

INSTITUTO CENTRAL — HOSPITAL A. C. CAMARGO

Diretor : PROF. ANTONIO PRUDENTE

176.ª Reunião Anátomo-Clinica - (6/11/1958)

Cisto - Adeno - Carcinoma Papilífero do Ovário Operado

Presidente: Prof. José Ramos Jr. — Diretor do Departamento de Medicina.

Secretário: Dr. Humberto Tortoloni — Diretor do Dep. de Anat. Patológica.

Relator: Dr. Paulo de Assis — Residente de Cirurgia.

Comentador: Dr. Fernando C. Gentil — Chefe do Serv. de Cirurgia Pélvica.

Necroscopista: Dra. Ennize de M. Nunes — Residente de Anatomia Patológica.

Redator: Prof. Antônio Prudente — Diretor do Departamento de Cirurgia.

CASO CLÍNICO (Registro n.º 57.2993)

RESUMO DA OBSERVAÇÃO

M.T.L. — 69 anos, feminino, viúva, branca, baiana.

Consulta — 9 de dezembro de 1957.

Queixa Principal — Dôr da região inguinal há um ano e tumor hipogástrico há dois meses.

História da moléstia atual — Há um ano dôr na região inguinal E. com irradiação para a coxa, intensidade forte, duração de 7 a 8 dias, sem poder locomover-se. A dôr vem aumentando de intensidade e há 10 meses notou aumento no hipogástrico. Procurou médico que lhe disse ter tumor no hipogástrico do tamanho de uma laranja. Há um mês edema do membro inferior E., indolor. O tumor vem aumentado de tamanho. Emagreceu 20 quilos.

Antecedentes familiares — Nada digno de nota.

Antecedentes pessoais — Oliguria há 1 ano.

Exame físico — Bom estado geral. Não há edema, cianose ou icterícia.

Aparêlho respiratório e cardiovascular — Clinicamente normais. P. A. 16 x 8. Pulso 70/min. rítmico.

Abdomen — Abaulado, duro. Circulação colateral evidente. Dôr à palpação profunda das regiões ilíacas, hipogástrico e flancos. Ascite presente. Fígado e baço não palpáveis.

Exame Ginecológico — Vulva e vagina livres. *Colo uterino* — Ligeiro ectropio papilar. Histerometria 4,5 cm. *Toque vaginal* — Abaulamento do fundo de saco anterior. Demais fórnices livres. Não se consegue individualizar o corpo uterino ao toque combinado.

Abdomen — Volumosa tumoração, simulando gestação no 7.º mês (em volume). Limite superior: 4 dedos transversos acima da cicatriz umbelical. Lateralmente: flancos e fossas ilíacas. Limite inferior: confunde-se com o pubis, insinuando-se na pelvis.

Circulação colateral tipo cava inferior. Ascite. O tumor apresenta-se com mobilidade praticamente nula.

Hipótese diagnóstica — Tumor de ovário.

Internada — em 10-12-57.

Exames subsidiário (Antes do ato cirúr-

gico) — 1) *Curetagem de prova* — Inconclusivo. 2) *Urina* — Densidade 1020. Albumina 0,35 g/l. Regular quantidade de pús. 3) *Químico de sangue* — Urea 50 mg%. Glicose 85 mg%. Serina 4,0 gr%. Globulina 2,9 gr%. Prot. totais 6,9%. Índice S/G 1,4. Fosfatase alcalina 2, 4 U.B. 4) *Histerografia* — Enchimento da cavidade uterina, a qual é de forma irregular, deslocada para baixo e para a direita. Não houve enchimento das trompas. 5) *Urografia* — Tumor abdominal provocando hidronefrose à esquerda, deslocamento das alças do tubo digestivo e compressão da bexiga. 6) *Enema Opaco* — Tumor da fossa ilíaca esquerda que recalca o sigmóide e descendente para a direita e para cima. Colons normais. 7) *Hematológico* — Leucócitos 8.500. Bastonetes 5. Segmentados 55. Eosinófilos 3. Basófilos 0. Linfócitos 27. Monócitos 10. Hemácias 4.000.000. Hemoglobina 12,0 gr. — 80%. Hematocrito 32%. Valor globular 1,0. Volume médio 80u3.

Intervenção cirúrgica — Em 7-1-58 histerectomia total + anexectomia bilateral.

Achado operatório — Ausência de ascite, volumosa tumoração anexial E. — intraligamentar, pequena tumoração anexial D.

Durante as manobras de mobilização dos tumores, êstes se romperam, dando saída a abundante quantidade de secreção purulenta (3 litros), que foi cuidadosamente aspirada. O ureter E. foi seccionado involuntariamente devido ao fato de se encontrar interessado no tumor. Anastomose término-terminal do ureter e cateterização do mesmo com sonda fina de polietileno. O peritônio posterior não foi fechado.

Dreno de Penrose na vagina.

Exame Anátomo-patológico da peça cirúrgica — Cistoadenocarcinoma do ovário com áreas de metaplasia escamosa.

Evolução pós-operatória — Imediata: Cianose do antebraço D. Edema.

1.º dia — Edema e cianose acentuados do membro superior D. Boa circulação arterial do referido membro. Diurese mais ou menos 300 ml. Temp. 37,8°C. — Foram administrados: 1.500 ml. de soro glicosado a 5%. Antibióticos. Vitaminas.

2.º dia — Diurese 500 ml. Cianose e edema do membro superior D. melhorados.

Mesma terapêutica do dia anterior.

3.º dia — Febrícula. Diurese 400 ml. *Cistoscopia* — Visualizada a sonda introduzida no ureter E. com grande extensão enrolada na luz vesical, com alguns acotovelamentos. Não foi possível avaliar drenagem da urina através a mesma nem localizar a extremidade distal de modo a permitir sua exteriorização. Mesmo tratamento, adicionando-se Prostigmine e Agrol.

4.º dia — Náuseas e vômitos. Abdomen distendido. Diurese 800 ml. Não evacua. Mesmo tratamento da véspera.

5.º dia — Plantão: 6 hs. — Distensão abdominal aumentada. Paciente com vômitos, abundante secreção brônquica, conciente, porém sem forças. Dóres abdominais. P.A. 8 x 6. Pulso rápido, fino, pele úmida. Coração nihil. Não foi possível auscultar dos pulmões. Aspiração gástrica: 400 ml. líquido fecalóide. Continua-se com o mesmo tratamento.

9,00 horas — Estado de choque. Abdomen enormemente distendido. Diurese 250 ml. Não evacua.

6.º dia — Plantão: 4,30 horas — Óbito.

Diagnóstico do serviço de ginecologia — Peritonite — Íleo adinâmico — Pielonefrite (?) — Coma urêmico.

Diagnóstico do Relator — Dr. Paulo de Assis: *Anatômicos*: Cisto-adenocarcinoma papilífero do ovário E.; arterioesclerose; peritonite; hidronefrose à E.;

Funcionais: anemia normocrômica e normocítica; íleo adinâmico; hipertensão porta;

Causa Mortis: Choque periférico, causado por colapso tóxi-infeccioso.

DISCUSSÃO CLÍNICA

DR. JACYR VIANA QUADROS — “Discordo em parte do relatório radiológico quando diz que o útero estava cheio de contraste. A meu modo de ver, não há imagem do corpo uterino nesta chapa. A minha impressão é de que houve uma perfuração, tendo o aparelho penetrado diretamente no tumor. Pelas radiografias anteriores tem-se essa impressão. Quando a paciente fez a urografia, três dias depois, o lipiodol estava extravazado por toda a zona tumoral. Esse aspecto é fixo, imutável.

De maneira que não devia estar em cavidade livre. Para que o contraste tivesse extravazado haveria uma possibilidade, mas torna-se mais difícil explicar por que ficou retido. Teria caído de qualquer forma na cavidade abdominal. Acho também que o cirurgião poderia ter precisado ainda mais seu diagnóstico. A hipótese radiológica de hidronefrose E. devia ter orientado o diagnóstico no sentido de um tumor intraligamentar, eventualidade admissível em vista de haver o diagnóstico de tumor do ovário, o que seria, no caso, a explicação mais lógica da compressão extrínseca do ureter. O

deslocamento do cólon não oferece maior interesse. É uma compressão extrínseca para trás e para a D. O tumor era E.; empurrou todo o sigmoide para a D. No sigmoide, neste ponto, há uma compressão mais evidente. Talvez tivesse havido aí uma zona de necrose. Penso eu que tenha sido o ponto de perfuração que a anatomia patológica deverá mostrar".

DR. FERNANDO GENTIL — "De início devo assinalar aqui que, tendo a oportunidade de folhear este prontuário, verifiquei que houve realmente cuidado no preenchimento de todos os dados clínicos e também no que se refere ao período pré e pós-operatório. Quanto ao diagnóstico, tenho a impressão de que o quadro clínico era realmente bastante claro.

O exame loco-regional da paciente, feito pelo Serviço de Ginecologia, não deixa realmente margem a nenhuma dúvida clínica sobre o diagnóstico dessa tumoração ginecológica. Era portanto um tumor de ovário que, de acordo com todos os dados apresentados, seria de natureza maligna. Também a história clínica corroborava esse diagnóstico. No que se refere aos exames pedidos no pré-operatório, tenho a impressão de que houve um pecado por omissão, de um lado, e um pecado por excesso, de outro lado. Quanto ao que não foi feito e que, na minha opinião, devia ter sido feito, assinalo a radiografia do tórax. Uma vez mais devemos insistir no fato de que, toda vez que se abre um abdômen de pessoa idosa com diagnóstico de câncer, deverá ser feita uma radiografia do tórax. Em segundo lugar, essa paciente tinha um exame de urina que revelava uma quantidade razoável de pú. Por essa razão deveria ter sido pedido um exame de urina sondada, com cultura e prova de sensibilidade aos antibióticos. Em terceiro lugar, em se tratando de uma paciente idosa e moderadamente obesa, que apresentava uma taxa de uréia de 50 mg., deveria ter sido feita uma dosagem de creatinina. O que de mais importante, na minha opinião, foi feito em excesso, é a curetagem de prova. Naturalmente o Dr. Francisco Martins, Chefe do Serviço de Ginecologia, prestará esclarecimentos relativos a este ponto.

Tratava-se de uma paciente que apresentava massa tumoral enorme, com evolução mais ou menos rápida e com sinais clínicos de ascite. Realmente o diagnóstico mais provável era tumor de ovário e, por conseguinte, a curetagem não poderia trazer nenhuma informação que viesse modificar a terapêutica. Em caso de haver metástase do tumor de ovário no endométrio, a curetagem poderia até disseminar células neoplásicas.

Da mesma forma, a histerosalpingografia me parece ter sido feita desnecessariamente, ante o diagnóstico clínico apresentado pela paciente. Outro exame também desnecessário foi o enema opaco.

Todos nós sabemos que uma tumoração do ovário muito raramente invade a parede do intestino, a tal ponto que produza uma estenose. Mas o intestino é um órgão de muita mobilidade, de muita elasticidade. De maneira nenhuma haveria, digamos assim, qualquer informação por um enema opaco que viesse orientar a terapêutica cirúrgica de um câncer de ovário, uma vez que a paciente não apresentava sinais de obstrução. Ainda outro exame que me parece desnecessário é a determinação do fósforo e fosfatase alcalina, com relação a uma paciente de tumor de ovário, sem metástases ósseas. No que se refere ao preparo da paciente, acho que houve um pequeno lapso no resumo da história clínica. Ela teve dois hemogramas: um, no dia em que foi internada (aliás, no dia seguinte) e outro, que é o que está assinalado no resumo. Foram feitas duas transfusões. Por conseguinte, a paciente apresentava um hemograma, que não está relatado no resumo e que mostrava um hematócrito de 29%, uma hemoglobina de 74% (11 g) e um número de hemácias da ordem de 3.650 ml. Depois houve duas transfusões e novo hemograma foi feito — esse que os senhores têm no resumo — que mostra um hematócrito que passou a 32%, uma hemoglobina a 80% e 4 milhões de hemácias.

Realmente, na minha opinião, essa paciente deveria receber mais sangue no pré-operatório, porque foi operada com um hemograma mostrando ainda hemoconcentração, desidratação e anemias. E passou no hospital, antes de ser operada, exatamente 29 dias!

No que se refere ao preparo intestinal, eu concordo com a orientação geral seguida no Serviço de Ginecologia, porque nós sabemos que é de grande importância, toda vez que se pratica uma laparotomia para operar um câncer, ter o intestino adequadamente preparado, em vista da necessidade eventual de uma ressecção intestinal. Mas aqui já

há um pequeno senão: é que o preparo foi feito de maneira inadequada no que se refere à dose e ao número de dias em que foi dada a sulfatidina. Uma dose de 2 comprimidos cada 8 horas, para uma paciente de 71 kg. é exatamente um pouco menos da metade da dose que seria necessária para que essa paciente tivesse o seu tubo gastro-intestinal esterilizado de maneira satisfatória. O número de dias foi de 3, durante os quais foi administrada a sulfatidina, quando sabemos que esse número precisa ser de pelo menos 5, quando se usa essa droga, a não ser que esta seja combinada com a neomicina. Quando há esta associação, podemos fazer a esterilização em 48 horas.

No que se refere ainda ao preparo intestinal, foi dado agarol de 12 em 12 horas. Como não se especifica se a paciente tinha evacuações diárias (uma ou mais por dia), é difícil avaliarmos se essa dose seria suficiente com relação ao preparo intestinal.

Outra coisa que realmente não devia ter sido feita, na minha opinião, foi a administração de sulfato de magnésio na véspera da operação. Ora, sabemos que na véspera da operação, um bom preparo intestinal implica em suspender todo e qualquer laxante. Aqui foi feito exatamente o contrário: foi dada uma dose muito grande de um laxativo poderoso. Por conseguinte isso interferiu no preparo dessa paciente, agindo como fator de desidratação, numa paciente que já estava desidratada e com hemoconcentração.

No que se refere ao preparo imediato da paciente, para a sala de operação, não foi assinalado o uso da sonda gástrica, o que realmente deve ser feito quando se submete uma paciente a uma laparotomia ou a operações de grande monta. Assim também não se sabe se foi colocada ou não sonda vesical, antes ou na sala de operação.

Quanto ao ato cirúrgico propriamente dito, é interessante assinalarmos a ausência de ascite, apesar de que clinicamente a paciente apresentava dados que nos conduziam a esse diagnóstico. Mas, como se tratava de um cisto-adenocarcinoma (por conseguinte, um tumor cístico), seria natural que os dados físicos corroborassem a opinião de uma possível ascite, que a paciente não apresentou. Era um tumor encapsulado. Infelizmente, durante o ato cirúrgico houve rompimento desse tumor e, por conseguinte, uma disseminação não só de células neoplásicas como também de um líquido purulento, cujo volume, como está especificado no prontuário, montava a cerca de 3 litros.

Como também já foi assinalado, o ureter esquerdo foi involuntariamente seccionado. Todos nós podemos ser vítimas de um acidente, mas nunca é demais insistir no fato de que, se fizéssemos essa operação talvez um pouco mais lentamente e com um pouco mais de cuidado, poderíamos evitar o rompimento do tumor cístico, o que é de grande importância, como também a secção de órgãos que não deveriam ser seccionados.

Outro fato que me chamou a atenção no ato cirúrgico foi que o peritônio posterior não foi fechado e que a anastomose termino-terminal do ureter foi portanto deixada, digamos assim, na cavidade peritoneal. Teria sido interessante talvez deixar essa área, onde se processou a anastomose, retroperitonealmente, drenada pela vagina, porque todos nós sabemos que essas anastomoses são precárias.

No que se refere ao pós-operatório imediato, gostaríamos de mencionar o seguinte: no primeiro dia a paciente deveria estar com aspiração gástrica contínua. Levando-se em conta que era uma paciente obesa, que sofrera uma operação demorada, com acidentes, etc., seria da maior importância que tivesse tido uma sonda gástrica com aspiração contínua. Outro ponto importante, na minha opinião, é que essa paciente, no primeiro dia do pós-operatório, deveria ter sido retirada do leito. Uma paciente obesa, após uma operação grave, ficando deitada, como nós sabemos, até se não me engano o terceiro ou quarto dia, estará possivelmente formando um processo de congestão pulmonar, etc. Outra coisa que não foi assinalada em nenhum dos dias do pós-operatório e que também não foi pelo médico de plantão que a atendeu: essa paciente apresentava ou não peristaltismo intestinal? Isto é de grande importância e é muito fácil de ser verificado. Todo médico residente, nos primeiros dias de um pós-operatório como este, deverá procurar saber se existe ou não peristaltismo intestinal. Essa paciente foi alimentada — imaginem os senhores — no primeiro dia do pós-operatório! Isto também não deveria ter sido feito. Uma paciente deitada, que sofreu uma intervenção de grande monta, ser alimentada mesmo com dieta hídrica, sem se ter verificado se o intestino apresenta adinamia ou não! É lógico que essa paciente deve vomitar. Não

foi feito também nenhum desses pequenos clisteres que, no primeiro e segundo dias, servem para excitar o reto e facilitar a saída de gases, que não só tornam a paciente distendida como lhe prejudicam bastante o conforto.

No primeiro dia foram dados a essa paciente Amplicil e Ronicol. Não sei bem a composição do Ronicol.

DR. Elme GARCIA — Ácido nicotínico.

DR. FERNANDO GENTIL — Bem, a paciente apresentava vômitos, náuseas e distensão, no quarto dia, mas mesmo então não foi posta sonda gástrica. Continuou ela a ser alimentada por via oral. Finalmente, no quinto dia, o médico de plantão colocou a sonda gástrica. Também não verificou se havia peristaltismo ou não. E isso é da maior importância. Como fazer o diagnóstico diferencial entre um íleus paralyticus e uma obstrução intestinal? O fator principal é saber se há ou não peristaltismo. Todos os dois quadros apresentam distensão. Obstrução intestinal por uma brida teria sido possível neste caso, já que não foi reconstituído o peritônio posterior. Se não houve escuta de ruídos intestinais, não se pode saber se se tratava de um íleus paralyticus ou de uma obstrução intestinal de natureza mecânica.

Finalmente, a paciente veio a falecer, em virtude de colapso tóxico-infeccioso. Acho que realmente a causa mortis foi um choque periférico, produzido por um colapso tóxico-infeccioso.

Quanto ao diagnóstico anatômico de arterioesclerose, não encontrei dados a favor, a não ser a idade da paciente. No que se refere a peritonite, acho que não há dúvida a respeito de um processo infeccioso abdominal. A causa dessa peritonite poderia ter sido a deiscência da anastomose uretero-ureteral, ou a contaminação pelo pús contínuo no tumor, ou mesmo, como o Dr. Jacyr acabou de mostrar, uma perfuração feita no útero, no pré-operatório, pela histerosalpingografia.

Quanto ao diagnóstico de anemia normocrômica e normocítica, estou de acordo. Acrescentaria ainda, aos diagnósticos funcionais, a desidratação. E, quanto à causa mortis, parece-me não haver dúvida: colapso tóxico-infeccioso produzido pela peritonite.

DR. HUMBERTO TORLONI — Está em discussão o caso. Há alguns médicos presentes que assistiram à autópsia. Pedimo-lhes que se abstenham de fazer qualquer comentário, direta ou indiretamente.

DR. FRANCIA MARTINS — O Dr. Gentil pede esclarecimentos de minha parte. Tomei algumas notas e vou procurar esclarecer e assinalar as falhas existentes.

Quanto às falhas do pré-operatório, concordo que deveria ter sido feito um exame radiológico dos pulmões. Houve essa falha, se bem que nos tumores ovarianos, como do colo uterino, as metástases pulmonares são relativamente raras. As de tumores ovarianos são talvez um pouco menos raras. Em todo caso, dado o volume desse tumor (volume aproximado de uma gravidez de 7 meses; portanto, já bastante antigo), acho perfeitamente justificados os raios X do tórax. A autópsia irá dizer se houve ou não metástases.

Quanto a questão da urina, também concordo em que houve falha. A primeira urina revelou pús. Deveria ter sido feito outro exame de urina colhida por meio de sonda, para apurar melhor a origem desse pús.

Quanto a questão da creatinina, deve-se assinalar que a paciente apresentava 0,50 de uréia, encontrando-se já no limite máximo. Esse exame deveria ter sido feito, mas não nos pareceu indispensável a sua realização. Achamos que não havia necessidade de fazê-lo.

No que se refere a curetagem de prova, discordo do Dr. Gentil, porque em todo tumor maligno de ovário há grandes possibilidades de metástases na cavidade uterina, no endométrio, dadas as relações linfáticas de útero, trompas e ovários. Existem ramos linfáticos que vão diretamente do ovário à mucosa uterina, de sorte que a propedêutica nos obriga, num Serviço organizado com base científica, a apurar se há ou não metástases uterinas. Mesmo que não haja, a terapêutica é a mesma. É a orientação sistemática adotada em meu Serviço em casos de tumor ovariano. Já tenho tirado, por assim dizer, doentes da mesa de operação, por não ter sido feita a curetagem. Acho-a indispensável. A histerografia foi aqui apenas um elemento de estudo, porque a curetagem de prova foi negativa. Era um tumor imenso, abdominal com a suposição de tumor

de ovário; mas o útero não havia sido delimitado pelo exame ginecológico, dado o próprio volume do tumor. A histerometria de 4,5 cm não nos satisfaz, porque se tratava de uma multipara, e o útero, na idade da paciente, devia ser um pouco maior. Aliás, esse tumor poderia ser uterino, uma vez que o diagnóstico fora clínico. Precisávamos então verificar o volume real do útero. A razão de a histerometria ter dado 4,5 cm pode ser explicada facilmente. O tumor, sendo muito grande, deveria ter recalcado, como de fato recalcou, o útero à D., não permitindo ao instrumento penetrar na cavidade. De sorte que a histerografia foi apenas elucidativa, para verificar qual o volume do útero e para verificar se havia alguma anomalia na cavidade, que a curetagem não permitir demonstrar. Isso é muito importante. Acho pois que foi uma prova importante e complementar da propedêutica, sempre útil fazer nesses casos. Foi feita, aliás, por minha indicação.

Quanto ao enema opaco, foi apenas para verificar as condições do intestino, em face de um tumor tão grande. Quanto à fosfatase alcalina, fazemo-la sistematicamente em todos os casos do Serviço, para verificar, com o correr dos anos, qual a relação existente entre ela e o processo mórbido.

Referentemente ao preparo da doente, devemos considerar primeiramente, a anemia. Com as transfusões a melhora foi pequena, passando os glóbulos vermelhos a 4 milhões e a hemoglobina, de 74 a 80%, o hematócrito também melhorou um pouco. Poder-se-ia evidentemente obter uma melhora mais acentuada, mas as condições da paciente nos pareceram suficientemente boas, para suportar o ato cirúrgico, principalmente no que dizia respeito à hemoglobina e aos glóbulos vermelhos, embora o hematócrito se mantivesse um pouco baixo.

Quanto ao preparo intestinal, no Serviço ele não é feito obrigatoriamente para a hipótese de uma ressecção intestinal. Fazemo-lo apenas quando os casos são muito avançados. Aquêles era um tumor de ovário. A possibilidade de penetração no intestino era muito limitada, muito pouco provável, de sorte que preparamos o intestino apenas para uma eventualidade. O que fazemos no Serviço é dar sulfatidina (devia a paciente, é verdade, ter tomado dose maior). E, quanto ao sulfato de magnésio, administramo-lo sistematicamente, quase em todos os casos. Na véspera da operação damos dieta hídrica e sulfato de magnésio, para o efeito apenas de melhorar as condições intestinais e permitir trabalho em melhor campo.

Quanto a questão da sonda gástrica, em geral os pacientes sobem à sala de operações sem ela. A sonda gástrica é colocada, em geral, posteriormente. Quanto à sonda vesical, nenhuma doente vai à mesa de operação sem ela.

No que se refere ao acidente operatório, para encurtar um pouco estes comentários, há o seguinte: o tumor era imenso, excessivamente aderente, embora intraligamentar. As tentativas de descolamento foram difíceis, portanto, tanto pelo volume do tumor quanto pelas aderências.

Tão difíceis que nesse trabalho de descolamento houve a rutura do tumor e a saída de 3 litros de pús, que se esparramou pela cavidade: um pús escuro, amarelo-avermelhado. Com esse extravasamento e conseqüente redução do tumor, resolvemos praticar a histerectomia total. Mas o ureter estava recalcado e abrangido pela parte fibrótica e as aderências do tumor, e assim, no momento do pinçamento dos paramétrios, etc., o ureter foi abrangido nessas ligaduras do lado E, e daí o acidente. A rutura foi imediatamente suturada, tendo sido colocada uma sonda, como o fazemos em geral.

Quanto ao pós-operatório, nos primeiros dias a paciente passou mais ou menos bem. Começou a piorar no terceiro ou quarto dia, altura em que foi colocada a sonda gástrica. O nosso diagnóstico nessa ocasião foi de um íleus paralyticus, adinâmico, provavelmente por peritonite. Isso foi o que imediatamente pensamos, atribuindo-o ao extravasamento do pús, apesar do antibiótico dado.

Era o esclarecimento que devia prestar. Não entendi entretanto o que se disse aqui a respeito de perfuração. Foi perfuração do útero?

DR. JACYR QUADROS — Perfuração do útero em zona tumoral.

DR. FRANCIA MARTINS — O que me parece é o seguinte: essas perfurações do útero não tem o menor significado. Pode haver uma perfuração e no dia seguinte estar cicatrizada. São frequentes essas perfurações e em geral não tem a menor gravidade, quando naturalmente não se trate de útero grávido. Quem lida em ginecologia ou radioterapia,

frequentemente perfura o útero, mesmo com infecção do colo, sem o menor significado. Acho também, com o Dr. Quadros, que aquela imagem não é da cavidade uterina. Como o útero estava muito virado e recalcado, foi o que aconteceu com a histerometria: provavelmente a ponta da sonda penetrou e extravasou um pouco de contraste, porque aquela radiografia feita posteriormente mostra um deslocamento anômalo. Aquilo não é trompa, porque o extravasamento pela trompa é muito característico.

A trompa, se esvasia do contraste, dentro de 48 horas, o qual cae na cavidade e se espalha, como acontece nas histerosapiingografia. Ali não. O extravasamento ficou encistado, por um processo de aderência. Isso às vezes se verifica. O extravasamento passa pela trompa e deixa uma placa encistada durante vários dias. Não há disseminação pela cavidade e sim o encistamento dentro do tecido fibroso. A meu ver foi isso que aconteceu, porque a imagem posterior é difusa.

DR. ITALO BARUFFI — Quero dar o meu apoio ao Dr. Francia, discordando do Dr. Gentil, quando ele trata da curetagem de prova, porque são vários os tipos de tumores que dão metástases para o endométrio.

DR. JACYR QUADROS — Quero dar mais um adendo de interesse, no que se refere à histerografia, porque nesses casos é sabido que o útero, em se tratando de tumores intraligamentares, pode ser deslocado a 10 ou 20 cm. da localização habitual. A histerografia, então, poderia ser útil. O exame radiológico do colon foi útil porque permitiu informar que o tumor era E., o que nem sempre é possível verificar pelo toque. Era pois mais um dado semiológico, além de informar sobre as próprias condições do colon, que poderia perfeitamente ser invadido por um tumor maligno.

DR. SAMPAIO CORREIA — Só gostaria de saber qual a interpretação dada para o edema e cianose acentuadas no membro superior D. no primeiro dia do pós-operatório.

DR. FRANCIA MARTINS — Devem ter sido causados por compressão do membro da paciente, devido à posição na mesa operatória. Esse quadro porém regrediu rapidamente.

DR. ALFREDO ABRÃO — Em relação aos diagnósticos, queria perguntar ao Dr. Paulo Assis: por que o diagnóstico de hipertensão porta? E queria acrescentar um possível diagnóstico de broncopneumonia, porque a doente apresentava abundante secreção brônquica e estava sem forças para eliminá-la.

PROF. JOSÉ RAMOS JR. — Do ponto de vista cancerológico este caso já foi suficientemente estudado e nada acrescentarei. No que respeita aos diagnósticos, discordo de que houvesse circulação colateral, para que com isso se fizesse o diagnóstico de hipertensão porta.

Mais uma vez insisto que o diagnóstico de circulação colateral superficial é difícil. É preciso que, além de o indivíduo verificar a visibilidade das veias na parede cutânea do abdomen, elas estejam turcidas, existindo mesmo uma sensação de que existe hipertensão venosa naquelas veias. Em mulheres, principalmente as magras com a cutis muito branca, é muito possível ver, pela distensão de determinada região, a rede venosa, e daí a confusão com o diagnóstico de circulação colateral. Ora, essa paciente não apresentava nos seus antecedentes nem

na sua história atual nada que levasse à sugestão de que pudesse haver hipertensão porta. Existindo hipertensão porta, evidentemente a circulação colateral deveria estar presente.

No que diz respeito à exploração renal, evidentemente esta deve ser feita. Se apresentava piúria ao exame comum de urina sem sondagem, deveria ser feita a verificação com urina sondada. A ureia de 59 mg já estava um pouco elevada, porque o seu limite considerado normal, de acordo com a técnica de dosagem usada em nosso Laboratório, é de 40 mg. Mas considera-se que essa paciente foi para a mesa de cirurgia desidratada. Tratava-se de uma portadora de doença purulenta, que também apresentava ureia elevada e não se deveria concluir por insuficiência renal, somente com a dosagem de ureia. Strauss, trabalhando na parte que diz respeito à fisiopatologia da nutrição, verificou que o indivíduo em jejum apresenta a degradação de 80 gr. de suas proteínas celulares e de tecidos de tal forma que produz 22 mg. de ureia. Se a nutrição for suficiente, no sentido de que traga um valor calórico correspondente a 100 g de glicose por dia, esta quantidade de ureia produzida passa a ser 12 mg. Isto quer dizer o seguinte: se o indivíduo não e em jejum tem esta degradação, no portador de qualquer afecção que traga necrose celular, como inflamações purulentas, carcinomas necrosados, etc., a quantidade de ureia evidentemente deverá ser muito maior. Então, a ureia pura e simples, dosada no plasma sanguíneo, não exprime por si só a consideração de que exista uma insuficiência renal. É, ao contrário, um dado muito grosseiro para essa avaliação, porque existem inúmeras situações na patologia que aumentam a ureia de maneira sensível.

Por isso o diagnóstico de coma urêmico não deverá ser considerado. A fisiopatologia dos rins tem se modificado no sentido de fazer uma consideração melhor a respeito da insuficiência renal e suas relações com os sintomas clínicos daquilo que se chama uremia "vera", nome dado pela escola de Volhard e que hoje tende a ser mudado para não lembrar aos estudantes e aos médicos, que não têm prática de lidar com estes problemas da fisiopatologia renal, de que haja relação de causa e efeito entre os sintomas de um indivíduo com insuficiência renal crônica com a quantidade de ureia ou azotemia existente. O conceito de uremia "vera" se exprime por um conjunto de sintomas provenientes de um distúrbio metabólico complexo, representado por desidratação, retenção de radicais ácidos, retenção de eletrólitos, pela neoprodução, durante a fase de insuficiência renal de produtos ácidos e produtos tóxicos celulares formados pela própria retenção destes que deveriam ser eliminadas e não o são. Este é o conceito, bem determinado, da insuficiência renal crônica e do que se chamaria uremia "vera". Há pacientes com 3,50 g de ureia e que não apresentam sintomatologia grave. Há outros, com 1 g ou 1,20 g de ureia, com sintomatologia gravíssima de uremia "vera".

Essas considerações foram feitas para demonstrar-lhes que a ureia por si só, e exclusivamente a quantidade de ureia, possui expressão clínica de insuficiência renal.

No que diz respeito à cianose e ao edema do membro superior D., assim como no edema do membro inferior esquerdo, com o qual a paciente entrou no hospital, quero crer que cabe o diagnóstico possível de uma tromboflebite das duas regiões.

O Dr. Paulo Assis terminou a sua exposição dizendo que a causa mortis, foi por choque periférico produzido por colapso toxi-infeccioso. Não! Choque periférico ou colapso toxi-infeccioso.

RELATÓRIO DA NECROSCOPIA

N.º 477

Diagnóstico Anátomo-patológicos

Causa mortis — Colapso tóxico-infeccioso.

Moléstia principal — Cistoadenocarcinoma papilífero com áreas de metaplasia es-

camosa do ovário.

Diagnósticos anatómicos — Peritonite fibrinosa.

Enterite aguda necrotizante inespecífica.

Hidronefrose.
 Pielonefrite crônica.
 Hipertrofia do miocárdio.
 Enfisema pulmonar.
 Arterioesclerose da aorta.
 Arterioesclerose e arterioloesclerose renal.
 Arterioesclerose da artéria pulmonar.
 Cicatriz de enfarte miocárdico.
 Trombose organizada na artéria pulmonar.
 Hepatite crônica inespecífica.
 Esteatose hepática.
 Bócio coloide microfolicular.

DISCUSSÃO DA PATOLOGIA

Dra. Ennize de Moura Nunes — “Os achados anátomo patológico estão de acordo com os diagnósticos clínicos. Devo consignar que o edema pulmonar era limitado aos lobos inferiores, havendo enfisema nos superiores. Havia arteriosclerose generalizada e hipertrofia global do miocárdio. O achado principal foi uma peritonite fibrinosa, já em fase de organização, generalizada a toda cavidade abdominal”.

Dr. Humberto Torloni — “Em que condição estava a anastomose uretero-ureteral?”

Dra. Ennize de Moura Nunes — “Não havia deicência. A anastomose término-terminal do ureter esquerdo estava perfeita”.

Dr. Elme Garcia — “Tendo assistido à autópsia, pude verificar que a anastomose do ureter estava íntegra. O que me pareceu de maior interesse foi a presença de vários cistos no rim esquerdo”.

Dr. Humberto Torloni — Na realidade, o rim esquerdo apresenta, como se pode verificar na peça, uma hidronefrose acentuada, também demonstrada microscopicamente. Alguns desses cistos estão infectados. O diagnóstico clínico e radiológico foi, portanto, inteiramente confirmado. Mesmo na cortex renal são encontradas imagens císticas. Na parte medular vêem-se tubulos dilatados. Existem também si-

nais evidentes de nefrite crônica e de artério-arteriolo-esclerose. Creio que, com estes esclarecimentos, o quadro renal está perfeitamente explicado, havendo completa concordância com a imagem radiográfica”.

Dr. Jacyr Quadros — “Desejaria que o Prof. Ramos nos dissesse se o diagnóstico radiológico de hidronefrose pode ser considerado um diagnóstico anatômico”.

Prof. José Ramos Junior — “Respondo com uma pergunta: pode-se diferenciar radiologicamente uma hidronefrose de uma pioneufrose? — Parece-me que não. Assim sendo, a meu vêr não se deveria estabelecer, como diagnóstico anatômico, a determinação radiológica de uma provável hidronefrose, deixando-se que tal diagnóstico seja estabelecido pelo juízo clínico, que dispõe de outros elementos”.

Dr. Jacyr Quadros — “A nossa preocupação tem sido sempre e acho que deva ser assim — de não fazer diagnósticos puramente descritivos. Procuramos sempre estabelecer o diagnóstico radiológico em correlação com a Clínica.

Dr. Italo Baruffi — “A respeito das expressões hidro e pioneufrose, desejo lembrar que o Prof. Faria, do Rio de Janeiro, usava de preferência o termo “uronefrose”, abrangendo provavelmente as duas denominações”.

Prof. José Ramos Junior — “Indo à etimologia da palavra, acho-a perfeitamente cabível, pois “uro” se refere a todo o sistema urinário. Penso que o termo deve ser usado”.

Dr. Francisca Martins — “O Prof. Jorge Gouveia, com quem trabalhei usava também a expressão uronefrose”.

Dr. Jacyr Quadros — “Parece-me lógico. Acho que devemos usar para o futuro essa expressão”.

Dr. Fernando Gentil — “Radiologicamente pio e hidronefrose são sinônimos. Entretanto, clinicamente pode-se, num determinado momento, estabelecer se uma hidronefrose evoluiu para pio-nefrose.

r. Humberto Torloni — “Desejaria saber como se apresentavam as alças intestinais. Havia perfuração?”

Dra. Eunice Moura Nunes — “Havia congestão intensa da mucosa intestinal. Não havia perfuração. O exame microscópico mostrou uma enterite aguda necrotizante. Também nada foi encontrado que estabelecesse uma oclusão mecânica”.

Prof. Antônio Prudente — “Creio que a causa mortis, neste caso, fica perfeitamente estabelecida: colapso toxi-infeccioso por peritonite acompanhada de ileo adinâmico”.

Dr. José Batista Silva Neto — “Teria o enfisema pulmonar influido no mecanismo de morte, neste caso?”

Prof. José Ramos Junior — “Passarei a comentar os vários problemas que este caso suscita. Antes de mais nada quero chamar a atenção para a aparente disparidade existente entre os achados radiológicos e de autópsia. Trata-se muitas vezes de simples questão de nomenclatura. Já o vi-

mos em relação à hidronefrose que podem surgir dúvidas. Von Lehtenstein achava que à radiologia e, mesmo, a Clínica não deveriam estabelecer diagnósticos de hidro ou pnonefrose. Esse diagnóstico anatômico deveria ser apanágio da patologia. Seria preciso estabelecer que se trata de uma situação definitiva de dilatação passiva do sistema pielo-ureteral. A expressão mais apropriada para a Clínica e a Radiologia deveria ser: constipação renal ou constipação pielo-ureteral. Este caso veio a propósito, ilustrando outro aspecto do mesmo gênero. Trata-se do diagnóstico de enfisema vicariante do pulmão. Caberia aqui esse diagnóstico ?Não! Não existe enfisema vicariante pois não há vicariancia nenhuma. Não há suplência. Não há compensação. No enfisema propriamente dito há ruptura das fibras, desaparecendo os alvéolos. Fora disso o que existe é o que Fischer-Wasels denominou de distensão pulmonar. Já que a anatomia patológica revelou enfisema verdadeiro do pulmão, muito provavelmente tal fato, concorreu neste caso, para a morte da paciente.