

INSTITUTO CENTRAL — HOSPITAL A. C. CAMARGO

São Paulo — Brasil

Diretor : PROF. ANTONIO PRUDENTE

181.^a Reunião Anátomo-Clinica - (15/1/59)

Adenocarcinoma da Região Amigdaliana Operado

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

Secretário: Dr. Humberto Torloni — Diretor do Departamento de Anatomia Patológica.

Relator: Dr. Karl G. Kestel — Residente de Cirurgia.

Comentador: Dr. Paulo Mangabeira Albernaz F.^o — Consultante de Neurocirurgia.

Necroscopista: Dr. Humberto Torloni — Diretor do Departamento de Anatomia Patológica.

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

CASO CLÍNICO — (Registro n.^o 58.1869)

RESUMO DA OBSERVAÇÃO

J. C. D. — 33 anos, feminino, brasileira, branca, casada.

CONSULTA — 29 de julho de 1958.

QUEIXA PRINCIPAL — Dôr de garganta (sic).

ANTECEDENTES FAMILIARES — Nada digno de nota.

ANTECEDENTES PESSOAIS — Apendicectomia aos 12 anos, curetagem uterina há 6 anos.

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL — Refere dôr na garganta há 2 anos. Há 6 mêses verificou abaulamento cervical do lado direito. Ultimamente vem sentindo ferroadas (sic) na garganta. Há 25 dias que tem dificuldade para deglutir alimentos sólidos.

EXAME FÍSICO GERAL — Aspecto geral bom, facies atípica. Altura 1,64 cm. — Pêso 60,3 Kg. — Pressão arterial 12/8 — Pulso 84, cheio e rítmico.

EXAME FÍSICO REGIONAL — Bôa higiene bucal. Ligeiro deslocamento da língua para a direita nos movimentos de protrusão. Ao nível do sulco glosso-amigdaliano direito há uma volumosa tumoração revestida por mucosa íntegra avermelhada, com acentuado desenho capilar. O tumor tem superfície polilobulada, preenchendo quase totalmente o istmo das fauces, medindo cêrca de 3 cm. em seu maior diâmetro. O tumor tem consistência firme, implantando-se por base larga, sem todavia apresentar infiltração.

Pela palpação do pescoço, verifica-se, ao nível da região esterno-clêido-mastóidea direita, um grupo de vários nódulos confluentes mas não coalescentes, medindo de 1 a 3 cm. de diâmetro.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA — Tumor vegetante nodular, sub-mucoso da região glosso-amigdaliana direita com metástases homolaterais.

PLANIFICAÇÃO TERAPÊUTICA —

1) Exérese cirúrgica por glosso-amigdalectomia, por via trans-látero-mandibular com esvaziamento cervical direito em monobloco, mais traqueotomia; 2) Radioterapia pós-operatória.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS: — 1) *Sorológicos para Lues* (Wassermann e Kahn) negativos; 2) *Radiológico do Tórax* — transparência normal dos campos pleuropulmonares. Imagem nodular na base do pulmão esquerdo, que é provavelmente o mamilo; 3) *Biópsia* — Adenocarcinoma.

INTERNADA: em 26-9-58.

EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS: 1) *Urina Sondada* — Densidade 1012; Aspecto, turvo; Albumina, ausente; Sedimento, regular n.º de células de descamação, pequeno n.º de leucócitos isolados, alguns agrupados, pequena quantidade de pús, raras hemácias, cilindros ausentes. 2) *Químico do Sangue* — Uréia, 20 mg.%; Glicose, 85 mg.%; Proteínas totais, 7,1 gr.%; Serina, 4,0 gr.%; Globulina, 3,1 gr.%; Índice S/G, 1,2. 3) *Exame Hematológico* — Leucócitos, 5.400; Bastonetes 2; Segmentados, 49; Eosinófilos 5; Basófilos, 1; Linfócitos, 36; Monócitos, 7; Hemácias, 4.850.000; Hemoglobina 14,5 gr.-%-96%; Hematócrito, 40%; Valor globular, 1,0; Volume médio, 83 u 3; Hemossedimentação, 16; Tempo de Sangria, 1 minuto; Coagulação, 8'30".

PRÉ-OPERATÓRIO — Foi feito o tratamento da piúria, normalizando-se a urina depois de quatro dias.

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA — Em 7-10-58 — Anestesia potencializada — Num primeiro tempo foi feito o esvaziamento ganglionar total do pescoço do lado direito, mantendo-se as estruturas dissecadas presas à borda inferior da mandíbula. Descolamento sub-periosteal do ramo horizontal direito da mandíbula. Incisão da

mucosa bucal ao longo da crista alveolar. Secção da mandíbula na parte média do ramo horizontal direito. Tração do coto proximal para fóra, de modo a expor amplamente a sede do tumor primitivo. Ressecção à distância das lesões, compreendendo a porção posterior do hemicórprio direito da língua, toda a metade direita da base da língua e a amígdala direita. A pega foi retirada em monobloco. Sutura da mucosa bucal. Aproximação e sutura dos côtos mandibulares com fio de aço. Sutura dos músculos. Colocação de dreno para aspiração contínua. Sutura da pele. Foi feita uma traqueotomia. A intervenção durou 7 horas e 20 minutos.

Durante o ato operatório foram transfundidos 1.800 grs. de sangue.

EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DA PEÇA OPERATÓRIA — Adenocarcinoma papilífero da região amigdalana — Metástases em 8 de 33 gânglios examinados.

PÓS-OPERATÓRIO — Passou bem nas primeiras 24 horas, recebendo alimentação paraenteral. No 2.º dia levantou-se, iniciando-se alimentação com sonda gástrica. Passou relativamente bem até o 5.º dia, quando recebeu uma transfusão de sangue de 450 cc. por sentir-se muito fraco; à tarde desse dia apresentou 38º centígrados de temperatura axilar, o que foi atribuído à transfusão. Entretanto a febre persistiu durante vinte dias, surgindo surtos de diarreia, tosse, expectoração e muita fraqueza. Houve formação de uma coleção purulenta na fossa supra-clavicular. A 1-11-58 crise de dispnéia quando tentou alimentar-se sem a sonda gástrica. Passou em seguida 8 dias relativamente bem, sem febre. No dia 9-11-58 apresentou subitamente tontura, sofrendo queda. Verificou-se, após o acidente, estar a paciente hemiplégica e apresentar-se extremamente agitada, com P.A. 11/6. Foram administra-

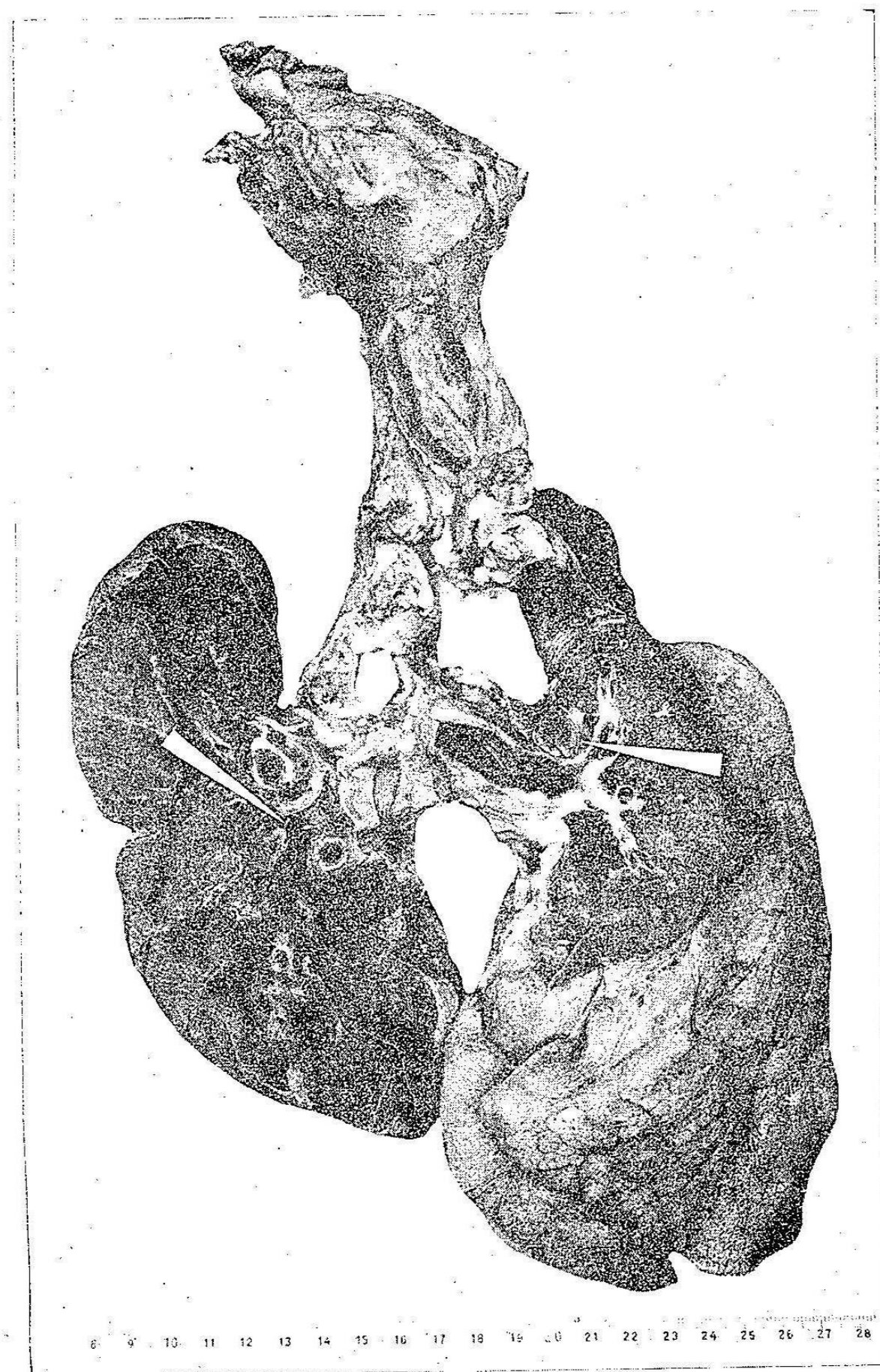


FIG. 1 — Observar trombose dos grandes ramos da arteria pulmonar.

dos: coramina, gardenal, papaverina, prisco, ampicil, fenegan, terramicina e sorro glicosado. O estado geral da paciente agravou-se rapidamente: hemiplegia esquerda, nítida insuficiência circulatória dos 2 membros inferiores. No dia 10-11-58 a paciente estava semi-consciente mas ainda muito agitada com P.A. 10 x 7,5. Repetiu-se a medicação do dia anterior. No dia 11-11-58 a paciente entrou em coma, desvio conjugado dos olhos para a direita, hemiplegia esquerda; os dois membros inferiores estavam cianóticos, não se palpano pulso arterial.

Às 2,00 hs. do dia 12-11-58 deu-se o óbito.

DIAGNÓSTICO DO SERVIÇO DE CABEÇA E PESCOÇO

ANATÔMICO — Adenocarcinoma da

região amigdalina direita.

FUNCIONAIS — Hemiplegia esquerda — Anemia — Insuficiência circulatória dos membros inferiores.

CAUSA MORTIS — Embolia cerebral.

DIAGNÓSTICO DO RELATOR —

Dr. Karl G. Kestel

ANATÔMICO PRINCIPAL — Adenocarcinoma papilífero da região amigdalina D. com metástases homolaterais (8/33) operadas;

ANATÔMICOS SECUNDÁRIOS — Broncopneumonia bilateral, flebotrombose dos membros inferiores, coma cerebral.

FUNCIONAIS — Anemia, insuficiência circulatória dos membros inferiores.

CAUSA MORTIS — Embolia cerebral.



FIG. 2 — Veia cava inferior e íliacos trombosados. Notar no cérebro a zona injetada em correspondência ao território da art. cerebral média.

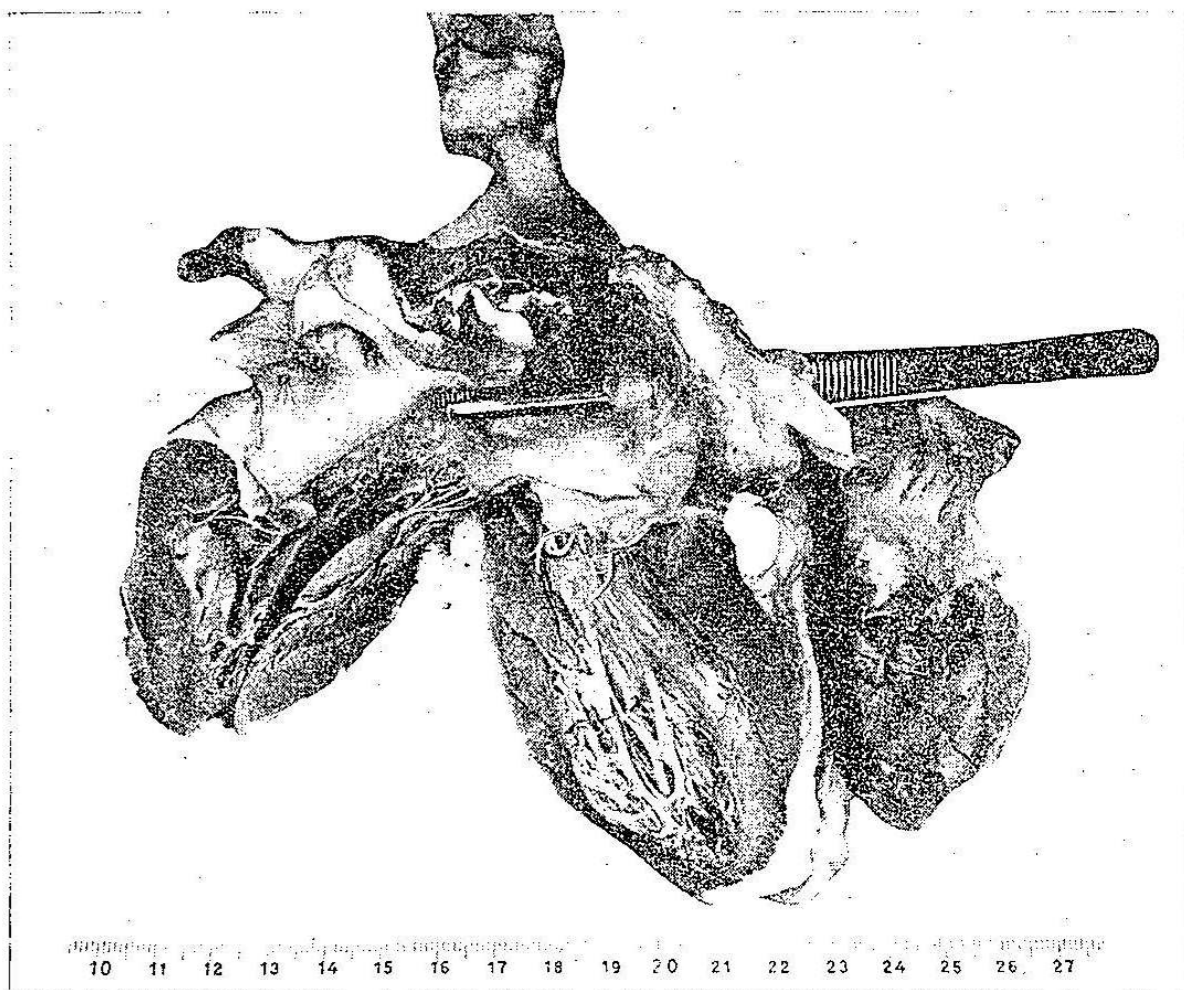


FIG. 3 — É evidente o grande diâmetro do orifício de Botal.

DISCUSSÃO CLÍNICA

DR. CARLOS TELLES — (Exibe radiografias) — No dia 29 de julho de 1958 foi tirada uma radiografia do torax, mostrando esta imagem, interpretada como sendo o mamilo. Acreditamos que seja, em virtude da situação, mas não tivemos mais esclarecimentos. A única coisa que deveria ter sido feita era a repetição da radiografia com deslocamento da mama. Existe outra radiografia, que é de 7 de novembro de 1958, feita apenas para controle do estado da mandíbula, em virtude da operação.

DR. JORGE BARBOSA — Tenho a impressão de que há um pequeno engano no resumo do Dr. Kessel, talvez muito importante. Acredito que este acidente hemiplégico tenha se instalado nessa doente concomitantemente com perturbações circulatórias, no mesmo dia e não no dia seguinte, como está relatado. Vi essa doente durante uma visita que fiz num domingo. Ela se queixava de dor, de cefaleia intensa. Depois encontramos a hemiplégica e com insuficiência circulatória bem marcada num membro.

UM MÉDICO — Não era nos dois?

DR. JORGE BARBOSA — Não, só num.

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — Só no membro inferior esquerdo. A temperatura cutânea era bem mais baixa do que a do membro direito. Isto no domingo, no dia imediatamente após o acidente cerebral. Ela teve o acidente de manhã e nós a vimos logo depois.

PROF. JOSÉ RAMOS JR. — E, o membro inferior direito?

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — Apresentava temperatura normal.

DR. HUMBERTO TORLONI — Havia edema?

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — Não, não havia.

DR. HUMBERTO TORLONI — Aqui está relatado: "insuficiência circulatória nos dois membros inferiores, principalmente à esquerda".

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — No primeiro dia havia uma diferença de temperatura, tomada com o dorso da mão, bem marcada. No dia seguinte a insuficiência se instalou no membro oposto.

DR. MANGABEIRA ALBERNAZ — Começando a análise do caso, pediria que o Serviço de Cabeça e Pescoço fizesse alguns comentários a respeito do problema da indicação, da técnica cirúrgica e do pós-operatório imediato.

A meu ver a orientação foi correta e as coisas correram, de modo geral, bem, quanto ao problema da operação e do pós-operatório imediato. As complicações apresentadas pela doente no pós-operatório, que foram em primeiro lugar o surto de diarreia, depois o surto de broncopneumonia e a anemia, não tiveram importância fundamental para a evolução do caso. A doente era moça, tinha condições circulatórias boas, de modo que essas complicações desapareceram com relativa facilidade, tendo a diarreia durado apenas dois ou três dias. Melhorou imediatamente no primeiro dia, com elixir pargórico. E a febre, que se manteve durante alguns dias, era intermitente: alguns dias não havia febre, que se apresentava dias depois com recrudescimento vespertino. Quanto ao problema da anemia, foi resolvido com transfusões de sangue. A doente estava recebendo quantidade de líquidos adequada, por alimentação com sonda gástrica.

Passemos ao problema cerebral propriamente dito. Na instalação do processo consta do prontuário

EMBOLIA PARADOXAL [AUTOP 543]

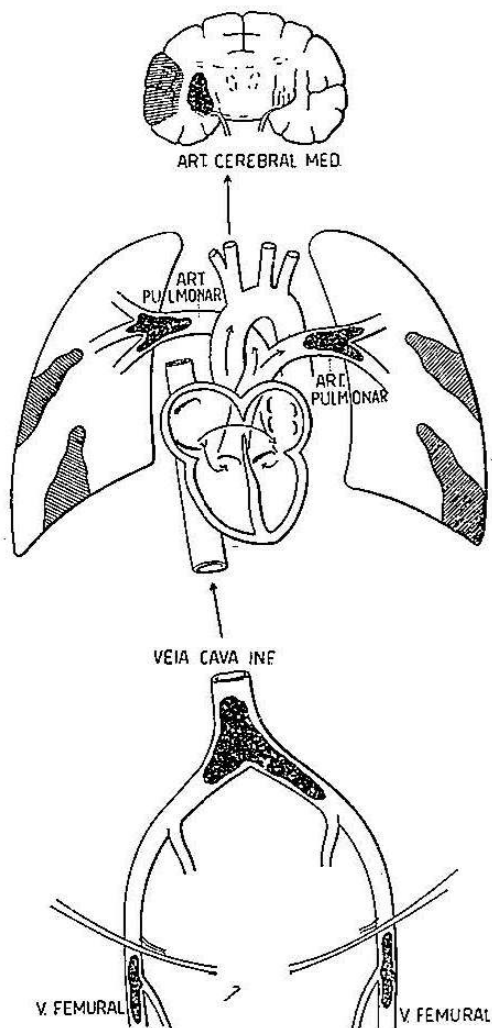


FIG. 4 — Representação esquemática do trajeto dos êmbolos a partir das veias íliacas primitivas até o cérebro.

rio que a doente se levantou, teve tontura e caiu. Não há referência sobre traumatismo craniano, mas acredito que não tenha havido. Provavelmente a doente teve uma hipotímia e simplesmente caiu no chão. O fato é que ela já estava com hemiplegia. E, quando foi socorrida. Não encontrei referência ao problema da diferença de temperatura nos membros, na hora da instalação do acidente. A única referência é quanto ao dia em que se instalou a hemiplegia: 1.º de setembro. Encontrei a doente com todos os sinais de hemiplegia, com desvio conjugado dos olhos para a direita e insuficiência circulatória nos dois membros inferiores, principalmente E. Não havia edema dos membros inferiores. Palpei a poplitea e a pediosa. Infelizmente não tentei palpar a femoral. Não senti pulso em nenhuma das pediosas. Como explicar o que aconteceu com essa doente? Em primeiro lugar haveria a possibilidade de a doente ter formado um hematoma em consequência da queda. Mas isto é extremamente raro, porque o hematoma, por mais violento que fosse a queda, seria extradural, causando sintomatologia mais tardia. Essa hipótese pode ser afastada. Por outro lado, atribuir o distúrbio circulatório cerebral às perdas grandes de líquido e queda do estado geral, só seria possível em pessoas arterioscleróticas, de idade avançada, que têm condições circulatórias comprometidas. A causa mais provável é que a doente tenha tido um processo de trombose. Entretanto, também é mais ou menos rara a trombose em indivíduos moços. Mas acontece. E nesta doente houve manipulação da carótida do lado D. É bem possível que se tenha formado um trombo que originasse a embolia cerebral. Ou o próprio trombo acabou por obliterar completa-

mente a carótida. Seria possível também o desprendimento de embolos que fossem ao membro inferior, se bem que isto seja uma eventualidade mais rara. Mas é possível que o trombo fosse projetado dentro da aorta e fosse até a região da bifurcação das ilíacas. Como havia predominância de um lado sobre outro, levanto a hipótese de dois trombos separados, um em cada ilíaca ou femoral. São essas as considerações que queria fazer.

DR. HUMBERTO TORLONI — Acrescentaria algum diagnóstico?

DR. MANGABEIRA ALBERNAZ — Não. Apenas faria uma observação quanto ao problema da flebotrombose. Não tenho elementos para afirmar esse diagnóstico, porque não encontrei edema nos membros inferiores. De modo que tenho a impressão de que havia o problema da insuficiência circulatória arterial e não venosa. Acho provável a trombose da carótida.

DR. JOSÉ BATISTA DA SILVA NETTO — O dr. Mangabeira falou em trombose da carótida que, provavelmente, causou os êmbolos que atingiram o cérebro. E os embolos do membro inferior, de onde teriam vindo?

DR. MANGABEIRA ALBERNAZ — Isso seria se a trombose continuasse. Seria possível o trombo mesmo no sentido contrário da corrente. E seria possível haver desprendimento na aorta para ir até à ilíaca.

DR. JOSÉ DA SILVA NETTO — Não haveria outra hipótese? Embolo do coração esquerdo, tendo seguido tanto para cima como para baixo, em vez de trombose da aorta?

DR. MANGABEIRA ALBERNAZ — Seria pouco provável, porque não há referência na história da doente a sopro cardíaco etc. Isto costuma acontecer nas mitrais e principalmente quando há problemas de fibrilação.

DR. FERNANDO GENTIL — Gostaria de perguntar ao dr. Jorge, que foi o cirurgião, se ele ligou a carótida externa. Em caso afirmativo, se se lembra se essa ligadura ficou muito próxima do bulbo carotidiano. Também no resumo há referência a uma coleção purulenta na fossa supra-clavicular D. Parece-me que era do mesmo lado em que foi feita a intervenção. Foi necessário drenar essa coleção purulenta ou, ela foi absorvida mediante administração de antibióticos, sulfas, etc.?

DR. JORGE BARBOSA — Não houve ligadura da carótida neste caso. Quanto a esta coleção purulenta, se não me engano, foi devida à retirada um pouco precoce do dreno. Tratou-se de um acidente de infecção operatória resolvido por drenagem.

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — A ferida ainda estava drenada com o dreno de Penrose que se deixa depois da operação. Apesar disso houve formação de coleção purulenta.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR — Pergunto ao Dr. Jorge um ponto que ignoro: existe a possibilidade de formação de flebotrombose no local da intervenção cirúrgica, pela ligadura de vasos, etc.?

DR. JORGE BARBOSA — Acho pouco provável, a não ser, nos casos em que conservamos uma jugular. Já tive um caso assim, sendo obrigado a retirar o trombo da luz da veia. Quando se resseca a jugular a ligadura é feita quase sem coto, não havendo fundo-de-saco onde se formem esses trombos. Acho que é pouco provável isso se dar junto à sub-claviana. É mais possível junto a ligadura superior. Partindo do coto superior da jugular pode-se constituir um trombo para dentro da cavidade craniana.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR — A respeito deste caso, em primeiro lugar gostaria de fazer um reparo quanto aos diagnósticos. "Coma cerebral" não deve constar do diagnóstico anatômico nem do funcional. Não estou de acordo também com flebotrombose dos membros inferiores. É muito possível que a broncopneumonia não tenha existido. Tenho dificuldades simplesmente em encontrar o local primário de uma doença trombo-embólica. Por isso fiz aquela pergunta ao dr. Jorge, se poderia ter havido na ferida operatória a formação de trombos venosos. Mas o grande problema é saber por que esta moça teve uma insuficiência circulatória

cerebral de maneira súbita. Numa mulher jovem, em que o fenômeno da trombose arterial é raro, em que o fenômeno da trombose venosa é raro, pode-se afastar esta hipótese. Quanto à hipótese da hemorragia cerebral, também. Então, resta exclusivamente a hipótese de uma doença trombo-embólica: houve formação de trombos e portanto a possibilidade de embolias múltiplas em algum lugar do corpo. O difícil é determinar este lugar. O mais provável é a região que foi agredida pela cirurgia. O dr. Jorge acha isto pouco provável. Assim, não se pode estabelecer o local onde se processou a trombose venosa. As condições para que essa trombose se processasse estavam todas presentes no caso. A essas condições o dr. Mangabeira não quis dar ou não deu muita importância. É justamente no final da primeira semana, até o 12.º dia, que, do ponto de vista fisiopatológico, existe uma hemoaglutinação natural, quer dizer: as plaquetas aumentam, há certo aumento de globulos vermelhos. Neste caso, particularmente, tendo havido diarreia, houve desidratação. Desta forma, as condições fisiopatológicas para produção de uma trombose estavam presentes na época oportuna. Ora, esta senhora teve subitamente uma hipotímia e ficou hemiplégica do lado E, com insuficiência circulatória dos membros inferiores, mais acentuadamente à E. Não tenho outra maneira de explicar esta subitaneidade, a não ser mesmo por uma doença trombo-embólica, por êmbolos que se houvessem destacado e atingido a parte cerebral e também descido, pondo-se a cavaleiro nas ilíacas; ou dois êmbolos, ficando um à esquerda e outro à direita; se a cavaleiro, o maior na ilíaca esquerda.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE — Sistema venoso ou arterial?

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR — Arterial. Eram êmbolos dentro do sistema arterial. Resta um problema: a broncopneumonia poderia ser também já um processo de embolias pulmonares, êmbolos que houvessem se destacado.

Agora, como explicar a embolia cerebral, se não admitirmos que existiam trombos formados no coração E., o que é habitual, ao nível da aurícula E? Aqui mais uma vez lembro um fato já discutido em reuniões passadas e que demonstra a admissão de uma condição anatômica que é de certa forma comum: o fato da persistência do forame de Botal. De forma que, se houver esta possibilidade, explica-se o caso: tratar-se-ia pois de uma doença trombo-embólica, êmbolos que caíram na circulação venosa e no coração D., passando para a aurícula esquerda.

Voltando aos diagnósticos, insisto em não estar de acordo com a colocação do coma cerebral no grupo dos anatômicos. A broncopneumonia poderia ser a expressão da embolia pulmonar, e não broncopneumonia propriamente dita. E poria, além do diagnóstico principal, de adenocarcinoma, que foi a razão da operação dessa mulher, o de doença trombo-embólica, como a principal afecção, que causou as complicações e, portanto, a morte.

RELATÓRIO DA NECROSCOPIA — N.º 543

Diagnósticos Anátomo-Patológicos

MOLÊSTIA PRINCIPAL — Adenocarcinoma papilífero da Região amigdalina direita, operado.

DIAGNÓSTICOS ANATÔMICOS — Trombose das veias femurais direita e esquerda, Tromboflebite da veia cava inferior e das veias ilíacas primitivas direita e esquerda.

Embolia dos ramos direitos e esquerdo da artéria pulmonar.

Enfarte hemorrágico pulmonar direito (base).

Broncopneumonia do lóbo inferior direito.

Broncopneumonia do lóbo inferior esquerdo.

Pleurite sero-fibrinosa à direita com 300 cc de derrame.

Enfarte hemorrágico no lóbo inferior do pulmão direito.

Traqueobronquite aguda.

Incisão cirúrgica no lado direito do pescoço.

Fístula cervical direita.

Cianose e edema de ambos membros inferiores.

Pielonfrite crônica.

Permanência do orifício de Botal.

Dilatação da aurícula direita.

CAUSA MORTIS — Embolia cerebral (Artéria cerebral média).

DISCUSSÃO PATOLÓGICA

DR. HUMBERTO TORLONI — A autópsia foi feita por mim, oito horas após a morte da paciente. Era uma paciente jovem, que apresentava, já na mesa de autópsia, fato que chamava muito a atenção, uma cianose e um edema muito acentuados nos dois membros inferiores, desde a raiz da coxa até o pé. As duas veias femurais encontravam-se trombadas. Os trombos se estendiam desde as veias ilíacas até onde se atingiu com a dissecação. As alterações vasculares, como consequência, eram visíveis mesmo macroscopicamente. Havia edema bastante acentuado nos membros inferiores. À medida que se subia no sistema venoso, encontrava-se um trombo a cavaleiro na veia cava inferior, penetrando nas duas ilíacas primitivas.

DR. FERNANDO GENTIL — Dr. Torloni lembra-se se a carótida do lado operado foi aberta na autópsia?

DR. HUMBERTO TORLONI — Ela é aberta sistematicamente. Neste caso a carótida não apresentava nenhuma lesão macroscópica.

DR. JOSIAS DE ANDRADE SORRINHO — Não houve embolia no sistema arterial dos membros inferiores?

DR. HUMBERTO TORLONI — Não houve. É preciso, pois, admitir uma discrepância entre o achado clínico e o anátomo-patológico. Não se verificou clinicamente o acentuado grau de edema. Entretanto, na autópsia, foi um dos edemas mais acentuados que vi até hoje. Por isso insisto com o Dr. Mangabeira: pode ser que no momento em que examinou a doente não houvesse esse edema tão exuberante. Mas acredito que o próprio coxim líquido impossibilitou a palpação do pulso arterial. A verdade é que na autópsia o sistema arterial foi explorado e nele não se encontrou nada. Creio que os achados anátomo-patológicos são bastante precisos para explicar toda a evolução do caso assim como o mecanismo da complicação que levou à morte. Deve-se admitir que a tromboflebite inicial foi da veia ilíaca direita pois, como se pode verificar, o trombo nessa veia já era aderente, existindo fibroblastos e capilares em proliferação. Esse trombo já estava organizado. A sua extensão para a veia cava inferior e para a outra ilíaca, assim como os trombos encontrados nas femurais já são consequência. Aliás a trombose venosa se propagava também para o plexo venoso peri-uterino. A trombose maciça dos dois ramos principais da artéria pulmonar fica assim explicada e, como consequência a formação dos numerosos enfartes hemorrágicos nas duas bases pulmonares, causados por êmbolos disseminados no parênquima de ambos pulmões.

QUADRO N.º 1

MECANISMO DE MORTE — (Registro n.º 58.1869)

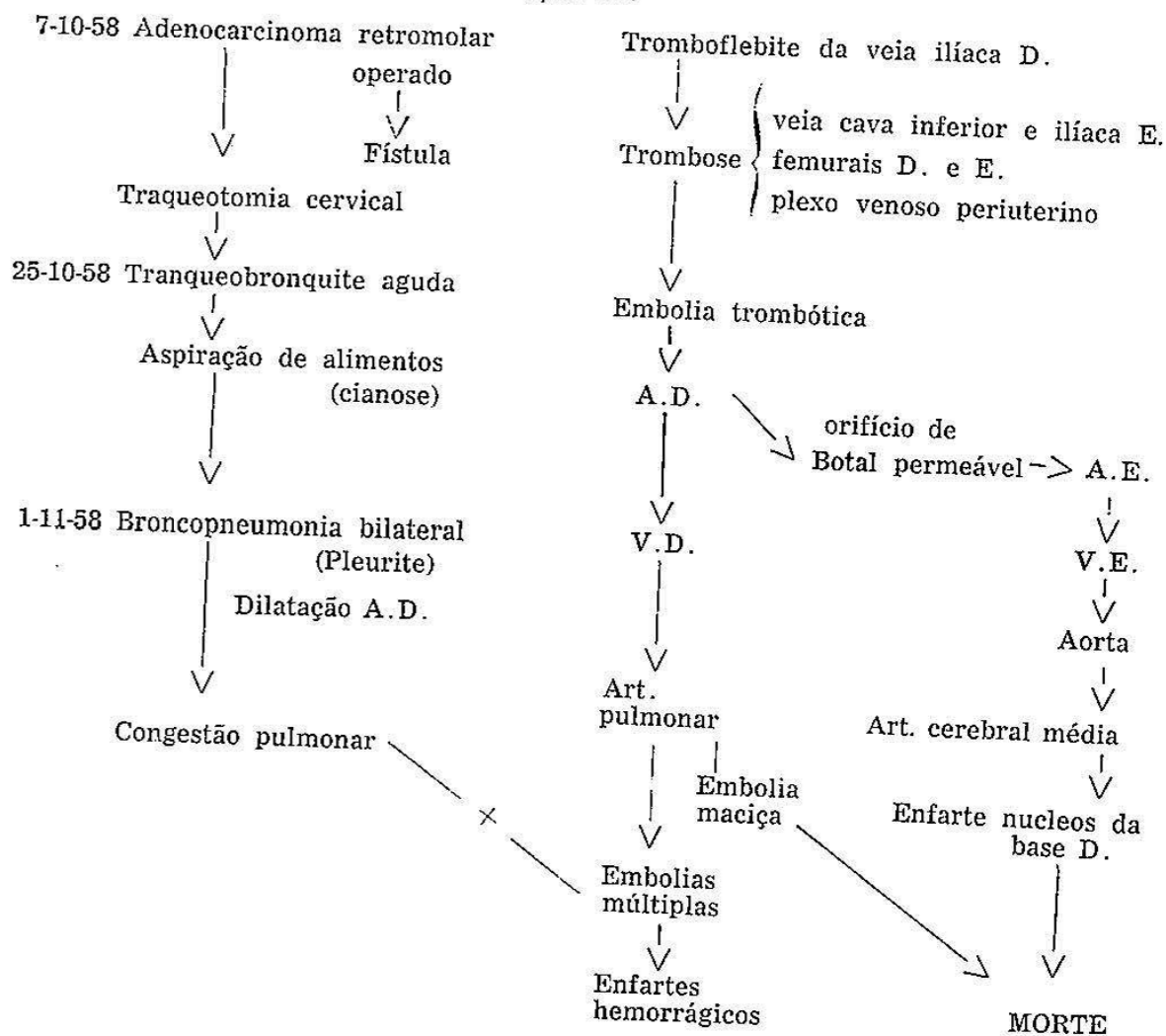
COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS E TRÂNSITO EMBÓLICO

Abreviatura: A.D. — Aurícula Direita.

A.E. — Aurícula Esquerda.

V.D. — Ventrículo direito.

V.E. — Ventrículo Esquerdo.



Portanto, passando pelo coração direito, o êmbolo atingiu as artérias pulmonares. Entra agora o elemento que explica a embolia cerebral: é a permanência de um orifício de Botal permeável (fig. 3). Um êmbolo que atingiu a aurícula direita passou, através do orifício de Botal, para a esquerda, daí para o ventrículo esquerdo, em seguida para a aorta, atingindo finalmente a artéria cerebral média. Pode-se ver toda a complexa trajetória do que se pode chamar de embolia paradoxal na figura 4. Pode-se ver no cérebro (fig. 3) a extensa lesão do lado direito, o que está em concordância com a hemiplegia esquerda apresentada pela doente. Aliás na folha especial de autópsia estão detalhadas as lesões: extenso comprometimento hemorrágico cortical do território da artéria cerebral média. Comprometimento tanto do núcleo caudato como do núcleo lenticular e hipotálamo. A zona mais afetada acha-se em relação com o putamen, onde macroscopicamente só se nota zona hemorrágica maciça. Pela zona afetada pode-se concluir estar tal lesão relacionada à embolia dos ramos estriados internos e externos da artéria cerebral média. O edema e as infiltrações hemorrágicas podem ser considerados como sinais de um acidente cerebral agudo.

Desejo chamar a atenção para o fato da paci-

ente ter tido realmente uma broncopneumonia bilateral pós-operatória, mas anterior ao acidente cerebral.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR — Pode-se admitir que o raciocínio clínico que fiz foi exato. Não era possível fazer o diagnóstico de tromboflebite dos membros inferiores diante das afirmações dos colegas que viram a doente dias antes e horas antes do óbito. Entretanto, se na autópsia foi verificado edema pronunciadíssimo dos membros inferiores, explicando toda a correlação anátomo-clínica do caso, só nos resta acreditar que esse edema existia e não foi verificado antes da morte.

DR. HUMBERTO TORLONI — Queria chamar a atenção dos senhores também para a questão do orifício de Botal. O anátomo-patologista não deve esquecer-se de verificar sistematicamente sua possível existência, pois sua permeabilidade dará uma explicação para casos semelhantes ao de hoje.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR — Só a permanência do orifício de Botal poderia explicar de maneira satisfatória o acidente cerebral.