

INSTITUTO CENTRAL — HOSPITAL A. C. CAMARGO

Diretor : PROF. ANTONIO PRUDENTE

178.ª Reunião Anátomo-Clinica - (27/11/1958)

Carcinoma Baso-Espino-Celular da Região Mentoniana, Operado

Presidente: Pro. José Ramos Júnior — Diretor
do Departamento de Medicina.
Secretário: Dr. João Paulo Aché de Freitas —
Titular de Anatomia Patológica.
Relator: Dr. Cláudio Hamilton Faccio — Resi-
dente de Cirurgia.

Comendador: Prof. Bindo Guida Filho — Titular
de Cirurgia.
Necroscopista: Dra. Ennize de M. Nunes — Re-
sidente de Anatomia Patológica.
Redator: Prof. Antônio Prudente — Diretor do
Departamento de Cirurgia.

CASO CLÍNICO, REGISTRO

N.º 54.0883

O.F. — 65 anos, feminino, branca, do-
méstica, brasileira.

Consulta — 15-4-54.

Queixa principal — Ferida no mento há
quatro anos.

Antecedentes familiares — Não refere
moléstia semelhante a que apresenta em
nenhum membro de sua família.

Antecedentes pessoais — Nada se lem-
bra de significativa que possa ter relação
com sua doença atual.

História da moléstia atual — Refere
que há alguns meses notou uma saliência
ao nível do mento, que não era dolorosa.
Tendo o nódulo crescido e formado uma
ferida, procurou médico, que encaminhou-
a ao Laboratório Paulista de Biologia, on-
de foi retirado um pequeno fragmento e
examinado (o resultado da biópsia, de
acôrdo com informações recebidas foi: Car-
cinoma base-espino celular corneificado,
em 12-3-54). Foi então encaminhada ao
Instituto Central para tratamento.

Exame físico geral — Estado geral bom,
sem edemas, icterícia ou qualquer afecção
cutânea.

Aparelho respiratório e cárdio-vascular
— Hiperfonese da 2.ª bulha no fóco mi-
tral. Pressão arterial: 16 x 2 mm Hg. Pul-
so 76 batimentos p/m., rítmico.

Abdômen — Não há pontos dolorosos,
nem ascite, nem circulação colateral. Fí-
gado e bazo em seus limites normais.

Exames subsidiários — 1) *Biópsia* —
Carcinoma baso-celular; 2) *Radiológico*:
Mandíbula revela erosão óssea ao nível da
sínfise mentoniana; 3) *Urina*: Densidade,
1014; albumina, traços; vários leucócitos;
2 a 3 hemácias por campo; 4) *Químico de*
sangue: Uréa, 50mg%; Glicose, 80mg%;
Proteínas totais, 7,3gr%; Serina, 4,6
gr.%; Globulina, 2,7 gr.%; Índice S/G,
1,7; 5) *Hematológico*: Leucócitos, 5.700;
Bastonetes, 6; Segmentados 45; Eosinófi-
los, 3; Basófilos, 1; Leucócitos, 42; Monó-
citos 3; Hemácias, 4.100.000; Hemoglo-

bina 80%; Valor Globular, 0,95; Anisocitose +; Tempo de Sangria, 1'30"; Tempo de Coagulação, 10"; Granulações tóxicas +.

Internação hospitalar — 22-4-54.

1.^a *Intervenção cirúrgica* — 28-4-54 — Exérese mentomandibular, seguida de reconstrução plástica imediata por meio de um retalho cutâneo obtido da face lateral direita do pescoço. Foi praticada também a traqueostomia.

Pós-operatório — necrose parcial do transplante.

Exame anátomo-patológico da peça — Carcinoma espinho-celular corneificado.

2.^a *Intervenção cirúrgica* — 10-5-54 — Não sendo satisfatório o resultado da reparação plástica realizada, foi preparado retalho tubular da região peitoral.

3.^a, 4.^a e 5.^a *Intervenções cirúrgicas* — Foram realizadas mais 3 intervenções de plástica, utilizando-se um transplante tubular da região peitoral, para completar o revestimento mentoniano. Foi feita uma prótese interna.

Biópsia — Em 13-8-56; reação inflamatória do tipo corpo estranho.

Exame radiológico — Em 8-11-56; não há sinais de lesões dos cotos ósseos da mandíbula.

Seqüência — Passou relativamente bem da lesão mentoniana. No início de 1957 refere ter surgido uma lesão ao nível do pubis, que se ulcerou.

Exame regional — Em 4-4-57, apresentava um tumor úlcerovegetante ao nível da região pubiana, medindo 6 x 3 cm. Foi submetida à biópsia.

Biópsia — Carcinoma baso-espinho celular.

6.^a *Intervenção cirúrgica* — Em 13-4-57, Exérese ampla, com boa margem de segurança, do tumor da região pubiana.

Pós-operatório — Sem incidentes.

Seqüência — A paciente passou bem até novembro de 1957, quando apresentou recidiva na pele da região mandibular esquerda.

Exame regional — Em 6-11-57 verificou-se lesão ulcerada da pele da região mandibular esquerda, medindo 3 x 0,5 cm., acompanhada de fratura do ramo horizontal da mandíbula do mesmo lado.

Biópsia — Carcinoma baso-celular queratótico.

Exames subsidiários — Químico de sangue: Uréa 15 mg%; Glicose 90 mg%; Proteínas totais 6,6 gr.%; Serina 3,9 gr%; Globulina 2,7 gr% Índice S/G 1,4.

Urina — Densidade 1007; Albumina, traços; Não há pús; Hemácias raras.

Hematológico — Leucócitos 4.800; Metamielócitos 0; Bastonetes 10; Segmentados 53; Eosinófilos 1; Basófilos 0; Linfócitos 26; Monócitos 10; Hemácias 3.950.000. Hemoglobina 12,5 gr. — 83%; Valor Globular 1,0; Tempo de Sangria 2'; Tempo de coagulação 8'; Hemossedimentação 65.

7.^a *Intervenção cirúrgica* — Em 13-10-57. Exérese do tumor das partes moles com mandibulectomia parcial. Enxerto ósseo imediato feito com um fragmento de 7 cms. da 7.^a costela direita, que foi fixado com parafuso. A mucosa bucal não foi aberta durante as manobras operatórias. Fixação dos músculos da região ao redor do enxerto ósseo. Durante a costectomia foi aberta a pleura, tendo-se feito drenagem fechada do torax.

Seqüência pós-operatória — No dia da operação foi vista três vezes pelo médico residente que verificou estar a paciente recuperando bem, havendo bom funcionamento do dreno torácico, boa expansão pulmonar, som claro à percussão em toda área de ambos pulmões, assim como murmúrio vesicular.

Em 14-12-57 — A paciente estava passando bem, queixando-se apenas de dor no hemitorax direito. Foi examinada às 7,30 verificando-se haver boa amplitude respiratória, apesar de existirem roncos em ambas bases. Às 8,35, o médico residente foi chamado de emergência, encontrando a paciente em cianose intensa e agitação. Tentou fazer uma traqueostomia, mas não houve tempo, falecendo a paciente imediatamente.

DIAGNÓSTICOS DO SERVIÇO DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

Anatômico — Carcinoma baso espinho-celular da região mentoneira. Carcinoma da região pubiana.

Causa mortis - Mal súbito. Oclusão aguda da coronária? Enfarte pulmonar?

DIAGNÓSTICO DO RELATOR DR. PAULO DE ASSIS

Diagnósticos anatômicos — Carcinoma da região mentoniana; carcinoma da região pubiana; arterioesclerose. *Diagnósticos funcionais* — Anemia normocrômica; insuficiência respiratória alvéolosanguínea. *Causa Mortis* — Embolia pulmonar.

DISCUSSÃO CLÍNICA

PROF. BINDO GUIDA FILHO — A paciente sofreu, neste hospital, cinco biópsias e quatro operações maiores. O interesse maior do caso, na minha opinião, está no pós-operatório da última intervenção, que consistiu de uma exérese do tumor da pele, mais mandibulectomia parcial, mais costectomia para plástica da mandíbula, com drenagem da cavidade pleural. Essa paciente foi muito bem seguida no pós-operatório. Verificamos que foi examinada pelo residente às 15,35 horas, no dia da operação, às 20 horas do mesmo dia e aos cinco minutos do dia seguinte. Mereceu atenção especial o exame dos pulmões, além do exame do sistema de drenagem. Pela evolução do caso, verificamos que as condições eram boas, sempre que a paciente foi examinada. Ela estava se recuperando de maneira satisfatória, mesmo na ocasião da visita feita no dia seguinte, aproximadamente às 7,30 da manhã. O residente ainda se encontrava no andar quando foi chamado para atender à paciente, que estava acometida por um mal súbito. Verificou-se então que ela estava agitada e com as extremidades cianóticas. Pensou-se em traqueostomia. Solicitou-se o material necessário, mas a paciente faleceu antes que fosse feita a traqueostomia. Pelos dados que tenho em mãos e deixando de lado outras possibilidades, parece-me que essa morte súbita, numa paciente de 65 anos de idade, se deu por oclusão aguda da coronária, levando a uma insuficiência cardíaca. Entretanto, não tenho elementos para fazer uma afirmação mais categórica quanto a esta paciente, porque a oclusão aguda da coronária é acompanhada de sintomas cardinais muito importantes, por exemplo a dor, que é característica e quase sempre mencionada pelos pacientes. No entanto a dor não é obrigatória. Existem casos de oclusão da coronária sem que esse sintoma esteja presente. Ainda que fosse, sintoma pudesse ser deixado de lado para esse diagnóstico, existem entretanto outros dados que não podem deixar de ser considerados. Por exemplo, a pressão arterial, que devia ter sido verificada, o pulso também e a ausculta das bulhas cardíacas, que deveriam estar abafadas.

Acredito que esses exames não tenham sido completados porque o estado geral da paciente era extremamente grave e o residente pensou numa oclusão das vias aéreas. Portanto, não tenho elementos para afirmar ter realmente havido uma oclusão aguda da coronária, mas é uma hipótese e que fica com uma interrogação. Os sintomas relatados na observação — agitação e cianose das extremidades — lembram a possibilidade de embolia pulmonar. Quero lembrar entretanto que a embolia pulmonar, nos pacientes cirúrgicos, apesar de ser comum, na grande maioria, se instala depois do quinto ou sexto dia pós-operatório. Essa doente não tinha ainda 24 horas da operação; portanto, pela lei das probabilidades, esta hipótese é menos provável, mas não é impossível. Fica então, também com interrogação: embolia pulmonar.

O residente pensou em obstrução das vias aéreas superiores, tanto que pediu material para traqueostomia. Seria possível a obstrução das vias aéreas superiores? E, se possível, em que condições? Consideramos vias aéreas superiores a traqueia e a laringe também, principalmente. Para se ter uma obstrução nesta região, haverá, acredito, três possibilidades: em primeiro lugar, inundação da laringe e da traqueia por secreções buco-faríngeas, que poderiam ser aspiradas para as vias aéreas superio-

res se a paciente estivesse ainda em sono profundo. Essa doente já estava em franca recuperação, com quase 24 horas de pós-operatório. Neste período, o reflexo da tosse devia estar presente em toda a sua plenitude e, se houvesse secreção, decerto a paciente a teria eliminado pela tosse. E, se houvesse falecido por essa obstrução, teria sido esse um episódio marcante, com acesso de tosse violenta. Em segundo lugar, poderia haver obstrução da traqueia por secreções bronco-alveolares que se houvessem acumulado, diminuindo o ar corrente. Mas nesta hipótese a obstrução seria gradativa, dando tempo suficiente para que sinais estetoacústicos denunciassem esse estado. Acredito que não haveria dificuldade alguma para se fazer um diagnóstico nesse sentido, porque os sinais estetoacústicos são muito evidentes. Restaria a possibilidade de obstrução por paralisia ou espasmo das cordas vocais. Parece-me que o tipo de cirurgia feito, entretanto, não seria favorável ao espasmo das cordas vocais. Tenho a impressão de que essa hipótese fica afastada. E também não sei se se pode admitir a hipótese de queda da base da língua. Não está relatado do resumo se foi usada a cânula de Guedel e se ela foi retirada.

Relativamente a esta consideração final, quero fazer aqui um pedido de esclarecimento ao cirurgião. Parece-me que a rotina no Serviço de Cabeça e Pescoço a fazer-se a traqueostomia em casos semelhantes a este. Neste caso não foi feita. O residente pensou em fazê-la, numa emergência. Acredito terem havido razões que determinaram uma conduta especial neste caso. Gostaria portanto de obter esclarecimentos do Serviço sobre este detalhe. Finalmente, faria mais uma hipótese, com interrogação. É uma possibilidade remota. Temos verificado em doentes que são drenados, como este, que há a possibilidade de instalação de um pneumotorax. O pneumotorax pode instalar-se na manipulação do doente para a própria "toilette", bem como no manuseio do sistema de drenagem pela enfermagem. Pode haver permeação no sistema de drenagem que permite uma solução de continuidade entre a cavidade pleural e o meio externo, estabelecendo-se o pneumotorax. Mas mesmo nesta possibilidade a morte não seria tão rápida, porque o pneumotorax se instala de maneira gradativa. Depois do colapso total de um pulmão, há necessidade de desvio do mediastino para o lado oposto. E só o colapso do pulmão oposto levaria o doente à morte, que se daria em quatro, cinco ou seis horas. Verificamos que a paciente estava muito bem às 7,30, tendo falecido subitamente mais ou menos uma hora depois. Portanto, se houvesse defeito no sistema de drenagem que permitisse o pneumotorax, seria necessário um número de horas maior para o óbito.

Mas verificamos que no exame dos pulmões, feito pelo residente, assinalam-se roncos em ambos os pulmões, nas bases principalmente. Admitindo que houve uma atelectasia parcial, global ou segmentar, acompanhada por embolia do ramo da artéria pulmonar essas complicações por si sós não seriam suficientes para causar o óbito pela redução da capacidade respiratória; se somarmos a estas prováveis complicações um pneumotorax pequeno, que também por si não seria suficiente para levar a paciente ao óbito, no conjunto acreditamos que pudesse ter havido uma insuficiência respiratória aguda, que poderia causar a morte súbita. Portanto, também ficamos com esta hipótese, com interrogações: pneumotorax.

Não me arrisco a formular outras hipóteses, mas me parece que chegaremos finalmente à conclusão de que a causa do óbito estará numa dessas já mencionadas.

DR. ARIEL MONTI — Gostaria de dar alguns esclarecimentos a respeito da orientação anestésica neste caso. Foi nosso intuito que a paciente saísse da sala da operação, dado o passado cirúrgico que apresentava, já completamente recuperada. Isto foi conseguido. Ela saiu consciente. Só respirava bem com a cânula de Guedel. Recomendou-se que não fosse retirada essa cânula. Parece-me que se manteve essa orientação, tendo a doente passado mesmo toda a tarde e a noite com ela. Pergunto ao residente que atendeu a paciente se a encontrou consciente e se ela estava sem a cânula quando da sua visita. Outra coisa para a qual gostaria de chamar a atenção é sobre a orientação do residente, quando atendeu a doente na hora da crise. Seria indicada realmente uma traqueostomia? Num caso assim, de cianose intensa e agitação, tenho a impressão de que o tempo de que se dispõe para a traqueostomia é mínimo: mais ou menos três minutos. Se o problema fosse realmente queda da base da língua, sido mais interessante, por parte do

residente, fazer uma tração da língua para fora da cavidade bucal, com uma pinça ou com a mão, uma vez que a fixação da base da língua se faz na mandíbula. Numa paciente sem a mandíbula poderia ter sucedido isto.

Se se tratasse de edema da glote, o residente, na emergência, poderia ter lançado mão de uma agulha de grosso calibre, inserindo-a na membrana tiroídea. Apenas uma agulha de grande calibre já é suficiente para manter a pessoa viva numa crise da respiração alta, com edema da glote e obstrução pela base da língua. Não uma traqueostomia. Não tomar nenhuma atitude não compensou neste caso.

A impressão do Serviço de Anestesia, neste caso, é de que se tratou de obstrução respiratória mecânica, ocorrida por queda da base da língua. Os outros diagnósticos também têm a sua possibilidade, o que será elucidado à base do exame anatómico-clínico.

DRA. ENNIZE DE MOURA NUNES — Quero levantar uma questão de natureza clínica. Quando terminei esta autópsia, tive algum interesse para elucidar alguns problemas que encontrei. Fui à Enfermaria em que esteve internada a paciente e pedi informações à responsável, porque achei que o que estava no prontuário não esclarecia. Ela então me disse que tinha ordem da dra. Revesca para não tirar a cânula. A própria doente a tirava. Ao sentir-se mal, recolocava-o. O médico esteve às 8,30 e não andou. Tirou a cânula. Enquanto o médico estava na sala de enfermagem, escrevendo alguma coisa, foi chamado às pressas, porque a doente estava morrendo. Foi questão de cinco minutos. Foi a informação que recebi da Enfermeira Chefe do andar.

DR. JORGE BARBOSA — Gostaria de fazer um pequeno comentário em torno deste caso, sobretudo por ter sido o cirurgião da última intervenção a que essa paciente se submeteu. No Serviço de Cabeça e Pescoço a orientação tem sido a seguinte, com relação à traqueostomia nas intervenções da cavidade bucal: em todas as intervenções cirúrgicas praticadas dentro da boca, ou nas vizinhanças, que possam comprometer a respiração ou a deglutição, quer por queda da base da língua, quer por edemas colaterais que atinjam o orifício de entrada da laringe, quer ainda por distúrbios nervosos que interfiram com os mecanismos da deglutição e reflexão da tosse, facilitando assim a aspiração dos exsutos das vias aéreas superiores para as vias pulmonares, em todos esses casos entendemos que a traqueostomia deve ser feita. No caso presente eu tinha mesmo pedido aos colegas, que ficaram incumbidos da parte final do ato cirúrgico, a prática da traqueostomia. Soube entretanto que esta não foi praticada porque os colegas que me substituíram foram tentados a abster-se dessa manobra pelo fato de se ter feito uma reconstituição imediata do fragmento de mandíbula removido. Tiramos um fragmento de mandíbula e aplicamos de imediato um enxerto na região. A raiz da língua foi ancorada nesse enxerto. Acreditou-se que este encurtamento pudesse evitar o acidente de queda que se observou posteriormente e que se tornou nitido nos relatos relativos à intolerância da paciente à retirada da cânula.

A doente deveria ter sido traqueotomizada, apesar de tudo isto, e eu acho que essa manobra não foi feita com base em dois fatores: em primeiro lugar, na crença de que a reconstituição plástica do caso era suficiente para garantir a boa permeabilidade das vias aéreas superiores, porque o ato cirúrgico não tinha interferido com os problemas da deglutição; e, em segundo lugar, porque, de acordo com a informação do dr. Almir, residente que atendeu o caso, a paciente apresentava momentos em que respirava e falava perfeitamente bem. O dr. Almir me disse que, pouco antes da crise, ele tinha entrado no quarto da doente e esta não apresentava fenômeno algum. Retirou-se e poucos minutos depois encontrou-a em asfixia aguda.

Penitencio-me muito pelo fato de não se ter feito a traqueostomia neste caso. Acho que deveria ter sido feita.

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — Quero também, tendo sido o primeiro assistente do caso, completar os esclarecimentos dados pelo Dr. Jorge, principalmente justificando a ausência de traqueostomia no caso, por indicação minha e não dele.

O dr. Bindo perguntou — e é justamente este o ponto principal — porque não foi feita a traqueostomia, sendo considerada uma medida de rotina nas intervenções bucais. O dr. Jorge já explicou

que ela é rotina nas intervenções em que se prevê complicações para o lado da respiração e da deglutição, como no caso de edema da laringe ou queda da base da língua. Não indicamos a traqueostomia quando a intervenção é feita na mandíbula e por via externa, sem comprometimento da cavidade bucal. A doente sofreu uma incisão externa, com ressecção da pele e colocação de enxerto imediato, sem abertura da cavidade bucal. Portanto, além de não ter havido comprometimento da face ventral da língua, nós também, com a colocação imediata do enxerto e com o apoio da musculatura da língua, não deixando o enxerto descolado sob a pele, e em se tratando de uma paciente que falava, deglutia e respirava bem, achamos não ser necessário a traqueostomia. Ou melhor: qual o inconveniente de se fazer, perguntou o prof. Bindo? Inconveniente nenhum. Achamos que a traqueostomia não iria ajudar em nada a respiração da paciente. Achamos que a língua de modo algum poderia cair, também porque a musculatura da língua foi apoiada a uma prótese. Assim, na minha opinião essa doente não deveria ter nenhum problema de queda da base da língua. Foi por isso que não indicamos a traqueostomia. Corroborando essa nova orientação, verificamos que a doente falava no dia seguinte, isto é, com movimentação e bom apoio da língua. Uma língua que fala e se movimenta bem não pode cair, pelo menos numa doente acordada.

O dr. Ariel formulou a provável hipótese de queda da base da língua. Justifiquei o meu ponto de vista, principalmente apoiando-me no fato de que no dia seguinte à operação a doente falou e se comunicou com o residente e conosco, que acompanhamos muito de perto esse caso. Quanto ao problema da cânula, temos por princípio acompanhar os doentes no dia da operação, durante a tarde e o residente, durante a noite. O dr. Ariel nos pergunta se a doente estava bem com cânula ou sem cânula. Respondo: ela estava bem com e sem cânula. Sempre encontramos a doente, no mesmo dia da operação, com cânula. Aliás, é rotina do Serviço, porque o doente não está bem acordado e pode ter queda da base da língua: ele desce ao andar com cânula, que só é retirada quando não é mais suportada, isto é, quando começa a acordar, a ter novamente presentes os seus reflexos, a querer "vomitar" a cânula. No dia seguinte o residente retirou a cânula da doente. Nós estávamos presentes e ela se comunicou conosco, verbalmente, sem cânula. De modo que respondo que a doente estava bem sem a cânula porque, ao ser retirada, além de a doente não ter tido imediatamente queda da base e dificuldade de respiração, falou. Se falou, base e dificuldade de respiração, falou. Se falou, estava com movimentação boa da língua. Não teria portanto, na nossa opinião, tido queda da língua como causa mortis.

A doente morreu cinco minutos depois de retirada a cânula, disse a dra. Ennize. Não medimos nem calculamos o tempo que decorreu entre a retirada da cânula e a morte da doente. Mas o prontuário dá que nós visitamos a doente na companhia do residente às 7,30 e que nessa ocasião retiramos a cânula. Conversamos com a doente. Ela se queixou verbalmente de dores torácicas. Às 8,35, cerca de uma hora depois, o residente foi chamado. Não houve no caso o problema da dificuldade em se localizar o residente, porque ele ainda continuava no andar. Vimos a paciente com ele. Afastamo-nos do andar, mas ele continuou fazendo curativo nos demais pacientes com as hipóteses do Prof. Bindo e do Dr. Cláudio, e afastar, ou pelo menos deixar para um plano secundário, a hipótese de queda da base da língua como causa mortis, principalmente porque uma paciente que se senta, se locomove e está agitada, deve ter a língua solta. Não há hipótese de morte súbita numa doente agitada, como diz o prontuário. Numa doente agitada, como diz o prontuário, numa doente agitada que se vira de cabeça, num plano mais baixo, a língua por simples gravidade se destaca. Seria plausível a hipótese numa doente anestesiada ou dormindo, em sono profundo, ou que por qualquer motivo não se pudesse movimentar.

DR. DAVID ERLICH — Desejo congratular-me com as considerações judiciosas do dr. Josias. Entretanto, não concordo com sua decisão de não fazer a traqueostomia. Ele devia ter feito a traqueostomia, seguindo a orientação do Chefe do Serviço, o que daria maior segurança para a doente.

DR. RENATO CAPELLANO — Quería fazer uma observação, a título de esclarecimento somente. Numa estatística feita por Miller, nos Estados Unidos, a respeito de trombose coronária e embolia pulmonar, verificou-se que, em 104 casos de autópsia,

sia, apenas 44 % foram diagnosticados corretamente. Isto quer dizer que a causa de erro é grande.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR — Congratulome com os colegas que fizeram comentários a respeito deste caso. O Dr. Bindo fez considerações sobre a causa mortis da paciente, formulando as hipóteses mais prováveis. O dr. Ariel justificou o motivo porque era mais simpático ao diagnóstico de queda da base da língua. O dr. Jorge fez considerações importantes acerca da rotina do seu Serviço de Cabeça e Pescoço, que usa a traqueostomia como uma medida comum toda vez que a cirurgia da boca comprometer a situação da língua ou da glote. Por último, o dr. Josias fez uma justificação bastante racional, com bastante bom senso, explicando porque não fez a traqueostomia.

Em face deste caso, a discussão se passa em torno do porquê da morte desta paciente. Por que ela faleceu? É por que foi tão repentina a morte, tendo sido tão pouco o tempo entre o relativo bem-estar, que a paciente sentia, e a morte?

No meu modo de ver, somente duas hipóteses de mecanismo da morte desta paciente devem prevalecer: ou embolia pulmonar num ramo grande, num ramo importante da arteria pulmonar, ou oclusão aguda da coronária. A embolia de um ramo grande da arteria pulmonar tras em consequência o mesmo estado de descompensação circulatória periférica por choque neurogênico, assim como também a oclusão aguda da coronária, principalmente se se tratar de oclusão aguda da coronária nos ramos que dizem respeito à camada bulbo-espiral profunda, que circunscrevem o orifício auriculo-ventricular esquerdo, na composição do ventrículo esquerdo. É esta a camada da estrutura miocárdica ventricular que frequentemente é a responsável pela morte súbita, pela morte repentina que se passa por isquemia brusca. A causa mortis propriamente dita da paciente foi — e isto é indiscutível — o choque neurogênico, que dizer, seja pela embolia, seja pela oclusão aguda, seja pela queda da base da língua, seja pelo pneumotorax, o mecanismo fisiopatológico pelo qual a paciente foi levada a morte foi o choque neurogênico.

Estou mais propenso a admitir, dentre as hipóteses formuladas, a justificação bastante racional do dr. Josias. Como dentro de uma discussão científica não se pode afastar uma das causas, que seria a queda da base da língua, que também tem as suas justificativas, principalmente pelos acontecimentos relatados pelos médicos e pela enfermagem, precisamos considerá-la, ainda que em plano secundário. Em plano de primeira ordem ficam as duas hipóteses: a primeira, de embolia da arteria pulmonar num ramo importante; a segunda, de oclusão coronária aguda. E, se esta última é realmente o diagnóstico anatómico, possivelmente ocorreu na região correspondente à camada bulbo-espiral profunda do orifício auriculo-ventricular esquerdo.

DR. JOÃO BATISTA DA SILVA NETTO — Apenas um comentário: um sinal muito simples, que poderia ter esclarecido no momento em que o residente foi chamado, teria sido verificar a presença ou não de tiragem, que no caso de queda da base da língua seria muito evidente.

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — No prontuário está anotada simplesmente a presença de cianose e agitação. Se a doente tivesse dificuldade respiratória com tiragem ou cornagem, possivelmente seriam anotadas, porque isso seria objetivo e seria observado mesmo a distância.

DR. ARIEL MONTI — Nêsse caso, então, uma pergunta: por que o residente pretendeu fazer a traqueostomia, se do ponto de vista respiratório não encontrou nada. Não havia razão de pedir com urgência a aparelhagem necessária à traqueostomia.

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — O residente não explica a tentativa de traqueostomia. Talvez tivesse ficado impressionado pela cianose.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — Acho que a explicação do dr. Josias, como hipótese argumentativa, é muito interessante. Tem sua base anatômica e funcional, e possivelmente terá razão até certo ponto. Mas não podemos negar os dados objetivos, concretos, acerca daquilo que sucedeu com a doente. Ora, fica uma coisa demonstrada: apesar de a musculatura estar ancorada num enxerto, apesar de não se ter interessado a mucosa, a doente, quando estava em decúbito dorsal, precisava ficar com a cânula, senão, não respirava bem. Isto o próprio anestesista anotava. Verificou-se depois que a própria paciente tirava e tornava a colocar a cânula,

porque não respirava bem. Este é um sinal concreto.

Em segundo lugar, há o argumento que veio à baila agora: o residente, que era um ótimo residente, dos mais experientes, quis fazer a traqueostomia. Portanto, ele teve elementos para julgar que devia ser uma obstrução alta. Pelo menos pensou assim. Isto tudo não quer dizer que este diagnóstico de causa mortis, quer dizer, a asfixia e o colapso que se seguiu em consequência da queda da língua, seja verdadeiro. Mas é mais provável, na minha opinião. Estou com o professor Ramos, podendo admitir outra causa mortis, pois é lógico, pensar também em embolia pulmonar ou eventualmente em enfarte. Mas não se pode eliminar a outra hipótese, de maneira nenhuma, apesar da argumentação do dr. Josias, porque há certos fatores que são, por assim dizer, incontroláveis. Uma musculatura íntegra é uma coisa. Uma musculatura lesada, mesmo parcialmente, apesar de ancorada mecanicamente, é outra. A prova é que a doente só respirava bem em decúbito dorsal, com a cânula. E isto é "tranchant". A meu cêr a causa mortis mais provável foi asfixia por queda da língua.

DIAGNÓSTICOS ANÁTOMO — PATOLÓGICOS

Moléstia Principal — Carcinoma Espino-Celular da região mentoniana, operado.

Diagnósticos Anatómicos — Edema da Glote.

Enfisema agudo, bilateral.

Atelectasia (base do pulmão D.).

Metástase de Carcinoma Espino-Celular no fígado.

Congestão passiva crônica dos órgãos abdômino-pelvianos.

Arterioesclerose.

Causa Mortis — Anoxia (insuficiência respiratória).

DISCUSSÃO PATOLÓGICA

DRA. EUNIZE DE MOURA NUNES — Quais os achados da autópsia? Os pulmões apresentaram o seguinte: no lado esquerdo, enfisema agudo hipertrofico, de ambos os lobos; no lado direito, enfisema do lobo superior e médio, estando o lobo inferior pouco arejado, isto é, não crepitante e úmido.

Quanto à possibilidade de pneumotorax, afasto-a porque apenas o lobo inferior D. estava mais ou menos colabado. Se houvesse um pneumotorax, todo o pulmão direito deveria estar colabado. A cavidade pleural era limpa, não havia aderência, não havendo, portanto, obstáculo ao colapso total do pulmão.

O quadro histológico revelou enfisema do tipo agudo, em ambos pulmões, em que não há atrofia dos septos inter-alveolares. E, no lobo inferior direito, uma pneumopatia crônica, uma atelectasia crônica, já com reação celular. Era um processo eminentemente crônico.

Este foi o quadro pulmonar. Evidentemente, o patologista não pode, na mesa de autópsia, diagnosticar se há queda da base da língua ou não. Abrimos o pescoço e o torax para retirar a língua. Procedemos por baixo. Quando puxamos a língua, evidentemente modificamos-lhe a posição.

Não havia embolia no pulmão. No coração encontramos placas de arterioesclerose na coronária. O coração foi muito bem estudado. A Dra. Rebeca, que infelizmente não está aqui, pediu-me mesmo para examinar o coração, para afastar a possibilidade de enfarte. O coração estava íntegro.

Temos mais de 30 cortes para esclarecer a origem da atelectasia de base, que é por sinal antiga. Chama a atenção, ainda, um edema discreto da glote. Mas temos reparado nas autópsias que, quando o indivíduo morre logo após uma intervenção cirúrgica na cavidade bucal, há edema dentro da faringe e da glote, embora discreto. Esse edema não

levaria a paciente à morte. Quanto aos demais diagnósticos, temos arterioesclerose generalizada, congestão passiva dos órgãos abdominais e metástase no fígado (dois nódulos de 0,5 cm de diâmetro, na face superior do fígado). Quanto à causa mortis, insuficiência respiratória por obstrução alta.

DR. LEOPOLDO AMURRIO AGUILAR — Queriam perguntar se foram encontradas hemorragias petequiais na pleura e no pericárdio?

DRA. ENNIZE DE MOURA NUNES — Depois da autópsia feita, por causa da hipótese diagnóstica de obstrução respiratória, fomos pesquisar e nos fragmentos do pulmão, encontramos hemorragias petequiais.

DR. LEOPOLDO AMURRIO AGUILAR — Uma obstrução da via respiratória superior é diagnosticável só pelo achado de hemorragias epiteliais.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — Queriam um esclarecimento da anatomia patológica. Do ponto de vista médico-legal, parece que se pode estabelecer a existência da asfixia por oclusão alta pelas condições dos pulmões. Na parte criminal tem uma importância absoluta. Assim deve haver um quadro anatomo-patológico que caracteriza a asfixia por oclusão alta. A presença do enfisema pulmonar associada ao petequiais e, talvez, outros achados anatomo-patológicos devem poder garantir o diagnóstico de oclusão respiratória alta.

DR. ELOY PARISI — Encontrou-se algum processo de tromboflebite em qualquer território? Porque a embolia podia estar presente, mesmo sem sinais pulmonares.

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — Perguntaria, não como especialista, mas como curioso, se não haveria qualquer relação entre o achado de uma atelectasia e a obstrução alta. No caso de obstrução alta, esses pulmões estariam mal arejados ou com alveolos colabados.

DR. ARIEL MONTI — Pelo contrário. Sendo a inspiração ativa, a força que a paciente faz para inspirar, em estado de desespero, é muito grande. Entra ar para o pulmão, mas não sai, porque a expiração é passiva. Na inspiração seguinte, o esforço é mais intenso ainda. Uma certa quantidade de ar não consegue sair. O enfisema encontrado pela anatomia patológica explica o fato de oclusão alta.

DR. DAVID EHRLICH — Estou de acordo com o dr. Ariel. O problema é o seguinte: a doente teve um enfisema agudo compensatório, por oclusão alta.

DRA. ENNIZE DE MOURA NUNES — Quanto à

pergunta do prof. Prudente, temos o seguinte: quando no pulmão temos uma obstrução de um ramo bronquial qualquer, seja uma obstrução intrínseca, seja extrínseca, o pulmão entra em colapso, desde que a obstrução seja total. Repetido: quer a obstrução seja intrínseca, dentro do bronquio, quer seja por um tumor, um tampão mucoso etc. Se esse tamponamento não é completo, na inspiração (movimento ativo) o ar entra. Na expiração, o ar não pode sair totalmente. Então vai haver sempre certo acúmulo de ar residual, que depois vai estimulando os centros respiratórios.

As inspirações vão ficando cada vez mais violentas, e daí a origem daquele enfisema agudo. Se a obstrução é alta e também parcial, o ar entra nos movimentos inspiratórios, mas não sai na mesma proporção em que entra.

As inspirações vão ficando cada vez mais violentas, e daí a origem daquele enfisema agudo. Se a obstrução é alta e também parcial, o ar entra nos movimentos inspiratórios, mas não sai na mesma proporção em que entra. Então se instala o enfisema. É a prova que temos da obstrução alta é que todo o pulmão era enfisematoso, com exceção do lobo inferior, que apresentava um processo antigo de fibrose e portanto não podia expandir-se normalmente, quer em respiração normal ou patológica. Esse é um dos elementos que temos em favor de uma obstrução alta; se bem que o enfisema agudo bilateral pode ocorrer, por exemplo, na estafa, em corredores profissionais, etc. Outro elemento em favor da anoxia respiratória são as petequias pericárdicas e peri-orais observadas por nós.

DR. CARLOS A. RODRIGUES PEREIRA — Quero lembrar que um espasmo pode também causar a obstrução. Há uns quatro meses atrás — caso relatado por um colega do Mandaguai — a retirada de sonda metálica provocou espasmo total do pulmão. O próprio espasmo do brônquio pode ser decorrente da excitação por sonda.

DR. ARIEL MONTI — Tenho a impressão de que essa hipótese pode ser afastada, porque em espasmos da glote apresenta-se também um acesso muito intenso de tosse. O doente, numa inspiração, só com a oxigenação, sai desse espasmo. Retirada a causa que está excitando o espasmo cede. Em anestesia fala-se mesmo em drogas que favorecem o espasmo da glote. O mais comum é ocorrer o espasmo da glote de primeiro grau, que cede facilmente. Tenho a impressão de que se o espasmo fosse causado pela cânula, esta teria que causá-lo desde o início, no dia da operação.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR — Antes de encerrar esta sessão, quero simplesmente comentar o fato de se ter considerado, nas discussões, ser a expiração passiva. Sabe-se hoje que a expiração é também ativa, porém, menos ativa, do ponto de vista motor e de pressão, do que a inspiração.

NOTA IMPORTANTE

Por lapso de nossa parte, deixaram de constar do último número de nossa REVISTA (Janeiro de 1959 — volume 37 — n.º 1), os resumos em idiomas estrangeiros, como é nossa praxe, dos artigos dos Drs. Josias de Andrade Sobrinho (INDICAÇÃO CIRÚRGICA OU RADIOTERÁPIA NO CÂNCER DO LÁBIO) e Prof. Antônio Prudente, Dino Carlos Bandeira e Luciano Calvis (METASTASES CUTÂNEAS DE CARCINOMA GÁSTRICO — DOIS CASOS). Rogando aos autores, e aos nossos leitores também, que desculpem a falha, apressamo-nos em inserir no presente número da REVISTA BRASILEIRA

DE CIRURGIA os mencionados resumos.

Résumé

METASTASES CUTANÉES DE CARCINOME GÁSTRIQUE — DEUX CAS

Prof. ANTÔNIO PRUDENTE
DR. DINO CARLOS BANDEIRA
DR. LUCIANO CALVIS

Les A. A. présentent deux cas de métastases cutanées de carcinome de l'estomac, tout en montrant la rareté de cette trouvaille, puisque BOINSO, CALAS e SAUVÉ a peine ont réunis cinq cas dans la littérature. L'évolution des cas et de l'aspect anatomo-pathologique des nodules examinés sont démontrés. Les A. A. font voir que la dissémination

peut arrivé par implantation dans le parroie abdominal pendant l'acte chirurgical, par dissémination linphatique ou hematogénique. Dans la première éventualité il se produit, presque toujours, une formation d'un nodule ou bien une plaque tumorale suprés de la cicatrice ombilical.

Dans les cas présentés par les A.A. nous semble qu'il y a eut implantation opératoire dans le premier et dissémination hematogénique dans le second.

Un des cas présentés a été traité par moyen du Trietienemelamine (T.E.M.) et on a observé la regression presque totale des lesions ce qui est démontré par la documentation photographique.

Abstract

CUTANEOUS METASTASIS OF GASTRIC CARCINOMA — TWO CASES.

Prof. ANTÔNIO PRUDENTE

DINO CARLOS BANDEIRA, M. D.

LUCIANO CALVIS, M. D.

The A.A. present two cases of cutaneous stomach's carcinoma, showing how rare these cases are since POINSO, CALAS and SAUVÉ could only recollect five cases in the literature. Cases evolution is shown as well as pathological anatomical aspects of the examined nodules. The A.A. show that dissemination may happen by insertion on abdominal wall during surgical performance through lymphatic or hematogenic dissemination.

In the first eventuality there is nearly always a nodule's or a tumorous disc's formation close to the umbilicus.

In these cases mentioned by the A.A. seemed to happen a surgical insertion in the first and a hematogenic dissemination in the second.

One of the two cases was treated with trietienemelamine (T.E.M.) and an almost total regression of the lesions was observed what is demonstrated by photographic documentation.

Zusammenfassung

HAUTMETSTASEN BEI MAGENKREBS

Prof. ANTÔNIO PRUDENTE,

DINO CARLOS BANDEIRA,

LUCIANO CALVIS

Die Autoren stellen 2 einschlägige Fälle vor und betonen die Seltenheit dieses Befundes. In der Literatur sind nur 5 Fälle von Poinso, Calas, Sauvé erwähnt. Die Autoren behandeln den Verlauf der Erkrankung sowie das histologische Bild der untersuchten Knoten. Sie zeigen, dass die Übertragung durch Implantation in der vorderen Bauchwand während der Operation geschehen kann, wie auch auf dem Lymph- oder Blutwege.

Im ersteren Falle findet sich fast immer ein Knoten neben der Nabelnarbe.

In den vorliegenden Fällen scheint es sich, im ersteren Falle, um Implantation zu handeln und im zweiten Falle um Übertragung auf dem Blutwege.

Einer der behandelten Fälle wurde mit Trietienemelamin (T.E.M.) behandelt; es konnte eine fast vollkommene Rückbildung der Läsionen festgestellt werden; die Autoren bringen als Beleg reichliches fotografisches Material.

Résumé

INDICATION CHIRURGIQUE OU RADIOTHERAPIQUE AU SUJET DU CANCER DE LA LÈVRE

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO

L'A. discute le problème de l'indication thérapeutique au sujet du cancer de la lèvre tout en essayant une schématisation pour l'orientation chirurgique et thérapeutique de chaque cas. Avec ce système il cherche à rendre moins considérable un groupe de tumeurs appelés d'"indication indifférente" ou la littérature existante propose le traitement par chirurgie ou par irradiation, indifféremment.

Abstract

SURGICAL OR RADIOTHERAPIC INDICATION ON LIP'S CANCER

JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO, M. D.

The A. discusses the problem of therapeutic indication in cases of lip's cancer trying to scheme surgical and therapeutic treatment for each case. Therewith he tries to decrease a group of tumors called of "indifferent indication" where literature advises treatment through surgery or by irradiation, indifferently.

Zusammenfassung

CHIRURGISCHE ODER RONTZENOLOGISCHE INDICATION BEIM LIPPENKREBS

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO

Der Autor behandelt das Problem der therapeutischen Indikation beim Lippenkrebs und versucht, für jeden einzelnen Fall, die chirurgische und radiotherapeutische Orientierung zu schematisieren.

Er bezweckt damit jene Gruppe von Tumoren zu beschränken, bei denenman von "indifferenter Indikation" sprechen konnte; in diesen Fällen wird in der Litteratur, sowohl die Operation als auch die Strahlenbehandlung in gleicher Weise, empfohlen.