr que sentiu de quando sua úlcera duodenal (?). Observava nesta ocasião pirose eructação e por vezes distensão forte produzida por gases. Pessoas da família convenceram-na de ser vista por acatado nutricionista, colega de grande clínica nessa cidade do Rio de Janeiro.

Foi-lhes prescrito um rigoroso regimen isento quasi de lipídios e glicídios, havendo uma predominância na dieta de protídios, bem como grande quantidade de vitaminas sintéticas.

O estado de depauperamento da paciente cada vez mais se agravava e depois de duas semanas de regimen, voltando a consulta daquêle médico de nutrição, foi-lhe modificado integralmente o cardápio : Suspensos os protídios e permissão de glicídios e lipídios.

Diz a paciente que a modificação súbita do regimen aniquilou-a quando então resolveu procurar o velho médico da família novamente.

Modificou o colega o primitivo diagnóstico de ptose renal achando agora tratar-se de uma inercia da vesícula bem como de colite. Fez intubação duodenal e a vesícula respondeu normalmente ao sulfato de magnésio. É de notar que a doente jamais se mostrou icterica. Nesta condição prescreveu-lhe um purgativo de calomelanos. Rebelou-se contra o velho clínico da família pois no espaço de 24 horas teve um efeito purgativo de cêrca de 18 vezes o que lhe causou não só uma desitradção profunda, ainda um abatimento inecuperável.

Solicitou então permissão para um repouso climatérico em uma vivenda de sua propriedade fóra do Rio de Janeiro e assim acompanhada de pessoas da família deixou esta cidade.

Não conseguiu porém aliviar naquele recinto os seus padecimentos pois mal chegára a tal localidade uma crise de distensão abdominal se lhe instalou forçando-a a vir imediatamente para o Rio de Janeiro.

De volta é chamado então acatado professor catedrático de nossa principal faculdade que solicita para elucidação do quadro: "Hemograma, Radioscopia e Radiografia do estômago e duodeno — Clister opaco" e atendendo ao estado geral: "Transfusão de sangue total 250 cm<sup>3</sup> de Plasma".

O resultado do hemograma realizado e m3-3-47, quando a paciente baixou ao H. C. Aer. e solicitado pelo professor em aprêço foi o seguinte :

**Quadro Leucocitário — Em : 3/3/47**

Leucócitos por mm <sup>3</sup> .....	11.400
Basófilos % .....	0
Eosinófilos % .....	0,5
Mielócitos % .....	0
Jovens % .....	0
Núcleo em Bastão % .....	21,5
Núcleo segmentado % .....	59
Linfócitos % .....	--
Monócitos % .....	5

Hiperleucocitose com eosinofilia, linfocitopenia e neutrofilia com desvio nucler : I.D.N. = 1/2.

A radiodiagnose foi em 4-3-1947 a seguinte :

"Estômago e duodeno normais. Trânsito gástro intestinal : Nas chapas batidas com 3, 6, 9, 12 e 15 horas após a ingstão do contraste notamos que a progressão do mesmo foi normal. Quanto a calibre e topografia nada aparente de anormal. Clister opaco : sigmóide, descendente e transversal não foi encontrado obstáculo a progressão do contraste".

A série grande desta radiografia está em mãos daquele professor que a levou para assunto de aula.

Em vista do pequeno subsídio trazido pelos exames radiológicos foi convocada a presença de um ginecologista para um meticoloso exame ginecológico cujo resultado foi negativo.

O professor que vinha acompanhando o caso como clínico assistente pensava tratar-se de uma subobstrução orgânica à altura da sigmóide ou vizinhanças determinando todo aquêlê quadro já citado.

Êste facultativo muito ocupado pelas suas funções públicas e na época, fim de verão, residindo em Petrópolis, foi autorizado a família que chamassem tantos clínicos quantos fossem de seu sossêgo e confiança.

Os dias subsequentes a paciente continuava com o ventre distendido ao máximo, emitindo de quando em vez gases e fézes bem coradas e pastosas.

A temperatura jamais se elevou de 37 e pouco, pulso sempre firme, cheio e bem batido, pressão arterial numa média entre 10.5 — 12/7.5-6. invariavelmente se mostrou abaixo de 13/6. Conjuntivas descoradas, ausência de icterícia. Dormia bem, alimentava-se discretamente, uma prodigalidade exagerada de plasma porém era administrada quase diariamente, bem como transfusões de sangue constantes. Todas as transfusões foram seguidas de fortes choques.

Para bem estar da paciente foi instalada uma aspiração pelo tubo de Miller Abbott mas a distensão abdominal não desaparecia.

Uma série de clínicos desfilou ante a paciente, o professor era porém o médico assistente principal e não se conformando com o resultado radiológico recorreu a dois dos mais ilustres proctologistas um deles consignou o seguinte resultado de exame que transcrevemos: “Meu caro X..... um abraço. Examinei a sua doentinha. Ela não tem nada na parte baixa do reto e começo da sigmóide. A minha retosigmoidoscopia atingia até 20 centímetros da margem. A mucosa apresenta-se apenas congesta. Há um cacho hemorrodário que evidentemente nada tem com o estado da doente. Encontrei um espasmo na altura de 20 cms. que impediu o aparelho de progredir mas acredito correr por conta mais da posição defeituosa da doente do que propriamente de um proiesso aí loralizado. A minha primeira impressão antes do exame era de que pudesse haver um fecaloma, impressão que desapareceu pelo exame. Um abraço do ....X”.

Não podemos compreender a razão de haver eminente proctologista pensado num fecaloma uma vez que a paciente emitia normalmente gases e evacuava diariamente fézes coradas e pastosas.

A esta altura, isso a 13-3-47 a paciente vinha fazendo aproximadamente a seguinte medicação:

- a) Sôro cloretado hipertônico 20 cm<sup>3</sup> na veia;
- b) Sôro glicosado hipertônico;
- c) Transfusão de sangue total 250 cm<sup>3</sup>;
- d) Plasma humano 250 cm<sup>3</sup>;

- e) Prostigmine a 1:4000 1 cm<sup>3</sup> intramuscularmente 2 vezes ao dia;
- f) Fermento láctico;
- g) Complexo B em comprimidos;
- h) Extrato hepático (várias procedências);
- i) Fração antitóxica do fígado etc. etc.

A distensão abdominal apesar da sucção gástrica quasi permanente, sob protestos da paciente, não cedia, o estado geral desconfortável resolveu-se que se chamasse mais um cirurgião para dizer da indicação ou não de uma laparotomia exploradora.

Foi solicitada a presença de um jovem professor dos mais acatados operadores, chefe de uma grande escola cirúrgica, que examinando a paciente contraindicou qualquer intervenção e disse só encontrar ascite. Deixando o seguinte recado para o clínico assistente: "Digam a X que isso é ascite".

No dia imediato mais uma série de clínicos e cirurgiões examinou a doente e agora foi rotulado o caso como parecendo ser uma cirrose atrofica acompanhado de ascite.

A terapêutica foi orientada então para o cloridrato de colina, plasma, complexos vitamínicos B, esidron, derivados da teobromina e mais aminóides, etc.

O estado da paciente só apresentava de alterações um depauperamento cada vez mais acentuado e agora duas grandes correntes de opinião clínica se entrecrocavam: a) os que defendiam o ponto de vista da cirrose, com grande número de filiados dentre os mais renomados e autorizados clínicos e b) os que afirmavam a existência de um nêo em órgão ainda a apurar e que apesar do subsidio da radiologia, da proctologia bem como da ginecologia não se o localizára.

Em 20-3-47 a pressão arterial da paciente era quasi a mesma dos primeiros dias e já citada anteriormente, não passando de 13/7.

Os hemogramas quasi que realizados diàriamente davam pequena elucidação ao caso, a série eritrocitária também avaliada com freqüência oferecia oscilações.

A paciente tendo tido uma pequena reação de flebite foi posta sob penicilina, 50 mil unidades de 3 em 3 horas attingindo cêrca de mais de 1 milhão.

## UM CASO RARO DE SÍNDROME DE MEIGS

17

Vamos abrir um parentesis e apresentar alguns dos diferentes quadros leucocitários e outros exames de laboratório : Há um que conseguimos obter ainda de dezembro de 46, quando a paciente estava relativamente bem.

**Quadro Leucocitário — Em : 2/12/46**

Leucócitos por mm <sup>3</sup> .....	9.600
Basófilos % .....	1
Eosinófilos % .....	1
Mielócitos % .....	0
Jovens % .....	0
Núcleo em Bastão % .....	5
Núcleo segmentado % .....	64
Linfócitos % .....	26
Monócitos % .....	3

Discreta hiperleucocitose com eosinopenia e monocitopenia discretas, I.D.N. — 1/12.

**Exame de Sangue — Em : 2/12/46**

Determinação da Uréia, Glicose e Creatinina.

Resultados : Taxa de Uréia . . . . .	25 mgs% (Yvon)
Taxa da Creatinina . . . . .	1 mg % (Folin Wu)
Taxa de Glicose . . . . .	74 mgs% (Folin Wu)

**Exame de Urina : — Em : 2/12/46**

Volume recebido . . . . .	500 cm <sup>3</sup>
Densidade . . . . .	1.008
Reação . . . . .	Ph : 6,0
Albumina . . . . .	Traços léves
Glicose . . . . .	0
Acetona . . . . .	0
Urobilina . . . . .	Ligeiramente aumentada
Pigmentos biliares . . . . .	0
Ac. biliares . . . . .	0

Numerosas células epiteliais. Numerosas piocitos (Média de 25 p.c.m.). Granulações acentuadas de fosfatos amórfos. Flora bacteriana exuberante.

**Quadro Leucocitário — Em : 5/3/47**

Leucócitos por mm <sup>3</sup> .....	12.400
Basófilos % .....	0
Eosinófilos % .....	0,5
Mielócitos % .....	0
Jovens % .....	1
Núcleo em Bastão % .....	21
Núcleo segmentado % .....	59,5
Linfócitos % .....	11
Monócitos % .....	7

Hiperleucocitose com eosinopenia e neutrofilia com intenso desvio nuclear I.D.N. 1/2.7. Linfocitopenia.

**Quadro Leucocitário — Em : 6/3/47**

Leucócitos por mm <sup>3</sup> .....	10.000
Basófilos % .....	0
Eosinófilos % .....	0,5
Mielócitos % .....	0
Jovens % .....	0
Núcleo em Bastão % .....	21
Núcleo segmentado % .....	71,5
Linfócitos % .....	6
Monócitos % .....	1

Hiperleucocitose com eosinopenia. Neutrofilia com desvio nuclear.  
I.D.N. — 1/3, 3. Linfomonocitopenia.

**Quadro Leucocitário — Em : 10/3/47**

Leucócitos por mm <sup>3</sup> .....	21.000
Basófilos % .....	0
Eosinófilos % .....	0,5
Mielócitos % .....	0
Jovens % .....	0
Núcleo em Bastão % .....	17,5
Núcleo segmentado % .....	68
Linfócitos % .....	11,5
Monócitos % .....	2,5

Hiperleucocitose acentuada com eosinopenia relativa. Monocitopenia. Neutrofilia com intenso desvio nuclear dos neutrófilos. I.D.N. = 1/3.

No dia seguinte, isto é, a 11/3/47 apresentou-se assim o

**Quadro Leucocitário :**

Leucócitos por mm <sup>3</sup> .....	13.000
Basófilos % .....	0
Eosinófilos % .....	1
Mielócitos % .....	1
Jovens % .....	1
Núcleo em Bastão % .....	18
Núcleo segmentado % .....	68
Linfócitos % .....	7
Monócitos % .....	5

Hiperleucocitose discreta com eosinopenia. Linfocitopenia. Neutrofilia com desvio nuclear. I.D.N. = 1/3,5.

Em 5-3-47 dois dias após a internação da paciente o seu quadro eritrocitário era o seguinte já após a primeira transfusão de 250 cm<sup>3</sup> de sangue total:

**Quadro Eritrocitário — Em : 5/3/47**

**Hemoglobina :** Valor Absoluto = 10.6. Valor Relativo = 71.5  
**Eritrócitos por mm<sup>3</sup> :** 4.080.000  
**Valor Globular :** 0.89.

Em 8-3-47 sob tratamento pelo reticulogem Lilly, demais extratos hepáticos — plasma, complexos vitamínicos B, C etc. o quadro eritrocitário assim se desenhou:



## UM CASO RARO DE SÍNDROME DE MEIGS

19

**Quadro Eritrocitário** — Em : 8/3/47

**Hemoglobina** : Valor Absoluto = 10.2. Valor Relativo = 69  
**Eritrócitos por mm<sup>3</sup>** : 3.600.000  
**Valor Globular** : 0.90.

Demais exames de laboratório tais como de fezes, urina, reações de Vidal para o grupo colitífico, hemocultura na fase provável, nenhum destes exames trouxe qualquer luz sobre o diagnóstico.

Quando foi por todos confirmada a ascite uma semana foi protelada à paracentese. Objeção da família de um lado, dúvida de outros colegas, enfim sem que a paciente percebesse foi realizada em 24-3-47 retirando-se cerca de 5.000 cm<sup>3</sup> que imediatamente foi enviado para o laboratório.

**Material** : Líquido Ascítico — Em 24/3/47

**Natureza do Exame** : Citológico — Bacterioscópico — Sôro diagnóstico da lues — Rivalta — Histopatologia do Centrifugado.

**Resultado** :

**Ex. Citológico** : Material citrico, moderadamente turvo. Presença de numerosas hematias, numerosos linfócitos (cerca de 80%). Raros endoteliais e neutrófilos (microscopia feita em centrifugado de 15 cm<sup>3</sup> a 2.000 r.p.m.) durante 5 minutos.

**Exame Bacteriológico** : Material bacterioscopicamente aséptico. Não encontramos B.A.A.R. no mesmo. O material foi plantado em meios de cultivo adequados inclusive Lewenstein. Inoculado em cabaia.

**Sôro diagnóstico de lues** : Negativo.

**Rivalta** : Negativa.

**Proteínas totais** : 4.5%.

**Reação** : Neutra ao tournesol.

**PH.** 7,5 (nitrazine).

**Exame Citológico diferencial** : “Do sedimento obtido por centrifugação de 10cc. de líquido a 2.000 r.p.m. durante 5 minutos esfregaços que coroados pelo Wright, forneceu-nos o seguinte resultado :

**Basófilos** : 1% — **Neutrófilos** : 24% — **Linfócitos** : 28%.

**Células endoteliais** : 47%. No material há numerosas hematias e as células endoteliais se apresentam, as vezes, formando extensos agregados, são ricas em vacualizações e certos deles apresentam figuras mitóticas.

O centrifugado do líquido ascítico foi enviado ainda para um de nossos mais acatados anatomo-patologistas que assim redigiu seu resultado : “O exame microscópico revela a presença de abundante quantidade de fibrina, em cujas malhas acham-se aprisionados leucocitos, células mononucleadas e outras proveniente de descamação da serosa peritoneal”, 24-3-47.

Após a retirada dos citados 5.000 cm<sup>3</sup> de líquido ascítico foi o abdomen examinado por um dos médicos que con-

signou a seguinte nota de observação : “A palpação abdominal revela tumoração bosselada, mais ou menos mobilizável ao nível da fossa iliaca direita, dando impressão de um agrupamento ganglionar epiploico, consistência firme, medindo, aproximadamente 6 cms. de diâmetro no maior eixo; indolor. Ao nível do ângulo hepato colico percebe-se outra tumoração semelhante”.

Nova conferência entre nós, médicos assistentes e mais o professor que era clínico da família.

Em 25-3-47 foi definitivamente abandonada a dúvida que ainda pairava em abono de uma cirrose atrófica. Julgamos todos tratar-se pela evolução, emagrecimento e tumor que sentíamos sob nossos dedos um néo de epiplona ou de trompa.

Pedia a família que autorizassemos a aplicação de um tal “Fattore AR 2” Garniere de Roma. Itália, o que foi prontamente permitido .

No dia 30-3-47 a paciente que tinha decubito indifferente começou a sentir dispnéa tôdas as vezes que se voltava para o lado esquerdo.

Ascultada a doente nota-se diminuição do murmúrio a base do torax direito e fizemos radiografia da paciente. O resultado foi êste que consignamos : “Pulmões. Derrame pleural à direita, atingindo o terceiro arco costal anterior. (Figs. : 1, 2 e 3) .

Notava-se mais a ausculta : “Estertores crepitantes na metade superior do H. D. Fremito normal no 1/3 superior do H. D. — Fremito aumentado no 1/3 médio e abolido no 1/3 inferior do mesmo H. D.

A pressão arterial 10.5/6.

Foi então por solicitação da família pedida a presença de um fisiologista. Chamado um experimentado homem de torax examinou a série de radiografias, auscultou a paciente e afastou a idéia de uma possível bacilose e disse acreditar em uma metástase sistemática do processo neoplásico da pelve com hidrotórax por irritação.

12-4-47 — É bem de ver que o líquido do tórax retirado seguiu o destino do laboratório cujo resultado foi negativo para bacterioscopia e Rivalta. Inoculado em cobaio cujo resultado volta após o falecimento da paciente ocorrido em 13-5-47.

## UM CASO RARO DE SÍNDROME DE MEIGS

21

Na primeira quinzena de abril a paciente teve gradativamente os seus padecimentos agravados e o tratamento limitou-se ao tal “fator A R 2 Garniere” e meios de sustentação : “Suprarenal — Vitamina B e C — Ácidos aminados



(endovenosamente. Brant de Buenos Aires). Essenamine (outra qualidade de ácido aminóide de procedência norteamericana). Sôro glicosado hipertônico endovenosamente.

No dia 5-4-47 foi verificado uma vez mais a série eritrocitária da paciente que assim se mostrava :

**Quadro Eritrocitário** — Em : 5/4/47

**Hemoglobina** : Valor Absoluto = 9,8. Valor Relativo = 66  
**Eritrócitos por mm<sup>3</sup>** : 2.880.000  
**Valor Globular** : 1,1.

6-4-47 — Recebeu a paciente nova transfusão e em dias subseqüentes (ácido fólico) comprimidos e reticulogen. No dia 9-4-47 repetida a contagem eritrocitária assim atestava :

**Quadro Eritrocitário** — Em : 9/4/47

**Hemoglobina** : Valor Absoluto = 10. Valor Relativo = 67,5  
**Eritrócitos por mm<sup>3</sup>** : 3.940.000  
**Valor Globular** : 0,86.

A taxa de sódio é 320 mgr. (Krame Gitleman).  
A taxa de potássio é 22,6 mgr. (Krame Tisdall).  
Proteínas do sangue 7.0% (Vilella).  
Serina — 6.2% (Howen).  
Relação serina globulina 7,7.  
A hemossedimentação foi de 118 mm. na 1.<sup>a</sup> hora.

11-4-47 — O abdomen da paciente aumentava sempre e a grande quantidade de ascite agravada ainda pelo hidrotórax tomava a respiração da paciente razão pela qual ficou sob oxigênio, precedido de nova paracentese, desta feita foram retirados apenas 3.000 cm<sup>3</sup> de líquido.

Os exames de laboratório apenas consignam maior riquezas em hematias, no mais pouca diferença faz dos resultados anteriormente registrados.

A pressão arterial passou agora para 10/7 e continuou alguns dias a fazer 8.5/6 e oscilando até 9, 9.5, 10. A mínima conservou-se, aproximadamente inalterável em 7 e 7.5.

11--4-47 — A palpação realizada deixou perceber o bordo hepático a dois dedos transversos da reborda. A altura da fossa iliaca direita a mesma tumoração disforme.

Depois desta segunda paracentese a tumoração deu a impressão de mais extensa e mostrou-se mais trabalhosa à palpação. Existe mais para a fossa iliaca direita um tumor bem perceptível das dimensões comparáveis a grosso modo, a um ovo de galinha, indolor, de consistência rija e discretamente mobilizável.

Até o dia 15-4-47 a paciente não teve maiores alterações a não ser as já citadas que diziam respeito a dispnéa quasi intolerável a menor mudança de posição. Alimenta-

va-se muito discretamente, inapetência quasi absoluta, apresentou uma sonolência constante.

Assim foi passando até o dia 6-5 quando a dispnéa se vinha tornando insuportável, então uma vez mais foi aspirado o tórax e extraídos 1.000 cm<sup>3</sup> de líquido amarelo citrino.

Teve ligeira melhora imergindo em torpor mais profundo, respondendo porém as solicitações que se faziam.

A terapêutica continuou a que já fizemos consignar até que às 16 horas do dia 13-5-47 teve um ictus, permanecendo em coma até às 20 horas quando faleceu.

Infelizmente dado a posição social da paciente não foi possível realizar a necropsia o que tanto viria atestar em abono de nossa observação.

---

Em 1879 Cullingworth (1) registrou pela primeira vez um caso semelhante ou aproximadamente semelhante ao que acabamos de relatar. Tratava-se de mulher de 36 anos, viuva que foi notado ao exame físico portadora de dois tumores pélvicos associados de ascite e hidrotórax bilateral. Esta doente como a nossa faleceu com caquexia, dispnéa e colapso geral.

Foi porém possível a Cullingworth fazer praticar em seu caso a necropsia que revelou presença de tumor bilateral nos ovários e as cavidades abdominal e torácicas, respectivamente repletas de líquido.

O tumor do ovário direito media 12x9x5 centímetros de tamanho e o do esquerdo 15x12x9 centímetros.

O resultado anatomo patológico dos tumores consignou "fibroma bilateral com degeneração císticas".

Ressaltando o seu caso o autor faz acentuar a importância da presença da efusão ascítica e pleural numa época em que só ser admitida tal eventualidade para um caso maligno.

Lawson Tait (2) em 1892 escreveu a síndrome sob a epigrafe "ocorrência de difusão pleural associada às doenças do abdomen" — Comenta dois casos; ambos com tumores pélvicos associados de ascite e hidrotórax.

Em 1909 Kelly e Cullen (3) tiveram uma paciente portadora de leioma associado de ascite mais hidrotórax,

submetendo-a a histerectomia teve recuperação absoluta da mesma.

E. Caro (4) citado por Rubia I. e Novack — 1941 faz referência a um hidrotórax associado de fibroma gigante do ovário.

Owen (5) — 1923 relatando suas próprias observações, friza também o fato já observado da possibilidade do hidrotórax aparecer com tumorações pélvicas.

Um grande número de autores revela a presença das efusões torácicas com comprometimento pélvico anterior.

Hoon (6) — 1923 observando 55 casos de fibromas do ovário encontrou em 2 associados a ascite.

Em 1934 Salmon apresentou na revista “Mont Sinai Hosp.” dois casos de tumores benignos da pélve com ascite e hidrotórax.

Em 1934 apareceu um livro intitulado “Tumores dos órgãos pélvicos femininos” — de autoria de Meigs, J. V. (8) onde são apresentados 3 casos do Massachusetts General Hospital” de fibroma benigno do ovário com ascite e hidrotórax.

Novamente em 1937 Meigs e Cars (9) publicaram dados de 7 casos de fibromas de ovário associado de ascite e hidrotórax. Nêstes sete estão incluídos 4 do “Massachusetts General Hospital”, 2 dos Mayo Clinic e 1 de Léo da literatura italiana.

Foi daí que se começou chamar a entidade como “Síndrome de Meigs”.

Os autores acentuam a possibilidade da coexistência da ascite e hidrotórax em presença de fibroma benigno do ovários e frizam da importância de os reconhecer precóceamente. Atualmente surge uma possibilidade de cura em contraste com o que anteriormente se julgava de malignidade inoperável.

Calmeron (10) manuseando o opulento arquivo da Mayo Clinic — num total de 20.000 (vinte mil!) observações de tumores pélvicos estirpados, isto de 1910 à 1940, cuidadosamente revistos só encontrou 9 (nove) podendo ser rotulados como “Síndrome de Meigs”.

Dos 20.000 casos verificados assim se classificavam os diagnósticos :

16.000 — fibromas uterinos  
500 — fibromas de ovário

## UM CASO RARO DE SÍNDROME DE MEIGS

25

1.100 — Cisto adenomas e teratomas  
1.500 — Carcinomas de ovário.  
Total de 19.100 casos.

O resto inclui uma miscelânea de casos onde se encontravam tumores de células granulosas e outras lesões. A incidência da síndrome de Meigs nesta série foi de 0,05%.

Os exames anatomo patológicos realizados foram completos para cada caso.

Córtex de cerca de 10 microns de espessura retirados no microtomo de congelação e corados pela hematoxilina e eosina.

O inquérito dos 9 casos encontradas: as observações foram meticolosamente estudadas, verificados os tratamentos, "follow up" comentados e concluídos. Os 3 primeiros casos foram os já mencionados de autoria de Hoon e datam de 1923.

1.º caso: é de 3 de Julho de 1947 e é resumidamente assim: Mulher de 36 anos, casada, entrou em 3-7-1917 queixando-se de empanzimento do abdomen. O exame de tórax revelou apagamento do murmúrio e diminuição do fremito mais acentuado à esquerda. Abdomen distendido e positiva a presença de líquido; executado uma vez a toracentese. Grande massa aderida ao útero. Raio X do tórax positivou hidrotórax bilateralmente. Estirpado um grande fibroma ovariano de cerca de 18 cm. de diâmetro. Cura.

2.º caso: Mulher de 53 anos — admitida em 26-11-1920 queixou-se de abdomen empanzinado, dores intercapulares. Duas vezes antes de ser admitida sofreu duas toracenteses. Sinais físicos de líquido no tórax direito. Confirmado pelo Raio X ascite. Depois de baixada mais duas aspirações torácicas antes de operar-se. Exploração cirúrgica deixa estirpar um fibroma de ovário direito pesando 510 gramas. Cura.

3.º caso: Mulher de 59 anos, casada, baixou em 19-9-1929 queixando-se de aumento progressivo do baixo ventre de cerca de um ano à data de entrada. Exame físico revelou líquido no tórax esquerdo. Um grande tumor pélvico ocupava quasi todo o baixo ventre estendendo-se mais até o umbigo. Raio X atestou fluído ao hemitorax esquerdo. Exploração abdominal verificou grande quantidade de líquido livre na cavidade peritoneal. Fibroma cístico ovariano de 18 cm. de diâmetro pesando 835 gramas.

4.º caso : Mulher de 42 anos, solteira, baixada a 1-5-1931; queixando-se de aumento do abdomen, tosse seca a seis meses de duração. Sinais de líquido eram observados a parte inferior a direita do tórax. Abdomen grande e distendido. Onda de líquido no abdomen. Paracentese eliminando 13.000 cm<sup>3</sup> !! de líquido claro palha. Toque vaginal revelou útero livre e aumentado. Raio X do tórax revelou derrame à base direita. Exploração cirúrgica deixou estirpar um fibromioma degenerativo do útero. Conservado o útero. Tumor com 12 cm. de diâmetro.

5.º caso : Mulher de 49 anos, solteira, entrou em 27-3-1933 queixando-se de dispnéa a dois meses. Antes desta feita esteve hospitalizada por 3 semanas. Líquido encontrado ao lado direito do tórax. Toracenteses realizados 4 vezes anteriormente. Reexaminada à clínica Mayo mostrou que o fluido sempre permaneceu na parte direita do tórax. O abdomen acentuadamente protuberante e modificação de massicez observados às mudanças de posição. Raio X do tórax efusão pleural à direita. Laparatomia exploradora exibiu tumor degenerativo do ovário direito medindo 20 centímetros por 10 de diâmetro. Exame histopatológico demonstrou tratar-se de tumor de ovário direito tipo cilindróide foliculóide de células granulosas.

6.º caso : Mulher de 50 anos, casada, admitida em 26-4-1940 com a observação de que um tumor uterino havia sido verificado a quatro meses. Exame físico do tórax negativo. Aos Raios X foi observado porém líquido à base direita do tórax. Exame ginecológico confirmou a existência de massa volumosa multilocular. Fibromioma múltiplo com inflamação pélvica difusa foi observado à exploração cirúrgica. Ascite em pequena quantidade encontrada na cavidade abdominal bilateral mais apendicetomia.

7.º caso : Mulher casada de 43 anos, baixou a 11-11-43 queixando-se de dispnéa de há 18 meses. Raio X em abril de 1943 revelou fluido à direita. Várias toracenteses. Exame físico mostrou sinais de fluido na parte direita do tórax. Confirmação aos Raios X. Grande, consistente, móvel massa ocupava a região suprapélvica do abdomen. Sinais de ascite. Toracentese à direita. Exploração cirúrgica para remoção de um grande fibroma no ovário direito com 15 cm. por 20 cm. de comprimento. Pesando 1373 gramas. Raio X rea-



lizado dias após demonstrou diminuição do líquido torácico. Raio X 15 meses após foi negativo para efusão torácica.

8.º caso: Mulher solteira de 67 anos, entrou em 9-9-1944 queixando-se de aumento do abdomen datando de seis meses. Raio X do tórax provou presença de líquido à direita. Ascite. Grande tumor pélvico foi observado no ovário direito que foi cirurgicamente removido. Média 15 cm. de diâmetro.

9.º caso: Mulher de 41 anos, casada, admitida a 27-9-1944 queixando-se de exagerado aumento do abdomen nos dois meses anteriores. Raio X do tórax positivou líquido na base direita. Abdomen grande e distendido. Massicez oscilante verificado no abdomen. Grande massa sentida no quadrante inferior direito do abdomen. Exploração cirúrgica, acentuada ascite. Um teratoma, complexo e cistodermóide do ovário direito removidos bem como trompa do mesmo lado, útero e anexos esquerdos. O teratoma era constituído na maior parte de um tecido pouco diferenciado.

*Idade*: de incidência da Síndrome de Meigs, 48 anos — nos casos observados a mais moça tinha 36 anos e a mais idosa 67.

*A respeito da gravidez*: Seis casadas e 3 solteiras. Das seis casadas 4 tiveram 1 filho e as demais nulíparas. Não deverá haver relação entre a gravidez e o aparecimento da síndrome.

*Sintomatologia*: De um modo geral — aumento do abdomen. Em alguns havia o tumor bem aparente. Além do aumento do abdomen há tosse e dispnéa, tosse não produtiva (sêca) — Duração dos sintomas de 2 meses a 5 anos. Menstruação normal em 4 pacientes, 3 caíram doentes na menopausa, 1 teve menorragia e outra metrorragia.

*Exame físico*: Em quasi tôdas a mesma triade: tumor pélvico, ascite e hidrotórax (confirmados aos raios X). Ascite em todos os casos. O hidrotórax as vezes passava despercebido só sendo evidenciado após Raio X rotineiro.

*Exames de laboratório*: Não contribuíram de forma positiva para evidenciar o diagnóstico.

*Diagnóstico*: As causas usuais comuns das ascites criavam um problema aos examinadores para o diagnóstico diferencial. Doenças do coração, afecções renais, cirrose do

fígado, tuberculose, peritonite maligna, foram algumas das incógnitas que tiveram que ser excluídas a fim de que se pudesse chegar ao diagnóstico de Síndrome.

Neoplasma maligno do ovário com ascite e metástase pleural era a condição mais comumente enganadora para um tumor pélvico benigno associado com ascite e hidrotórax. Como interesse histórico Calmeron diz: “Cumprir notar que o caso número 1 desta série acentuado em 1917 pelo Dr. W. J. Mayo como um tumor fibróide do ovário cuja paciente apresentava ascite e hidrotórax. A operação revelou enorme fibroma do ovário”.

Desde o ano de 1937 quando foi a síndrome denominada como *Síndrome de Meigs* só dois pacientes haviam sido vistos na clínica Mayo. Em ambos os casos foi diagnosticado preoperatóriamente.

O *Síndrome de Meigs* é originariamente a coexistência de ascite e hidrotórax com fibroma benigno do ovário. Outros tumores pélvicos benignos ou malignos devem ser incluídos nesta síndrome porque vêm sendo agora relatados na literatura com uma certa frequência crescente.

Anatomicamente considerando todos os tumores estudados eram de variedade sólida e seus respectivos tamanhos atingiam, na média, a 16 cms. de diâmetro.

Microscopicamente edema intercelular, correndo talvez por conta da produção clínica das ascites de cada caso.

Qualquer tumor grande de consistência sólida poderá produzir uma obstrução venosa parcial e por sua vez ascite.

A obstrução venosa parcial de retorno poderá também resultar da torção de um pedículo, inflamação ou aderências.

Nos 9 (nove) casos examinados na Clínica Mayo houve hidrotórax à direita e um à esquerda. Uma vez bilateralmente foi visto. O fluido encontrado no tórax poderá ter origem da passagem do líquido ascítico através dos linfáticos diafragmáticos.

#### *Comentário*

O caso da nossa paciente foi difícil, tanto assim que além das duas dezenas de colegas que a examinaram, além de um “fellow” da Mayo Clinic homem de grande posição no capítulo da patologia gastro-enterológica não foi citada a síndrome de Meigs.

A evolução do caso é a grosso modo bastante semelhante aos casos citados no excelente trabalho de Calmeron.

Houve erros na conduta por ignorância completa da entidade nável para nós outros. Logo depois da fase em que ficou afastada a hipótese de subobstrução e verificada após a paracentese a existência de uma tumoração pélvica, a paciente deveria ter sido submetida a uma laparotomia exploradora.

Teria sido o tumor que palpavamos sob nossos dedos maligno mesmo ou teria sucumbido nossa doente pelos comprometimentos respiratórios?

Inicialmente não foi realizada nenhuma radiografia do tórax a mesmo que se tivesse obtido alguma não se enquadraria sob o diagnóstico de *Síndrome de Meigs* por isso que nenhum dos colegas que a examinaram pensaram sequer em tal quadro.

Resta-nos apenas mencionar, aliás já abordamos em linhas anteriores uma última falha entre outras, era um caso em que se não deveria consentir o enterramento sem uma necropsia elucidativa.

#### B I B L I O G R A F I A

- 1 — CULLINGWORTH, C. J. — *Trat. Obstr. Soc.* Londres 1879 — 21:276-286.
- 2 — LAWSON TAIT — *Med. Chir.* 1892 — 75:109-118.
- 3 — KELLY e CULLEN — "Myomata of the Uterus" — Philadelphia W. B. Saunders 1909.
- 4 — Caso citado por RUBIN e NOVACK.
- 5 — OWEN, A. W. — Londres 1923 — 1:1211-1212.
- 6 — HOON, M. R. — *S. G. O.* 1923 — 36:247-251.
- 7 — SALMON, U. J. 1934 — "Journal of Mt. Sinai Hospt." — 1:169-172.
- 8 — MEIGS, J. V. — "Tumors of the Female Pelvic Organs" — New York — Mc. Millan Co. 1934.
- 9 — MEIGS, J. V. e CASS, J. W. — *Am. J. Obst.* 1937 — 33:249-266.
- 10 — CALMERON, M. J. — *S. G. O.* — Fev. 1947 — 181-191.