

INSTITUTO CENTRAL — HOSPITAL A. C. CAMARGO

São Paulo — Brasil

Diretor : PROF. ANTONIO PRUDENTE

183.^a Reunião Anátomo-Clinica - (28/1/59)

Carcinoma baso-espino celular do cólo uterino, irradiado

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

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

Relator: Dr. Oswaldo Peres — Chefe do Serviço de Radium-Terapia.

Comentador: Dr. Isidoro Dreicon — Titular do Serviço de Ginecologia.

Necroscopista: Dr. Leopoldo Amurrio Aguilar — Residente de Anatomia Patológica.

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

CASO CLÍNICO (Registro n.º 58.2637)

RESUMO DA OBSERVAÇÃO

E. G. — 57 anos, feminino, brasileira, branca, lavradora.

CONSULTA — 17 de Outubro de 1958.

QUEIXA PRINCIPAL — Corrimento pio-sanguinolento há 2 meses.

ANTECEDENTES FAMILIARES — Nada refere de importância.

ANTECEDENTES PESSOAIS — 9 partos normais. 2 abortos provocados. Constipação intestinal crônica. Disuria. Menarca aos 17 anos. Ciclo menstrual: 30/3-4 dias, quantidade regular com cólicas. Menopausa aos 42 anos. Há 5 anos submeteu-se a intervenção cirúrgica: histeriorrafia e appendicectomia.

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL — Há mais ou menos dois meses vem tendo corrimento pio-sanguinolento pelos genitais externos. A princípio nada mais sentia. De um mês para cá acentuaram-se mais essas perdas, surgindo dores no hipogástrico com irradiação para as regiões

dorso-lombares e para a raiz do membro inferior direito, cujo caráter não sabe precisar. Sente fraqueza e sabe, pelo médico que a examinou em cidade do interior, que está anêmica. Trouxe alguns resultados de exames de laboratório feitos em Catanduva, entre os quais há a considerar os seguintes: 1) Urina, que acusou traços acentuados de albumina e cilindros hialinos e granulados; 2) Hematológico, que revelou, em 30-9-58, 3.460.000 hemácias, 67% de hemoglobina e 400 leucócitos e, em 27-9-58, 2.900.000 hemácias, 48% de hemoglobina, 28 de hematócrito e 1.000 leucócitos; 3) 0,95 de uréia por mil no sangue.

EXAME FÍSICO GERAL — Aspecto geral precário, constituição atípica. Mucosas descoradas.

APARELHO GANGLIONAR — Microadenopatia inguinal.

CABEÇA — Ausência de todos os dentes. Usa prótese.

APARELHO RESPIRATÓRIO — Expansão respiratória diminuída no hemitórax direito, com pronunciado abaulamento que se estende pelos dois terços inferiores do hemitórax até à região lombar do mesmo lado. Sonoridade pulmonar, frêmito e murmúrio vesicular sem alterações.

APARELHO CARDIOVASCULAR — Ictus no 5.º intercosto esquerdo, na linha médio-clavicular. Ritmo normal. Bulhas audíveis em todos os focos. Sopros mesossistólico no foco da ponta. Segunda bulha com modificação de timbre nos focos da base, principalmente no aórtico.

PRESSÃO ARTERIAL — 11 x 8 mm de Hg. Pulso 78 batimentos p/m., cheio e ritmado.

ABDÔMEN — Abaulado com víbices e cicatriz na fossa ilíaca direita. À palpação acusa dor na fossa ilíaca direita. À percussão verifica-se meteorismo. Fígado no rebordo costal, sendo o lobo esquerdo doloroso à palpação. Bazo percentível mas não palpável.

EXAME GINECOLÓGICO — Genitais Externos: Vulva entre-aberta e descorada, corrimento com lavagem de carne. *Toque Vaginal*: Vagina para 2 dedos justos, curta, com elasticidade diminuída; colo uterino duro, irregular e aumentado de volume; fundos de saco posteriores e bilaterais inelásticos e infiltrados. **EXAME ESPECULAR** — Tumor ulcerado do colo uterino, historometria 8 cms. *Toque retal*: Ampola retal ampla, paredes elásticas, mucosa livre; infiltração de ambos paramétrios até às paredes do pêlvis, havendo fixação à direita.

BIÓPSIA — Carcinoma baso-epino celular do colo do útero.

EXAME UROLÓGICO — Ausência de sinais endoscópicos de invasão tumoral. Cistite crônica.

EXAME PROCTOLÓGICO — Hemorroidas 3.º grau. Compressão extrínseca da ampola retal. Não há evidência de invasão tumoral das paredes do reto.

UROGRAFIA EXCRETORA — (20-10-58): Discreta dilatação pielo-calicial à direita. Angulação e calibre diminuído do

ureter desse lado na altura de L³. Imagem vesical normal.

DIAGNÓSTICO — Carcinoma do colo uterino, estágio III (parametrio-vaginal).

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO — Radium-moldagem. Irradiação externa.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR — 12-12-58.

2.º EXAME GINECOLÓGICO — 18-12-58 (Serviço de Radium-Terapia). Houve ligeira progressão do processo, principalmente por aumento da infiltração do parametrio esquerdo, parecendo agora ser mais acentuada do que à direita. Também não se conseguiu mais a introdução completa do histerômetro, que atingiu apenas 4,5 cms. Com as manobras para passar o histerômetro houve saída de abundante material sangüíneo purulento.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS — 1) *Hematológico*: Leucócitos, 7.000; Bastonetes, 3; Segmentados, 68; Eosinófilos, 1; Basófilos, 1; Monócitos, 12; Linfócitos, 15; Hemácias, 4.200.000; Hemoglobina, 80%; Hematócrito, 32%; Valor Globular, 0,95; Volume Médio, 78 u 3; Hemossedimentação, 121.

2) *Químico do Sangue*: Uréia, 30 mg%; Glicose, 90 mg%.

3) *Urina*: Densidade, 1.009; ausência de albumina, açúcar, acetona e bile; raros leucócitos; 1 a 2 hemácias por campo.

1.ª RADIUM MOLDAGEM — Em 20-12-58 — Sob anestesia pelo thio-nembutal. Aplicados numa sonda média com 25 mgrs. de radium em 2 tubos e um colpostato pequeno com 35 mgrs. em 6 tubos — Filtro de 1 PT. Mgr. h.: 1.800 na sonda e 2.520 no colpostato. Dose (72 horas) — A, 2657; B, 1476; C, 4536; D, 1872; E, 2304. Tamponamento com duas gazes, que foi julgado precário.

EVOLUÇÃO — No dia 21-12-58 apresentava calafrios, dificuldade respiratória, P.A. 14 x 8, pulso 120, mas estava apirética. Foi administrada aminofilina por via endovenosa. Passou mal até ser retirado o radium, no dia 23-12-58. No dia 24 estava febril. Ao exame ginecológico não se verificou material purulento. Foi administrada medicação analgésica e antibióticos.

2.ª RADIUM MOLDAGEM — Em 30-12-58. Apesar da temperatura de 37,6.º, procedeu-se a 2.ª aplicação de radium. A

técnica utilizada foi a mesma da primeira vez, calculando-se o tempo de aplicação em 48 horas.

EVOLUÇÃO — No mesmo dia à tarde a paciente apresentava 39,2° C de temperatura, pulso de 116 p.m. e estava nauseada. No dia 31 agravou-se o seu estado, queixando-se de dores lombares e adinamia, passando logo a estado de choque, com temperatura de 35,4° C, pulso 102, P.A. 6 x 4. Oligúria acentuada (30 cc em 24 horas). Foram feitos 830 cc de sangue, soro glicosado, noradrenalina e cardiotônicos. A 1.º de Janeiro de 1959 o seu estado continuava grave, mantendo-se a pressão arterial a 6 x 4. Continuou-se com a mesma medicação, recebendo a paciente 450 cc de sangue. A 2 de Janeiro a dosagem de uréia deu 180 mgr%. A paciente entrou em anúria e apresentava-se sub-ictérica. Foi feita a irradiação da coluna dorso-lombar e o cateterismo dos ureteres. A 3 de Janeiro havia reação peritonial evidente e franca icterícia. A uréia no sangue era de 200 mgrs%, bilirrubina total 15,4%, bilirrubina direta 13,3 mg%, bilirrubina indireta 2,1 mg%. Apesar do cateterismo ureteral permanente, continuava em anúria. Foram feitos ainda 500 cc de sangue e toda a medicação adequada. A hipotensão se manteve durante todo o dia. A 4/1 foram dados ainda 500 cc de sangue. Óbito nesse dia às 19,30 horas.

DIAGNÓSTICO DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA

ANATÔMICO — Carcinoma baso-epino celular do colo uterino, estágio III paramétrio-vagina. Cistite. Peritonite.

CAUSA MORTIS — Colapso toxico-infeccioso.

DIAGNÓSTICO DO RELATOR

Dr. Oswaldo Peres

ANATÔMICOS — *Moléstia principal:* Carcinoma baso-epino celular do colo do útero — III paramétrio-vagina; Cistite crônica — pio-histerosalpinx — perfuração uterina — peritonite — hepatite — hepatose — glomerulonefrite focal — estenose mitral.

FUNCIONAIS — Anemia hipocrômica

ca — icterícia hepatocelular e de regurgitação — insuficiência renal aguda.

CAUSA MORTIS — Choque tóxico-infeccioso.

DISCUSSÃO CLÍNICA

DR. ISIDORO DREICON — Antes de entrar propriamente na discussão do caso presente quero chamar a atenção para o fato que o paciente foi realmente prejudicado pela espera a que se viu forçada, até conseguir sua internação neste Instituto.

A paciente veio à primeira consulta em 17 de outubro de 1958. A primeira aplicação de radium foi feita 66 dias após. Assim, evidentemente a doença foi prejudicada.

Entrando na análise do caso, não há dúvida quanto à peritonite. Esta, quando evolui, leva à morte. Agrava-se o quadro pela hipoxia. Acho que também não há dúvida, quanto ao fato de que essa paciente apresentou posteriormente insuficiência renal. Os exames que constam no prontuário apresentam uma incongruência. Os exames feitos fora do hospital já acusavam lesão renal, mas, depois que a paciente se internou, sem terapêutica nenhuma, os exames mostraram o contrário, isto é, que estava tudo bem. Assim, há um erro, não sei onde. A lesão renal igualmente poderia ser explicada pela peritonite, devido à hipovolemia. Foi um quadro de isquemia das arteriolas renais, levando, posteriormente àquele quadro clínico de oligúria crescente e até anúria, e traduzindo-se pelo aumento da uréia e do nitrogênio não protéico. Aliás, a dosagem da uréia na urina iria escarecer. Supõe-se portanto, também, insuficiência circulatória. Um fato chamou-me a atenção — a icterícia — devido a esses exames da bilirrubina direta e indireta. Supõe-se que tenha havido obstrução extra-hepática, dando icterícia, com progressão para colangite e colangiólite cirrótica, com febre na fase final.

Quanto aos diagnósticos, estou de acordo com o Dr. Peres. Só acrescentaria o diagnóstico radiológico de obstrução parcial do ureter. Há aí uma diminuição de calibre, não sei se por metástase. Acrescentaria também hemorroidas e, como diagnósticos funcionais, insuficiência hepato-renal, desidratação e insuficiência circulatória. Como "causa mortis", anóxia e colapso tóxico-infeccioso.

Finalmente, abro outro pequeno parêntese. Não se pode esquecer também a possibilidade, principalmente diante do quadro renal, de ter havido propagação do tumor e inclusive metástases hepática e pulmonar. Não é difícil acontecer isso. Sabemos, pela discussão de casos tratados e não tratados, que é muito alta a incidência, em primeiro lugar, no fígado, e depois no pulmão.

DR. HUMBERTO TORLONI — Quería um esclarecimento do Dr. Guimarães sobre o seguinte: (1.º): "Expansão diminuída do hemitorax D, com pronunciado abaulamento que se estende pelos 2/3 inferiores do hemitorax até a região lombar D". Que quer dizer isso? Também queria esclarecimentos sobre a parte cardiovascular. Que significam estes dados auscultatórios assinalados no resumo? Qual a sua possível interpretação? Faço estas perguntas porque até agora não se deu valor muito grande aos dados relativos ao aparelho pulmonar. Quanto ao aparelho cardiovascular, queria saber o que realmente consubstanciou o diagnóstico de estenose mitral do Dr. Peres.

DR. JOSÉ ALMACHIO R. GUIMARÃES — Fiz os exames físicos para depois serem interpretados. Quanto à parte circulatória, apenas registrei os dados que encontrei na ausculta.

DR. HUMBERTO TORLONI — (1.º): "Ictus no 5.º intercosto, à E. da linha médio clavicular. Bulhas ritmadas. Sopros neso-sistólico no foco da ponta. 2.ª bulha com modificação de timbre nos focos da base, principalmente no aórtico". Perguntaria ao Dr. Peres que valor deu ele a esses exames do aparelho circulatório, no sentido do diagnóstico.

DR. OSWALDO PERES — O seguinte: se a paciente apresentava um sopro sistólico audível no foco da ponta, devia ter alguma afecção na válvula mitral.

DR. HUMBERTO TORLONI — Por isso fez o diagnóstico?

DR. OSWALDO PERES — Exatamente.

DR. HUMBERTO TORLONI — E quanto à parte pulmonar?

DR. OSWALDO PERES — Conversei com o Dr. Guimarães a respeito desse abaulamento. Ele não referiu se havia expansão simétrica dos dois hemitórax. Só se referiu a esse abaulamento, sem lhe dar uma interpretação. Seria esse abaulamento devido a um defeito físico?

DR. JOSÉ ALMACHIO RIBEIRO GUIMARÃES — Sim, porque não corria por conta da dinâmica respiratória.

DR. OSWALDO PERES — Era portanto uma alteração de forma da parede.

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — Quer fazer duas perguntas: primeiro, ao Dr. Isidoro, que fez o diagnóstico de obstrução arterial. A que altura?

DR. ISIDORO DREICON — L. 3.

DR. JOSIAS DE ANDRADE SOBRINHO — A altura da terceira lombar, pois. Creio que na interpretação dessa estenose mitral, relacionada com o sopro, há algo atrapalhado. O sopro sistólico poderia traduzir uma insuficiência mitral e nunca uma estenose mitral.

DR. FRANCIA MARTINS — O caso é interessante por serem raros os casos de morte por aplicação de radium. Não me lembro bem da porcentagem, mas sei que é menor do que 1%. Mas há algumas coisas que devem ser destacadas. Por exemplo, um ponto que me deixa muito satisfeito é que houve concordância entre os exames feitos nos Serviços de Ginecologia e Radioterapia. Há aqui entretanto uma pequena diferença, que o Dr. Isidoro já salientou e que reside entre o período em que a paciente foi examinada no Serviço de Ginecologia e o em que foi internada no de Radioterapia. Aqui o Dr. Peres salientou bem: houve uma inversão das condições de infiltração dos parâmetros, que se tornaram mais espessados à E, quando o primeiro exame tinha dado mais à D. Além, a urografia excretora feita em outubro concordava com a maior infiltração à D, porque havia dilatação discreta à D. Os exames feitos antes da radioterapia são relativamente bons. No hematológico a série branca tem pouca coisa de anormal e a série vermelha apenas dava, de extraordinário, um hematócrito baixo: 32. Tudo o mais em ótimas condições, o que está em discordância com o exame feito em setembro, fora do Hospital. Há um erro qualquer, portanto. Essa doente não poderia ter melhorado entre os dois exames sem qualquer tratamento.

Quanto ao processo em si, quero discutir dois aspectos. Primeiro, com respeito a hipótese de perfuração uterina. Não encontro aqui elementos para se pensar em perfuração. Vou justificar o que digo. No exame feito inicialmente, isto é, no exame ginecológico feito em 18 de outubro obteve-se uma histerometria de 8 cm. Muito bem. Dois meses após, foi encontrada uma histerometria de 4,5 cm. Não pode estar certa esta última. Por que? Porque, se a histerometria penetrou na cavidade e havia um piométrio abundante, como consta do relatório, esse útero não poderia dar 4,5 cm. O piométrio abundante já fala em útero grande, e 4,5 cm é de útero senil, já em menopausa muito avançada.

É útero de mulheres de 65 a 70 anos para diante. Nas grandes multiparas o útero terá no mínimo 5,5 ou 6 cm. É muito difícil encontrá-lo com 4,5 cm. É certo que não há justificação para uma perfuração uterina, por essa diferença de mensuração. O piométrio, então, fala em útero grande. O corpo teria 1,5 cm? Então teríamos um útero infantil? Não há razão para isto, porque a paciente tinha mais de 50 anos e o piométrio. Portanto, não vejo base para se pensar em perfuração uterina.

Mas ainda: se houve perfuração, ela não podia ocasionar peritonite. Poderia, se a peritonite se desse nas primeiras 24 ou 48 horas depois do exame ao qual se atribue a perfuração. Mas estamos cansados de ver que perfurações de útero não grávido não têm valor nenhum, quando acompanhadas de temperatura de 37,5 ou 38°. E mesmo há casos em que tenho aplicado radium, após verificar que houve perfuração. Acho o canal, aplico o radium na hora, sem nenhum inconveniente. Assim, se houvesse uma perfuração, coisa em que não acredito, esta não poderia ocasionar uma peritonite. A meu ver a complicação surgiu em consequência da segunda aplicação de radium. Horas depois estava com 39° de temperatura. Esse radium deveria ter sido retirado imediatamente. Sabemos que quando da aplicação de radium a temperatura sobe bruscamente, deve-se retirá-lo, pois pode ocasionar bacteriemia ou púemia.

DR. HUMBERTO TORLONI — Um esclarecimento: o radium foi colocado no dia 30. No dia 28 ela já tinha tido 39,2°C de temperatura.

DR. FRANCIA MARTINS — Não tive oportunidade de verificar esse dado.

DR. HUMBERTO TORLONI — Depois, com a aplicação de Novalgina etc., a febre baixou.

DR. FRANCIA MARTINS — Isto serve para o raciocínio, porque não se deve aplicar radium em doente com temperatura. A temperatura faz pensar num quadro genital, quando não em outra coisa. Se houve temperatura antes, o radium não deveria ter sido aplicado. A doente precisava ter pelo menos 48 horas sem temperatura, antes da aplicação. No caso presente, aplicaram o radium com febre, não se tendo registrado se a doente tomou antibióticos nesse dia em alta dose etc. Deve ter tomado, acredito. No dia seguinte, pois, estava em colapso tóxico-infeccioso. Primeiro teve febre, ficou depois em hipotermia, com pressão 6 x 4, em estado geral mau. E o radium continuou no lugar. No dia 31, continuou ainda. Quando a doente estava quase "in extremis" é que retiraram o radium.

DR. OSWALDO PERES — Mandei retirar imediatamente o radium. Nem sempre a febre se segue à colocação de radium. Corre por conta da bacteriemia e processos supurativos etc. Ela estava com 39° de febre. Mudel o antibiótico e passou a febre.

DR. FRANCIA MARTINS — Uma simples Cafiaspirina faz baixar a hipertermia de 37° ou 38°, e esta não sobe mais, no caso do radium. Mas 39° é diferente.

DR. OSWALDO PERES — Deve haver um erro.

DR. FRANCIA MARTINS — Esse é o aspecto que achei interessante salientar no caso. São esses os meus comentários, que mostram tratar-se de um caso de óbito por aplicação de radium. E este caso é interessante porque havia associado um piométrio.

DR. SALVADOR ANTONIO SABINO — No cateterismo ureteral, de que o Dr. Peres falou e que foi feito no dia 2, a sondagem foi franca?

DR. OSWALDO PERES — A passagem do cateter ureteral foi franca. Não havia obstrução. Eu havia pensado numa obstrução baixa também, por edema da porção terminal do ureter etc. Como se tratava de um caso agudo, pensei que houvesse edema, porque a paciente tinha cistite crônica.

DR. SALVADOR ANTONIO SABINO — Queria lembrar a possibilidade de uma perfuração do ureter por compressão, para explicar a peritonite.

DR. JOSÉ BATISTA DA SILVA NETTO — Não estou entendendo bem. As hipóteses de perfuração e peritonite não explicam todo o caso. Não explicam a anúria, a icterícia, etc.

DR. ISIDORO DREICON — Quero prestar um esclarecimento. Fiz esse diagnóstico, mas acho que uma peritonite explica perfeitamente a anúria. Há discussão sobre se houve perfuração ou não. Não estamos discutindo um caso de peritonite por perfuração, mas quero frisar que essa peritonite explica perfeitamente.

DR. HUMBERTO TORLONI — Qual a causa da peritonite?

DR. FRANCIA MARTINS — Sabemos que todo processo infeccioso em que se aplica radium é exacerbado. Tanto que, nos casos excessivamente infectados e necróticos, convém fazer-se um tratamento prévio com radioterapia, para melhorar essas condições. E, quando o radium é aplicado e aparece febre, deve ser retirado para evitar complicações maiores. A peritonite foi consequência do radium, a meu ver.

DR. JOSÉ BATISTA DA SILVA NETTO — E essa icterícia franca?

DR. FRANCIA MARTINS — Ela já vinha com esse processo antes.

DR. HENRIQUE C. SAMPAIO CORRÊA — A que estão atribuindo essa icterícia?

DR. HUMBERTO TORLONI — Ela apareceu dois ou três dias antes de a paciente morrer. E há outra pergunta, quanto à questão da discrepância dos laudos de laboratório. A paciente veio para o Hospital com laudos feitos em setembro de 1953, laudos feitos fora, e, segundo a interpretação da casa, apresentava um quadro renal. Quando fez, no Hospital, novos exames, sem qualquer terapêutica, os nossos laboratórios não revelaram nada.

DR. HENRIQUE C. SAMPAIO CORRÊA — Posso responder pelos exames feitos aqui. Pelos outros não posso. Essa icterícia, preliminarmente, não pode ser bem definida. Estão faltando outras provas funcionais hepáticas. A primeira impressão que se tem é de que se trata de uma icterícia mecânica. Entretanto, isto não se pode afirmar por falta de provas. Outra coisa que essa doença teve foi uma acentuada anemia. Esse exame hematológico, que fala em 7.000 leucócitos, 3 bastonetes e 68 segmentados, quando foi feito? Antes do radium?

DR. JOSÉ RAMOS JUNIOR — Em 15 de dezembro. Cinco dias antes do radium.

DR. FRANCIA MARTINS — O que há é uma discrepância entre os exames feitos no Hospital em dezembro e os exames feitos fora, em setembro.

DR. HENRIQUE C. SAMPAIO CORRÊA — Posso responder pelos que fiz aqui. Pelos outros não. Nesses exames feitos aqui, os de uréia e urina estão concordantes. São dados a favor da normalidade renal. Fora, o que é que foi feito?

DR. FRANCIA MARTINS — A dosagem de uréia, feita quase quatro meses antes, foi de 95 mg. Tinha ainda cilindros hialinos e granulados na urina. Isto, feito fora. A dosagem de uréia feita aqui, deu 30 mg (em dezembro).

DR. HENRIQUE C. SAMPAIO CORRÊA — Continuo respondendo pelos exames feitos no Hospital. Supondo-se que os outros sejam certos também, deve ter havido uma obstrução, que cedeu.

DR. OSWALDO PERES — Vou responder aos comentários feitos pelo Dr. Francia. Acho que a sua explicação a respeito da extensão em que o histerômetro penetrou pela segunda vez é um comentário certo. Realmente a quantidade de pús era grande e, em proporção, a cavidade do útero devia estar aumentada. Adotei o critério de não forçar mais. Acho que é o critério mais certo, quando se encontra resistência numa cavidade infectada. Não insisti na minha manobra para conseguir histerometria maior. Quando fui colocar o radium, não consegui mais do que 4,5 cm. Consegui colocar uma sonda média e ainda ficou um pouquinho para fora. Fiz a palpação manual com a doente anestesiada. Tinha uma obstrução mesmo. Fazer a tentativa às cegas seria correr o risco de perfurar e levar a infecção para diante.

A doente não teve o tipo de hipertermia que se segue ao radium. Acho que o que causou a morte foi realmente a peritonite, seguida de colapso tóxico-infeccioso, que a segunda aplicação de radium veio realmente agravar. Mas não foi o radium a causa principal que condicionou a morte dessa paciente. Como a impressão de que ela já tinha um processo infeccioso que estava evoluindo e que, com a manipulação do radium, se exacerbou. Não consigo explicar de outra forma. Ela ficou internada em nossa enfermaria uns vinte dias, e só nos três últimos dias teve a piora brusca. Não havia secreção nenhuma. Até notei que não houve saída de material purulento.

Quanto a pergunta do Dr. Francia, é a rotina neste caso. Com temperatura, não se aplica radium. O caso dessa doente tem todavia uma ressalva. É feita uma visita semanal a todos os doentes. Sabíamos que essa doente tinha tido temperatura. Como temos muitos doentes em fila para fazer radium; como é frequente a elevação de temperatura que depois cede com a medicação habitual, com duchas etc., e como vi que a doente estava afebril (eu mandei perguntar e me disseram que ela estava sem febre), apliquei o radium. Foi o que realmente aconteceu. Não demos a devida importância. Pensei num processo de infecção urinária e pedi uma urinocultura, o que foi feito. Antes de fazer a segunda aplicação de radium, examinei a doente e tentei a passagem do histerômetro, que conseguiu sem a saída de material purulento.

DR. SAMPAIO CORRÊA — A meu ver, passou-se por clima de um dado que é importante, a ser verdadeiro. No exame hematológico feito fora verifica-se leucócitos, 400 por mm. Se isto fosse verdade a paciente já estaria morta antes de entrar neste Hospital.

DR. JOSÉ RAMOS JUNIOR — Este caso, para discussão anatomo-clínico, é bastante complexo e há discrepâncias nos exames de laboratório, o que nos leva a raciocínio não muito coerentes. Antes de entrarmos no ponto mais difícil da questão, isto é, saber por que esta doente faleceu, eu diria algumas palavras a respeito de certos diagnósticos que foram feitos, a meu ver, sem justificativa. O diagnóstico de estenose mitral não pode ser feito neste caso por haver sopro mesossistólico na ponta. Considerando que essa paciente não apresentava nada no aparelho respiratório, pela propedêutica física, a deformação no hemitórax só poderia ser interpretada como defeito das paredes, como defeito esquelético, o que poderia estar de acordo com o que foi explicado como tipo constitucional atípico. Tendo o indivíduo uma deformidade corporal, acha difícil o médico classificá-lo em qualquer tipo constitucional. Considerando essa deformidade torácica, essa senhora poderia apresentar posições do pulmão e do coração também diferentes das normais. Nessas condições, um sopro mesossistólico não terá valor. Assim, em virtude dessa deformidade, a paciente poderia apresentar um sopro cardiovascular, o que seria coerente com os outros raciocínios. A modificação de timbre nos focos da base é compatível com o diagnóstico de aterosclerose ou, mesmo,

de calcificação ou fibrose na zona correspondente ao orifício aórtico. A respeito da hepatite, não houve esclarecimento maior. Se era hepatite do tipo "viral", se do tipo colangiolítico ou se se tratava de microorganismos que se instalaram nessa paciente etc. Quanto ao diagnóstico de glomerulonefrite focal, não vejo motivo para ser feito.

Voltando ao caso vou mostrar as incoerências existentes. Essa doente apresentava pús evidente na cavidade uterina. Verificou-se no dia 18 de dezembro que ela deu saída, pela cavidade vaginal, de pús e sangue, quando se fazia a histerometria. No entanto, o exame hematológico correspondente, feito mais ou menos na mesma época, apresentou 7.000 leucócitos, 3 bastonetes, 68 segmentados etc. Quer dizer, não há evidência de pús pelo hematológico. Não há desvio à E. Como o material purulento foi verificado, é de se acreditar que havia incoerência do exame hematológico. Mas, ao mesmo tempo, a hemossedimentação era altíssima: 121 mm na primeira hora. Ora, isto é compatível com um desvio muito grande das globulinas, no sentido do aumento, o que é comum ou nos processos necróticos ou nos processos purulentos, que são também necróticos (pús por necrose de células). Então, fico a favor de que existia realmente um processo purulento e que a incoerência é do exame hematológico.

Não vejo evidência de ter havido a ruptura do útero. Aliás, o Dr. Francia muito bem explicou as razões do seu raciocínio, dependentes da sua falta de concordância com o diagnóstico de ruptura uterina. Se esta senhora apresentava pio-histero-salpinx, se apresentava processo purulento nos órgãos genitais externos, se houve piora com a aplicação do segundo radium, se antes do segundo radium já tinha tido uma bacteriemia, com febre alta, conforme informação do Dr. Torloni, no dia 28 de dezembro, tendo melhorado com Novalgina, evidentemente fez-se aquilo que é proibido fazer: continuar com o radium, porque existe a possibilidade de bacteremias sucessivas. Ora, nestas condições, esta doente teve uma disseminação hematogênica. Poderia ter sido primeiramente linfогênica, no setor uterino. Depois, diversos focos purulentos se instalaram no organismo, dos quais temos evidência propedêutica em duas estruturas anatómicas: peritônio e fígado, este com micro abscessos ou, para ser mais coerente, considerando a bilirrubinemia muito acentuada, por uma hepatite colangiolítica, que tem um quadro tal e qual uma infiltração purulenta no espaço periportal. Existe então leve ou nenhum comprometimento dos hepatócitos e, nestas condições, explicar-se-ia o comprometimento do fígado por mecanismo de regurgitação, em consequência de hepatite colangiolítica ou micro-abscessos. Ora, nada mais faltava para que o choque tóxico-infeccioso se instalasse e, consequentemente, a insuficiência circulatória periférica e a morte.

É um problema o estado dos rins. Houve simplesmente uma insuficiência renal aguda, por um distúrbio de ordem circulatória, ou houve também comprometimento anatómico dos rins? Não temos elementos para afirmar se existiu ou não síndrome de nefro inferior, isto é, uma lesão anatómica do rim produzida pelo choque, que pudesse trazer a insuficiência renal aguda. De qualquer forma, fica a hipótese de que isto pode ter acontecido. A minha opinião a respeito do caso pode ser resumida da seguinte forma: a paciente teve uma disseminação hematogênica, bacteremia, hepatite, colangiolite ou micro-abscessos, insuficiência renal pura, somente funcional, ou insuficiência renal aguda e síndrome de nefro inferior.

DIAGNÓSTICOS ANATOMO-PATOLÓGICOS

MOLÉSTIA PRINCIPAL — Carcinoma de útero.

DIAGNÓSTICO ANATÔMICOS — Discreto edema cerebral.

Edema agudo do pulmonar.

Miocárdio esclerosado.

Congestão passiva do fígado.

Íctericia mecânica obstrutiva extra-hepática.

Pericardite sêca.

Gastrite atrofica.

Hidronefroze.

Cistite aguda.

Enterite.

Perfuração uterina do fundo.

CAUSA MORTIS — Colapso tóxico-infeccioso.

DISCUSSÃO PATOLÓGICA

DR. LEOPOLDO AMURRIO DE AGUILAR — (projecção de diapositivos). A primeira fotografia nos mostra o fígado, o estômago e o baço. O fígado estava muito aumentado. As superfícies esbranquiçadas que se veem são aderências de peritonite, fáceis de destacar do peritônio parietal. O bordo inferior do fígado apresentava-se com uma densificação do tecido conjuntivo, juntamente com reação peritonial. Vê-se aqui uma espécie de faixa que estrangulava a base do fígado, que era convexa, deprimida e depois novamente convexa. A vesícula biliar estava aumentada, tensa, contendo bile em maior quantidade do que normalmente. O estômago estava discretamente dilatado. O baço estava aumentado, mostrando também, em sua superfície externa, alterações semelhantes às encontradas na superfície exterior do fígado.

Esta fotografia mostra a porção do íleo, a porção cística da vesícula, o conduto cístico, o hepático e o colédoco. De início, esta mulher tinha as vias biliares diminuídas em seu calibre, mas aqui o conduto da bile estava em tensão. Com o Dr. Aché, fizemos o possível para separar estas bridas que havia em toda a região. Fiz a separação de uma brida da porção mais inferior, em relação já com a parede posterior do duodeno. Deu a prova da ampo'a de Vater positiva. Portanto, era uma reação biliar mecânica inferior, por brida, por estas múltiplas bridas.

No aparelho urogenital encontramos rins aumentados de tamanho, ureteres dilatados, contendo também líquido em tensão. Para surpresa, nossa, o fundo do útero, apresentava uma perfuração, com necrose periférica de cor esverdeada-escura.

Com maior detalhe estamos vendo aqui o trigono vesical, após aberta a bexiga. Estas duas superfícies brancas são as porções terminais do ureter.

Ambas estavam tensas. Apenas a tentaculula chegara ao orifício exterior, foi fácil o esvaziamento de todo o conteúdo de urina da árvore urinária. Deve-se ressaltar o edema e congestão intensa da porção do trigono e também das paredes vesicais.

DR. HENRIQUE SAMPAIO CORREIA — Peço que novamente seja mostrada a fotografia da perfuração. (Pausa) Qual o ponto exato da perfuração?

DR. LEOPOLDO AMURRIO AGUILAR — No fundo do útero.

DR. HENRIQUE SAMPAIO CORREIA — Muito bem. Parte do colo uterino D.

DR. LEOPOLDO AMURRIO AGUILAR — Esta fotografia mostra o útero antes de ser aberto. Estamos vendo a bexiga e aqui o fundo do corpo uterino.

DR. HENRIQUE SAMPAIO CORREIA — Era o que eu queria ver.

DR. LEOPOLDO AMURRIO AGUILAR — A obstrução das vias urinárias é explicada pelo intenso edema e pela intensa congestão.

Microfotografia do coração, do miocárdio. As fibras miocárdicas mostram infiltrados inflamatórios de tipo inespecífico. E esta grande proliferação de tecido conjuntivo, que separa as fibras cardíacas, é um testemunho anatómico de que se trata de miocárdio-esclerose.

Microfotografia do fígado, que mostra os seios grandemente dilatados e cheios de sangue. É uma congestão muito intensa. Por outra parte, na porção mais superior, temos o espaço biliar, onde há também bastante infiltrado inflamatório e edema.

Este achado microscópico está explicando a causa da morte. É um corte do pulmão, em que temos os septos completamente comprimidos. Há

uma abundante quantidade de líquido nas cavidades, sinal anatómico de edema agudo pulmonar.

Microfotografia da porção medular dos rins. Encontramos intensa congestão. Com um pouco de boa vontade podemos observar que esta congestão está constituída por hemácias, que são bem evidentes. Por outra parte, vemos os túbulos, dos quais temos a sorte de cortar um em sentido longitudinal. Encontramos esta substância eosinofila quase homogênea, com restos celulares que indicam a presença de uma substância estranha dentro do lumen tubular, mais a intensa descamação que existe nas paredes do túbulo.

Este é um corte mais feliz do que o anterior, para mostrar esta persistente substância dentro dos túbulos, substância de coloração vermelho-pálida, quase rosada. Por outra parte, mostra-se esta descamação, esta desordenação das células.

Estes são os cilindros, ou de hemoglobina ou de mio-hemoglobina. Os estudos histoquímicos não podem demonstrar de qual se trata. É uma microfotografia da porção cortical do rim, em que se vê um glomérulo que está bem de acordo com a idade da paciente. Chamo a atenção para a dilatação das cápsulas de Bowman e para este infiltrado inflamatório agudo retendo os glomérulos inflamados cronicamente. Aqui persiste a grande congestão.

Microfotografia em detalhe da superfície da bexiga, onde a mucosa não tem mais epitélio. Há uma necrose bastante intensa. A mucosa está afetada por edema e congestão.

E aqui temos um corte em zona mais distante da bexiga. Encontram-se alguns restos de epitélio que tapetava esta superfície, mas com edema e congestão.

Microfotografia da parede do útero, mais ou menos ao nível do istmo, em que se encontram um tumor ao nível do miométrio. Estas células eram tumorais e agora encolheram na cromatina e mostraram uma superfície homogênea. A literatura nos indica que não se sabe se estamos numa fase em que a célula morreu ou se numa fase de recuperação. Mas a microfotografia vale porque num caso como este pudemos surpreender a morte das células neoplásicas em seu primeiro estágio.

Esta aqui é a superfície do colo do útero, que mostra parte da perfuração. Aqui temos a perfuração da serosa que recobre o miométrio. Há intensa congestão e a superfície da perfuração mostra esta área bastante necrosada.

Com maior detalhe podemos observar a necrose intensa. Daqui para cima, nota-se a reação da serosa que ela recobre, a congestão e a intensa inflamação.

Microfotografia da cápsula suprarenal, que também mostra estas sérias alterações de edema, intensa congestão e acúmulo de processo inflamatório.

Corte do pericárdio, que se mostra também aderido e com acúmulo da fibrina na superfície, após a descamação do mesotélio. Este é um achado histológico do que é uma pericardite fibrinosa em seu primeiro período.

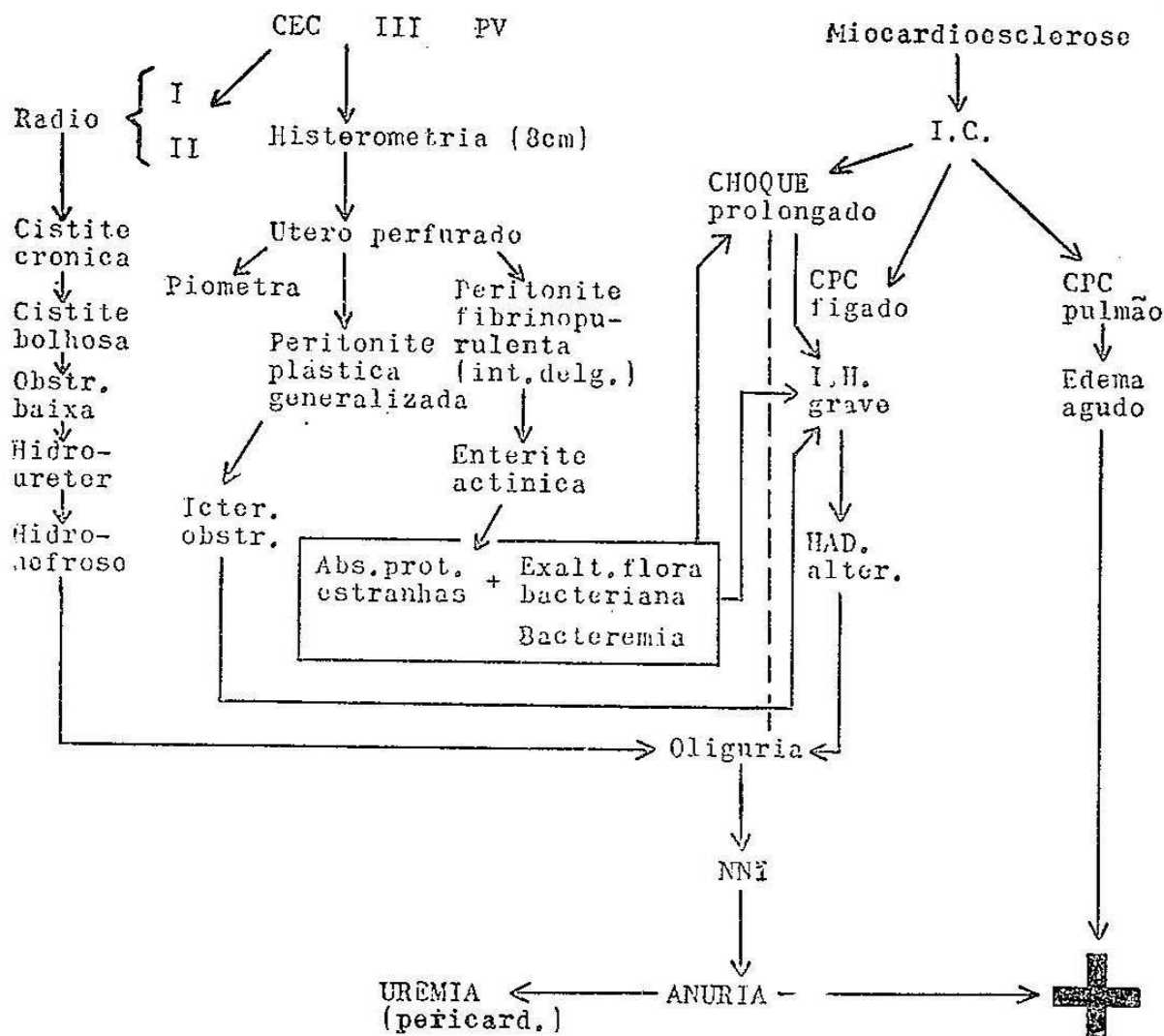
Esta é uma das lâminas mais importantes da autópsia. Trata-se da mucosa do intestino delgado. Uma região do intestino delgado estava aderida no ponto da perfuração uterina, onde existia uma peritonite fibrino-purulenta com aderências do meso. O intestino nesta região estava mais delgado que o resto. Os cortes no intestino mostraram a ausência da superfície da mucosa, isto é, uma necrose completa. A mucosa estava reduzida a este edema tremendo, já com restos celulares, congestão e destruição das paredes vasculares. Portanto, uma congestão enorme.

Estamos vendo verdadeiros cistos de cultivo de germes Gram-positivos, reconhecidos pela coloração especial. Estes corpos baciliformes eram, segundo o reconhecimento do Dr. Luiz, Monílias.

Fotografia que mostra uma parede grandemente destruída na porção que olha para a mucosa, formando um grande trombo e reduzindo a sua luz. É importante a invasão microbiana da parede, introduzindo-se mesmo dentro da luz da veia.

DR. HUMBERTO TORLONI — É importante ressaltar — o Dr. Leopoldo não o fez — ao nível da perfuração, segmento de alça intimamente aderente ao fundo do útero. Este segmento de alça fina recebeu toda a carga da radioterapia colocada no corpo uterino para fazer o tratamento do carcinoma do corpo do útero. Tivemos portanto enterite actínica segmentar, devida à perfuração.

DR. LEOPOLDO AMURRIO DE AGUILAR — A seguir exhibe o seguinte gráfico:



DR. HUMBERTO TORLONI — Esta é uma tentativa de explicação de como ocorreram os fatos. Há uma parte deste quadro que é absolutamente imutável, ao modo de ver da Anatomia Patológica, e esta parte se refere a estas flexas aqui. Não temos dúvida nenhuma de dar a idade da perfuração. Algumas considerações poderão ser feitas: mudar ou acrescentar algumas flexas. As duas pessoas que fizeram esse quadro são anátomo-patologistas. A clínica não é tão bem maneirada por elas. É um quadro de explicação e está sujeito a modificações. Está em discussão o relatório anátomo-patológico.

DR. HENRIQUE SAMPAIO CORRÊA — Faltou um elemento de muita importância, a julgar pelo que disse o Dr. Leopoldo: a insuficiência das suprarrenais, que estavam edemaciadas. Isto também para explicar a pressão baixa, que talvez não tivesse sido explicada coerentemente. Não sabemos desde quando vem este edema da suprarrenal. Acho que na gênese do choque isto teria uma importância muito grande.

DR. FRANCIA MARTINS — Nada como a evidência dos dados da autópsia. É curioso que essa perfuração tenha permanecido nessas condições por dois meses. Esse é o aspecto curioso do caso. O que pode explicar a manutenção dessa perfuração é que ela estava, parece, numa zona tumoral. Não, era mais baixa.

DR. FRANCIA MARTINS — Devia ter cicatrizado. Outra explicação seria, talvez: logo depois o intestino aderiu ao cólo.

DR. LEOPOLDO AMURRIO DE AGUILAR — Estava tamponado.

DR. FRANCIA MARTINS — Mas não se poderia manter aquele edema em torno da perfuração dois meses depois.

DR. HUMBERTO TORLONI — Este é um útero que foi irradiado, perfurado. Grande parte das al-

terações agudas são devidas aos fenômenos radioterápicos em útero perfurado. Se não fosse irradiado, ia continuar com sua perfuração sem conseqüências.

DR. FRANCIA MARTINS — Exatamente.

DR. HENRIQUE SAMPAIO CORRÊA — Há outro fator: um tecido infectado por Monília.

DR. OSWALDO PERES — Pela autópsia pode-se avaliar o tempo da peritonite?

DR. HUMBERTO TORLONI — A peritonite não foi causada pelo tratamento radioterápico, isto precisa ficar bem claro.

DR. OSWALDO PERES — Quería saber se a paciente entrou em peritonite, mas sem sintomas.

DR. HUMBERTO TORLONI — O exame físico dessa doente merece sérios reparos, bem como no sentido radioterápico. O Dr. Parisi fez o diagnóstico de peritonite depois da radioterapia, mas isso não quer dizer que a radioterapia tenha sido responsável.

DR. FRANCIA MARTINS — O que pode ter acontecido também é que ao nível da perfuração, quando ela se deu, ficou uma peritonite localizada. Depois, com a aplicação do radium exacerbou-se o processo. Parece uma explicação lógica.

DR. OSWALDO PERES — Tenho a impressão de que o material radioativo não chegou até o ponto da perfuração. Era uma sonda pequena.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR — Em primeiro lugar quero render aqui as minhas homenagens ao Serviço de Anatomia Patológica, que tem feito um esforço muito grande nos seus estudos, nas correlações anátomo-patológicas. Para colaborar com esse Serviço quero dizer que não estou inteiramente de acordo com as causas que foram aqui relatadas, como sendo lesões anatómicas responsáveis diretas pela morte da paciente. A congestão que se viu nos vasos dos rins, que se viu no fígado, nos espaços sinusoidais, o edema agudo do pulmão, o edema pronunciado nas paredes do intestino, a

situação das suprarrenais, com edema pronunciado e infiltração leucocitária — todos esses fenômenos, menos o do intestino, porque já havia o comprometimento por contiguidade, produziram agravamento desta situação dramática. São explicados hoje em dia muito bem por Popper, como sendo achados histológicos no organismo que está agônico, em choque. Então, tudo aquilo que os senhores viram — edema pulmonar, edema do intestino, edema das suprarrenais etc. — são lesões anômicas próprias do período final pré-morte. Ora, o que fica então neste caso, segundo a minha interpretação? No lado direito do gráfico eu não mexeria. Ficaria tal como está, considerando que esta bacteremia levava diretamente ao choque. Não temos elementos para afirmar a miocardiosclerose. Esse fígado não é próprio de um fígado de estase crônica, mas de estase aguda e pré-agônica.

DR. HUMBERTO TORLONI — Há uma coisa muito grave. É que a lesão hepática é aguda, mas não agônica.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR — Choque prolongado é igual a anóxia. Anóxia é o principal elemento do ciclo da morte. Por quê? Porque age em todas as células. Ora, estando a célula hepática em anóxia, estes outros fenômenos, que se vêem, aqui se darão, isto é: estando ela em anóxia, não funcionando normalmente, o hormônio antidiurético da hipófise não será inativado normalmente no fígado, e nestas condições a oligúria aumenta. Assim, não estou de acordo com este lado esquerdo do gráfico, porque a paciente não tinha insuficiência circulatória crônica. Teve uma insuficiência circulatória periódica. Isto havia. Era isto que eu queria acrescentar.

DR. HUMBERTO TORLONI — Como disse, este quadro tem uma parte imutável e uma parte discutível. Realmente, não posso avaliar o estado hepático por uma única lâmina. Mas, quanto à congestão, a paciente sofreu uma sobrecarga tremenda por tudo que lhe fizeram. Sofreu uma insuficiência cardíaca final.