

METÁSTASE PULMONAR BI-LATERAL (interstício de 2 anos) DE
HIPERNEFROMA (tratado há 6 anos). PNEUMECTOMIA SUBTOTAL
BI-LATERAL. CURA CLÍNICA DE 11 ANOS *

DR. EGBERTO PENIDO BURNIER**

O caso, cuja história clínica vamos relatar, é dos que merecem publicação, tanto pelo ineditismo, como para quebrar as últimas resistências de leigos e também de médicos, que não acreditam na cura do câncer. São êsses casos que fazem mudar até o conceito de grandes mestres. Todos nós que labutamos com o ingrato problema da Cancerologia, temos por um momento uma fase de descrença em tudo que fazemos e até chegamos, vez por outra, a confessar aos nossos íntimos, não acreditar mais no tratamento do Câncer. Isso é comum, principalmente, após um caso mal sucedido em pessoa muito cara e a quem desejaríamos sucesso espetacular. Parece mesmo que, propositalmente, os fracassos rondam os amigos, parentes e as pessoas a quem nos afeioamos de primeira vista. Mas, tôda vez que tal fato suceder, recomendo que façam um exame de consciência e procurem recordar casos, considerados perdidos, que pela argúcia clínica e o bom senso da opor-

tunidade, conseguimos recuperá-lo à sociedade. A verdadeira felicidade está em contarmos com os casos de sucesso. Insucessos, quem não os tem? É com saudade que recorro aqui palavras de meu mestre Prof. Francisco de Castro Araújo: "Só não têm insucessos aquêles que não labutam na medicina".

Vejamos o nosso caso:

Trata-se de Oswaldo G., branco, casado, brasileiro, comerciário, natural do Rio Grande do Sul, morador no Rio de Janeiro, GB.

Sua espôsa, em 1958, então enfermeira chefe do Bloco Cirúrgico do Instituto Nacional de Câncer, procurou-me muito preocupada e mostrou-me umas radiografias que trazia, contando-me a seguinte história: "Meu marido foi operado há 6 anos (26 de outubro de 1952) de um tumor renal, cujo exame anátomo-patológico evidenciou tratar-se

* Trabalho apresentado à Semana de Cancerologia, em São Paulo, em 1 à 7 de Dezembro de 1963.

** Chefe de Cirurgia Torácica do Instituto Nacional de Câncer. Docente de Clínica Cirúrgica da Faculdade Nacional de Medicina. Chefe da Seção de Organização e Contrôlo do Serviço Nacional de Câncer.

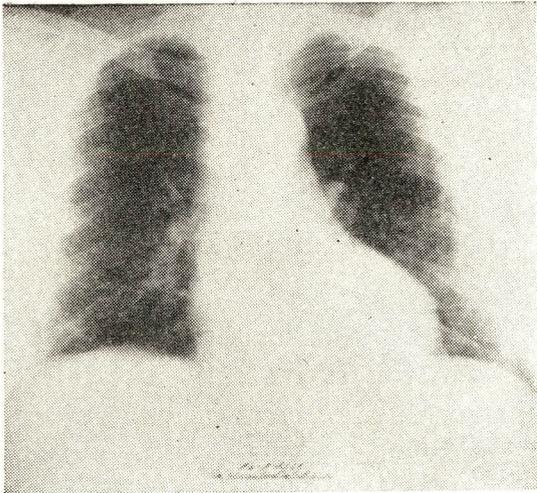


Fig. 1 — Radiografia em P. A., normal, em janeiro de 1958. Tinha sido operado de Hipertrofia em 1952. (13-1-58).

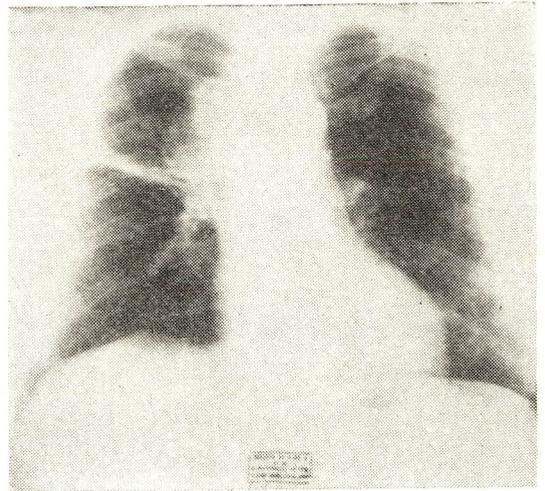


Fig. 2 — Em outubro de 1958, sombra tércio superior hemitorace direito, compatível com metâstase pulmonar. (8-10-58).

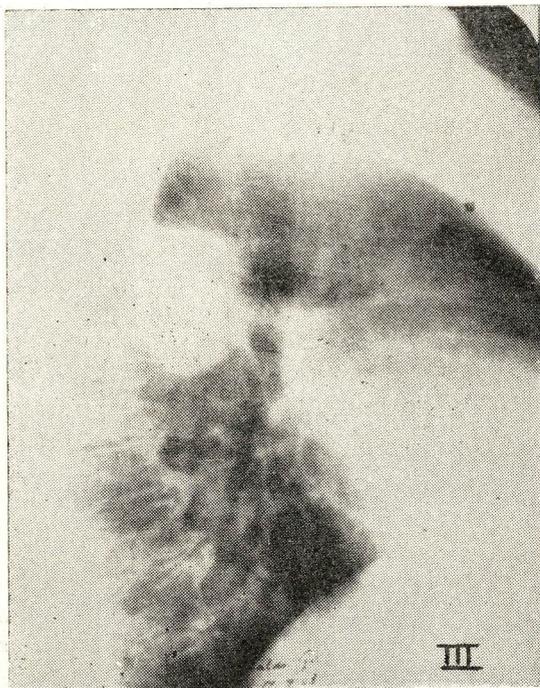


Fig. 3 — Tomografia mostrando tumor tércio superior Pulmâo Direito, Perfil. (17-9-58).



Fig. 4 — Tomografia P. A. mostrando tumor arredondado com faixa de atelectasia segmento lobu superior. (22-9-58).

de um hipernefroma. Naquela ocasião o seu sintoma primeiro e principal era febre, só mais tarde sendo notado aumento de volume discreto do flanco direito. Foi operado com sucesso há 6 anos, pelos seus colegas Drs. Vianna e Coutinho. De dois meses para cá, começou a ter febre e procuramos, antes de mais nada (conselho médico), examinar os campos pulmonares aos raios X. Ficou evidenciada uma sombra, que interpretada como processo pneumônico, evoluiu até ao estado em que vemos pelas radiografias (setembro de 1958). O que é que o Sr. acha?"

Pela história, claro estava que se tratava de uma metástase pulmonar direita, após um período silencioso de cerca de 6 anos. Para corroborar vimos uma radiografia anterior, de janeiro de 1958, normal. O paciente é destes indivíduos que amam a vida e procura, sem temor algum, o tratamento indicado, não titubeando ante os conceitos emitidos pelo seu médico de confiança.

Assim, fui claro com a esposa do Sr. Oswaldo. De tal forma ficara ela impressionada com a firmeza diagnóstica e já conhecendo o meu trabalho no Instituto, onde juntos labutamos, que combinou levá-lo a exame, no consultório. Com a devida aquiescência de seus antigos médicos, traçamos o plano de tratamento.

O *exame clínico* efetuado em meados de setembro de 1958, evidenciou tratar-se de paciente de 58 anos de idade, obeso, porém, sem qualquer anormalidade

para os órgãos e aparelhos. Assim mesmo, solicitei ao Dr. Lourival Perri Chefaly, electro-cardiograma e, à luz dos exames laboratoriais, fôsse feito o "Risco Cirúrgico".

Internou-se em princípio de outubro na Casa de Saúde Santa Maria, onde submeteu-se a rigoroso exame clínico, do que resultou *Risco Cirúrgico Bom*. Os cuidados pré-operatórios constaram de higiene e toilete. Foi instituído o exercício respiratório, fazendo o paciente encher balão de borracha várias vezes no período de uma hora. O internista foi o Dr. Lourival Perri Chefaly.

No dia 8 de outubro, fizemos um último exame radiográfico do tórax, a fim de verificarmos da evolução nesse tempo de preparação. Observamos que o tumor evoluiu com relativa rapidez, tomando agora o aspecto ampulhetiforme, ao mesmo tempo que se notava, também, uma reação interlobar superior-média.

No dia 10 de outubro de 1958, sob anestesia por entubação (indução com o Thionembutal venoso e narcose pelo Protoxido de Azoto e Oxigênio) pelo Dr. Sérgio Teixeira da Silva, sofreu Toracotomia com retirada da 6.^a costela e secção posterior do arco das 5.^a, 4.^a e 7.^a costelas direitas.

Equipe — Operador: Dr. E. Penido Burnier; 1.^o Auxiliar: Dr. Ronald Alonso da Costa; 2.^o Auxiliar: Dr. Morisson Monteiro; Inst. Enferm.: Hermínia A. Pereira. À inspeção endotorácica, observou-se: formação tumerosa do lobu su-

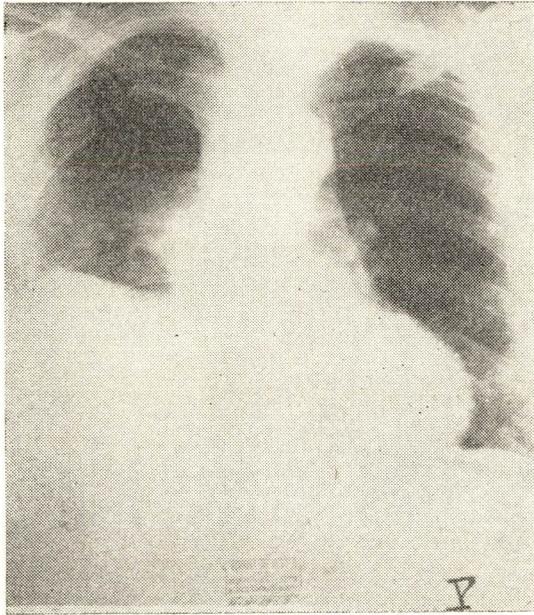


Fig. 5 — Radio post-operatória mostrando:
a) resecção do 7.º arco costal e secção pos-
terior das 5.ª, 6.ª e 8.ª costelas. Elevação da
cúpula frênica à direita. (11-11-58).

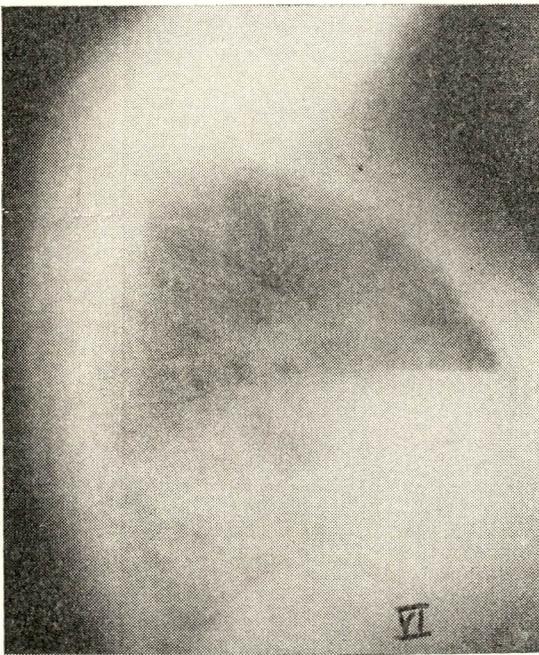


Fig. 6 — Tele perfil mostrando as curvatu-
ras diafragmáticas e aspecto normal do lobu-
residual. (24-10-58).

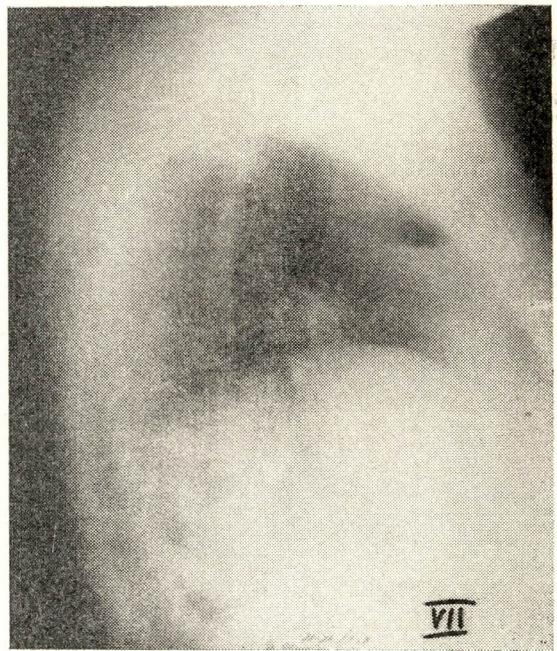


Fig. 7 — Tele perfil, contróle post-operató-
rio. (11-11-58).

perior do pulmão direito que infiltrava também o lobo médio através do sulco interlobar, a este ponto mascarado pelo processo neoplástico. O tumor era de consistência firme e não encontramos nenhuma aderência pleural, nem qualquer nódulo metastático.

1.º tempo — Biópsia per-operatória (congelção): isolamos perfeitamente o campo e com material especial (adrede preparado) praticamos, a bisturi, a retirada de um cilindro de massa tumoral, tendo-se antes incisado o tecido pulmonar supra-jacente. Enquanto encaminhávamos o material ao Laboratorista, Dr. José Maria Barcellos e aguardávamos o seu diagnóstico, praticamos sutura pulmonar o mais hermética possível, protegendo-a ainda com um tampão de gaze. Removemos todo o material utilizado e iniciamos o trabalho de dissecação interlobar médio-inferior.

Diagnóstico anátomo-patológico: metástase pulmonar de Hipernefroma.

2.º tempo — Bi-lobectomia direita, superior e média; com dissociação romba, utilizando-se de um pequeno globo de gaze na ponta de uma pinça, dissociou-se a porção proximal interlobar, pondo-se à mostra e identificando-se os elementos do pedículo (artéria, veias e brônquio lobar) que foram tratados na seqüência enumerada: os pedículos vasculares com dupla ligadura e o brônquio com pontos separados, à medida que era seccionado. Verificação da hemostasia, pleuralização do coto e fixação do lobo inferior restante, com pontos separados

na parte média da cavidade torácica, fazendo-se para tanto, uma pequena rotação em seu pedículo. Toracosíntese, deixando-se dreno no 7.º espaço, ao nível da linha axilar posterior. A aspiração torácica foi iniciada ainda na sala de cirurgia. O paciente suportou muito bem o ato cirúrgico. Mantivemos o cateter nasal, com 8 litros de O² por minuto, por 12 horas.

O post-operatório, cuidados, medicação e supervisão ficaram aos cuidados do Dr. Lourival Perri Chefaly. Nas primeiras 24 horas, deixamos o 2.º Auxiliar permanentemente ao lado do paciente.

A pressão manteve-se dentro das cifras normais, desde os primeiros momentos post-operatórios; somente tomou sangue na sala de operações. Hidratação, vitaminoterapia e antibióticos de 12 em 12 horas foi a sua medicação.

No dia seguinte, levantamos o paciente para radiografia de controle da expansão pulmonar e o alimentamos. No 3.º dia foi retirado o dreno pleural, tendo já, praticamente, se regularizado a curva térmica. Os exercícios respiratórios foram reiniciados desde o dia da operação, tão logo começou a obedecer às ordens dadas.

O paciente desde os primeiros momentos, foi compreensivo e dócil, tendo-lhe valido, este concurso, a recuperação rápida, principalmente no que diz respeito à completa reexpansão do lobo restante, como veremos.

Alta sob vigilância, para a residência, no 11.º dia.

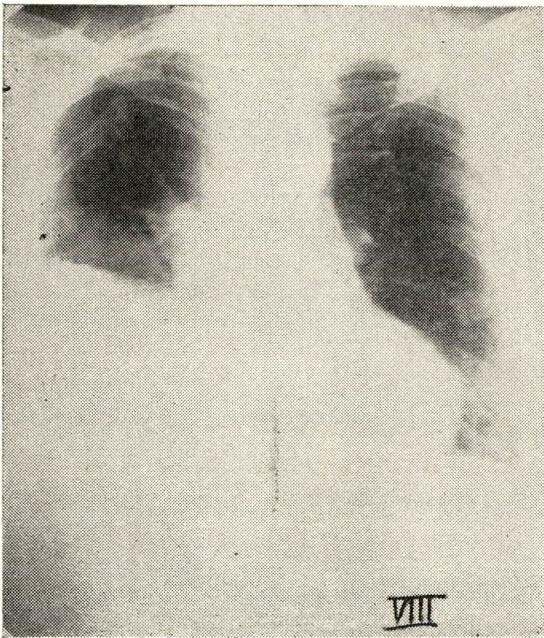


Fig. 8 — Rádío em P. A. mostrando diminuição do campo pulmonar direito (bem re-expandido). Hemitorase esquerdo normal. (5-1-59).

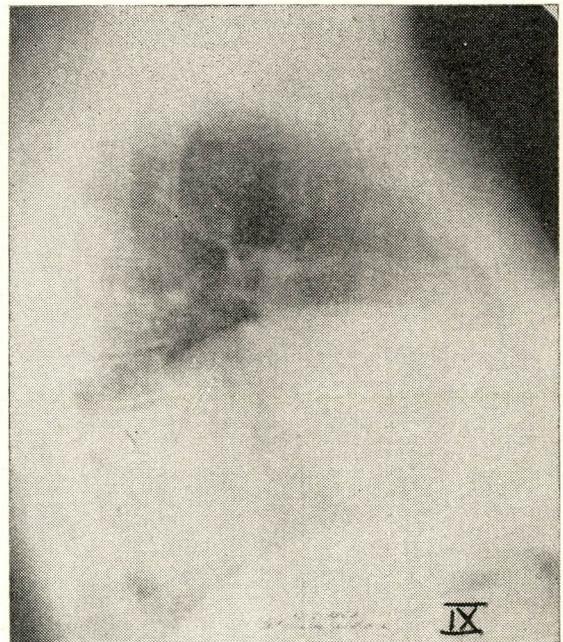


Fig. 9 — Tele perfil, mostrando a re-expansão pulmonar. (13-3-59).

DO HIPERNEFROMA

Desde Grawitz (1883) dá-se o nome de *Hipernefroma* a tumores do rim, volumosos, bem circunscritos, amarelados, gordurosos e muito vascularizados. É freqüente observarem-se nêles, hemorragia, necrose e formações císticas. Muitas vêzes encontramos, fazendo corpo com o tumor, uma faixa de tecido renal são. Originam-se da cortiça supra renal, inclusos no rim, como restos embrionários (Sudeck, Zehbe, Glynn e outros).

Êsses tumores, pelo seu volume, podem desenvolver-se para o lado do abdome (confundindo-se, então, com os tumores abdominais) ou para o flanco, quando, então, é tomado por um tumor renal.

A anatomia patológica da peça cirúrgica, o mais das vêzes, é que identifica o tipo do tumor.

Histológicamente caracterizam-se os hipernefomas (diferenciando-se dos tumores renais) por apresentarem as células que o compõem, um protoplasma espumoso, granular e com muitos depósitos de lipóides. Quanto maior o aspecto granuloso do tumor, maior a sua malignidade. Nos tumores renais as células são claras, semelhantes às vegetais e não apresentam quase nenhuma granulação, enquanto são ricas de lipóides e gordura. As células do hipernefoma são ricas de glicogêneo, ao que alguns autores dão grande importância, como caráter do hipernefoma (Lubarsch).

Dos sintomas que se podem catalogar, o desconforto para o alto abdome ou flanco, com dôres surdas e profundas, vômitos e edema para os membros inferiores, são os mais freqüentes. Costuma-se, nos tumores supra-renais, encontrar sempre a hipotermia, sinal que, para Israel, constitue mesmo um elemento de diagnóstico diferencial entre os hipernefomas e os tumores renais. No entanto, no nosso enfêrmo, a febre sempre foi sinal constante, a ponto de nos guiar na procura de metástase, quando a hipertemia voltou dois anos depois, como veremos adiante. Com a hipertemia, vinham os verdadeiros banhos de sudorese, ao mesmo tempo que sentia um enorme desânimo, seguido de enfraquecimento geral.

Contrôle post-operatório — Foi efetuado um rigoroso contrôle post-operatório, sob a supervisão do Dr. Lourival. Periòdicamente, era praticado o exame radiológico do tórax e assim foi possível acompanhar o desenvolvimento paulatino do lobo residual à direita, conforme amostras das séries efetuadas, em janeiro e março de 1959. Passou bem até meados de julho de 1960, quando começou a ter hipertemia vespertina, com crises de suor e o mesmo enfraquecimento já assinalado. Há pouco tempo havia sofrido um completo exame com o Dr. Lourival e nada de anormal havia sido observado. Foi quando, tendo continuado a sintomatologia, principalmente a hipertemia, insistiu-se numa nova radiografia.

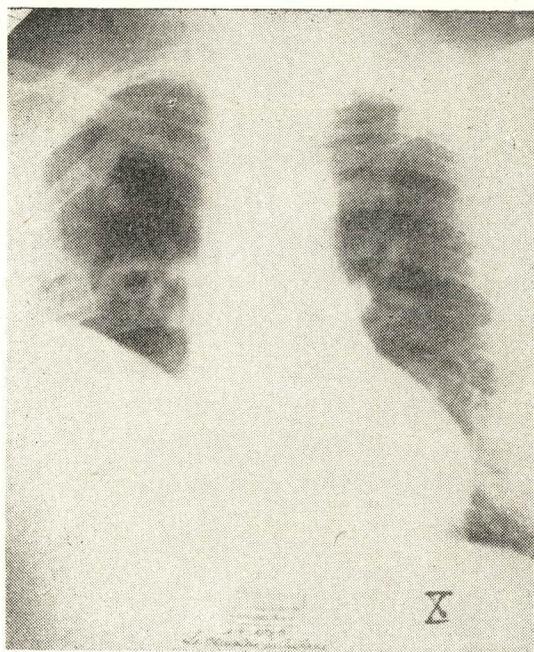


Fig. 10 — Rádío em P. A. mostrando em 2-4-60 o grau de expansão pulmonar do lobu inferior D. restante. Nenhuma alteração para o H. E.

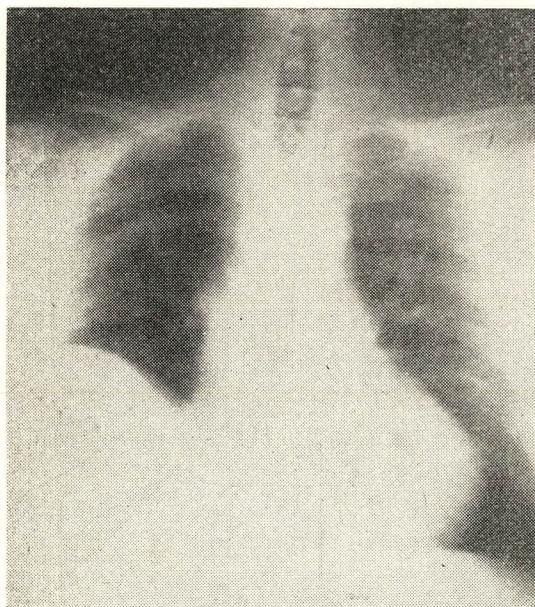


Fig. 11 — Radiografia de contrôle em 15-9-60. Sombra suspeita no H. E. por detraz da sombra cardíaca.

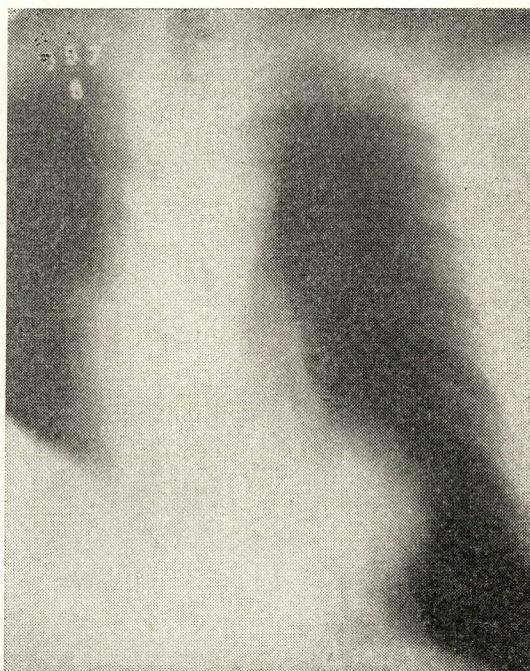


Fig. 12 — Tomografia em 15-9-60. Mostrando claramente a existência de tumor metastático do lobu inferior do Pulmão Esquerdo.

2.º *Metástase Pulmonar* — No consultório do Dr. Evaristo Machado Neto, após o exame da chapa, ainda molhada, percebeu-se por detrás da sombra cardíaca uma sombra. Praticada então a tomografia, ficou evidenciada a presença de uma formação arredondada, de contornos esbaciados, que foi imediatamente admitida como metástase pulmonar esquerda.

Fizemos então uma verdadeira Mesa-Redonda com o Dr. Lourival e ponderamos todos os ângulos do problema que defrontávamos.

Considerações em face da identificação da nova metástase pulmonar

À vista da prova radiológica de 15 de setembro de 1960, primeiro estudamos a possibilidade de nova cirurgia. Apesar da hipertrofia de compensação havida no lobo restante do pulmão direito, a capacidade vital diminuída, tornava de muito mal prognóstico a tentativa de nova redução, no pulmão esquerdo. Assim, resolvemos consultar o Dr. Osolando Machado, Radioterapeuta, da possibilidade de tratamento pelas irradiações. Houve, e não negamos, medo de que o paciente não resistisse à segunda toracotomia. Mas, em vista da resposta do Dr. Osolando, não tivemos outra alternativa. Respondeu-nos: “Só farei o tratamento pelas irradiações se me disserem que não podem remover o tumor pela cirurgia; reconheço que é preciso avaliar bem a capacidade respiratória do

paciente, mas este tipo de tumor só se cura mesmo pela remoção cirúrgica”.

Em vista disso, resolvemos tentar a sorte, tendo-se antes dado a conhecer à esposa do paciente, a gravidade da situação.

O paciente, com o espírito mais confiante, temeroso porém firme, muito nos ajudou na decisão.

O *pré-operatório* igualmente entregue ao Dr. Lourival, consistiu em intensificação dos exercícios respiratórios (por nós orientado), exames de rotina e estudo cuidadoso das chances.

O próprio paciente foi quem escolheu o time operatório, a Casa de Saúde e o anestesista. Em uma palavra, funcionariam quase todos da primeira toracotomia, com exceção do 1.º Auxiliar e da Instrumentadora, que por motivos outros não podiam fazer parte nesse segundo ato.

O paciente internou-se no dia 18 de setembro no Hospital do Samaritano e nessa noite houve uma reunião entre o cirurgião, clínico e anestesista. Combinamos uma ação sinérgica e ficou decidido que se praticaria a traqueotomia a fim de se evitar espaço morto e assim facilitar a hematose, em virtude da reduzida capacidade ventilatória a que deveria ficar o paciente. Também, acertamos que se deveria praticar a menor mutilação do pulmão esquerdo, compatível com o tratamento: pensou-se mesmo em tentar-se a segmentectomia ao invés da lobectomia, naturalmente dependendo do que fôsse encontrado.

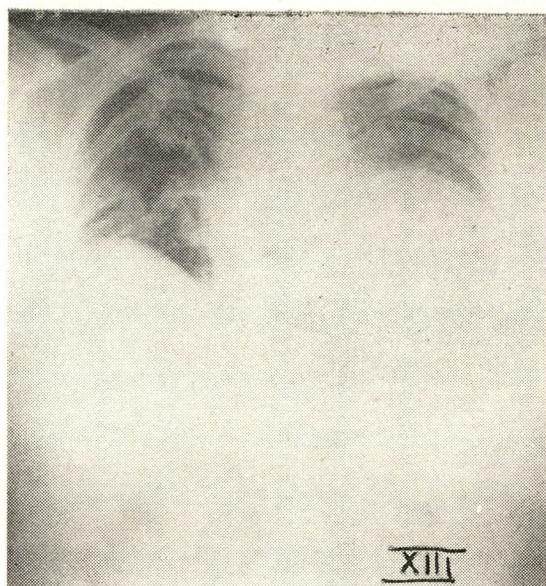


Fig. 13 — Radiografia em P. A., post-operatória em que se nota a redução da área respiratória do H. E. Vê-se a cânula de traqueotomia. Sofreu Lobectomia inf. Esquerda.



Fig. 14 — Em 20-10-60 apresentou este aspecto de pleuriz encistado que a punção evacuou cerca de 60 cc. de serosidade fibrinopurulenta-coleção extra-pleural.

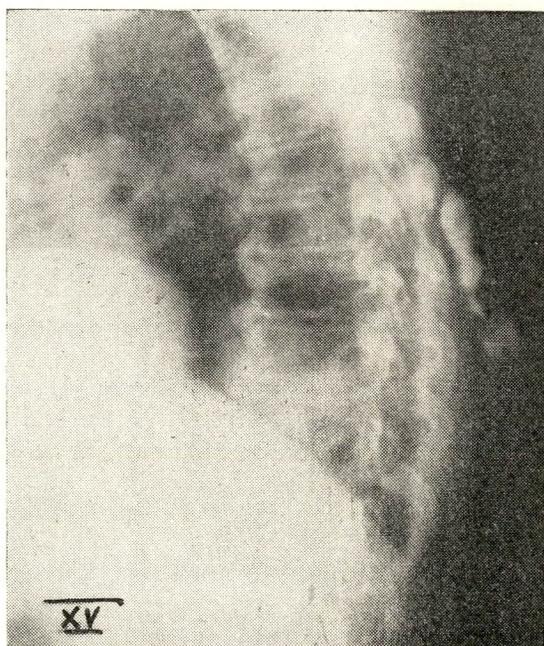


Fig. 15 — Persistiu fistula na linha axilar posterior esquerda, injetada com contraste (lipiodol). Granuloma inflamatório de corpo estranho — Gaze.

No dia 19 de setembro de 1960, sob anestesia por intubação (Dr. Sérgio Teixeira da Silva), sofreu toracotomia ao nível do 7.º espaço intercostal esquerdo. O time compunha-se de: Operador: Dr. E. Penido Burnier; 1.º Auxiliar: Dr. Morisson Monteiro; 2.º Auxiliar: Dr. Fernando Monastereo Virues; Instrumentadora: Enfermeira Josabeth dos Santos.

Durante todo o ato cirúrgico, o Dr. Lourival acompanhava atentamente; a transfusão ficou a cargo do Dr. Gil Moreira Filho.

1.º Tempo — Aberta a cavidade, pela inspeção verificamos a presença de tumor de 6 cm de diâmetro, aproximadamente, localizado no lobo inferior do pulmão esquerdo. Não havia aderências pleurais, nem nódulos sobre o pericárdio e pleura parietal. Como da outra vez, isolamos todo o campo e com material adrede preparado e separado, praticamos a biópsia per-operatória. Sutura estanque da ferida pulmonar, seguida de proteção com gaze esterelizada. Antes de iniciarmos a dissecação do pedículo do lobo inferior, aguardamos, numa esperança última, o resultado anátomo-patológico. Enquanto aguardávamos esse resultado, praticamos manualmente a compressão do brônquio lobar inferior e pedimos a atenção do anestesista para verificar das modificações. Com surpresa, nos informou que não notara qualquer alteração na côr das mucosas, unhas e, muito menos, taquicardia. Ficávamos assim a cavaleiro para, em sendo posi-

tiva a biópsia, continuar, com tranqüilidade, a intervenção.

Resultado anátomo-patológico da biópsia per-operatória: metástase pulmonar de Hipernefroma.

2.º Tempo — Com a confirmação do resultado anátomo-patológico, partimos para a lobectomia inferior esquerda, tendo-se antes verificado, pelo volume e localização, a pouca possibilidade de uma segmentectomia. Ainda mais, por ser uma técnica pouco regrada, em que impera a dissecação romba, com perda de sangue, tanto no ato como no post-operatório, foi preferida a lobectomia à segmentectomia. A repercussão no post-operatório imediato é menor na lobectomia do que na segmentectomia.

Praticamos a dissecação em continuação ao sulco interlobar e fomos, aos poucos, descobrindo e identificando os elementos do pedículo lobar inferior; ligamos primeiro as veias lobares, a seguir a artéria e por último o brônquio lobar inferior, segundo a técnica de colocação dos pontos, à medida que seccionávamos a bisturi. A razão de se praticar primeiro a ligadura venosa e depois a arterial, está no princípio de cancerologia cirúrgica de se obstaculizar tôdas as vias eferentes do tumor, isto é, ligar sempre o elemento que é capaz de conduzir células cancerosas do tumor, liberadas pelas manobras cirúrgicas. Tecnicamente, a fim de se aproveitar o sangue do segmento que vai ser sacrificado, é aconselhável a ligadura primeira da artéria e então, depois, as das veias.

Mas, em cancerologia, a técnica cirúrgica cede lugar ao bom senso e à moderna fisiopatologia.

Retirada a peça, fêz-se cuidadosa revisão da hemostasia e com restos de pleura visceral, praticou-se a pleuralização do côto.

Síntese dos planos da parede torácica, deixando-se drenagem, através o espaço intercostal subjacente, com sonda de Pezzer.

Curativo e imediata aspiração contínua, mesmo na sala de cirurgia.

Consultado o anestesista das condições do paciente, fomos informados de que, até o momento, nada de anormal havia acontecido, mas que só a evolução posterior, poderia confirmar.

3.º Tempo — Recolocamos o paciente em posição de decúbito dorsal e, após os cuidados habituais (antisepsia), praticamos uma traqueotomia clássica, ao nível do espaço crico-tireóideu, por incisão da membrana crico-tireóidea em sentido transversal. Retirada a cânula traqueal, foi introduzida a cânula de Krishaber, imediatamente, e passado o tubo de oxigênio, vindo do aparelho de anestesia, para a boca da cânula. Ao mesmo tempo, praticava-se a aspiração de secreção brônquica. O paciente, a esta altura, já tinha recuperado os movimentos respiratórios próprios.

Mantivemos o paciente sob vigilância, na sala, por mais meia hora, até que a pressão e o ritmo respiratório voltas-

sem completamente. Só então o removemos ao quarto. O oxigênio foi mantido por 48 horas, através sonda, pela cânula de traqueotomia.

Post-operatório imediato — Durante uma hora e meia, o próprio anestesista ficou ao lado do paciente, para socorrê-lo, em qualquer emergência, substituído então pelo 1.º Assistente, que ficou ao lado do paciente por mais 24 horas. Muito contribuiu, também, na vigília, a sua espôsa, pois trata-se de enfermeira das mais capacitadas (na ocasião era a enfermeira chefe do Bloco Cirúrgico, do Instituto Nacional de Câncer). Ao cair da noite, pelas 21 horas, teve uma queda da pressão arterial. A aspiração brônquica e estimulantes prontamente regularizaram a situação. O paciente transpirava pouco. Tomou além de 500 cc de sangue, na Sala, mais 500 cc no post-operatório imediato. Hidratação, vitaminoterapia, antibióticos de 12 em 12 horas, foi, em geral, a sua medicação. O paciente amaneceu cansado, fraco e com alguma dipnéa. Lia-se em seus olhos uma grande preocupação, pelo fato de estar com a cânula de traqueotomia. Foi quando lhe expliquei o porquê da minha decisão e que tal fato não o impedia de falar, bastando, para tanto, que tapasse, com o dedo, o orifício da cânula. Ajudei-o a encontrar o ponto e mantivemos pequena conversação, em que refletia todo o seu temor pelo fato. Garanti-lhe que a medida era, no máximo, por poucos dias, notando, desde logo, um relaxamento geral do enfêrmo. Instei para que

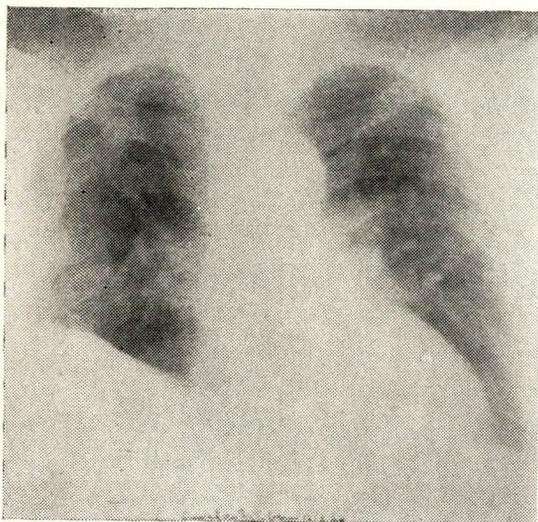


Fig. 16 — Radiografia de controle post-operatório em 12-3-63. Re-expansão total do H. E. pelo lobu superior E. Grande re-expansão do H. D. à custa do lobu inferior restante.

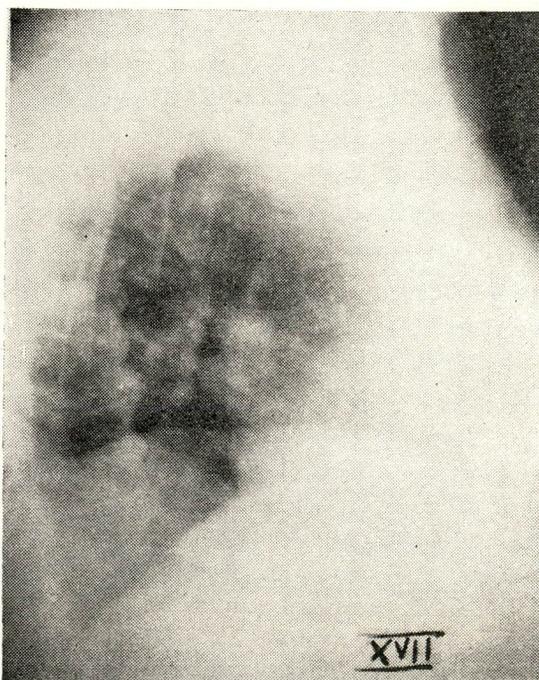


Fig. 17 — Tele de perfil mostrando a pequena diferença das cúpulas frênicas em razão da re-expansão pulmonar.

procurasse respirar calmo e profundamente, tossindo vez por outra, a fim de expelir as mucosidades bronquiais e assim manter livre o trânsito da corrente aérea. Levantei-o, colocando-o na borda do leito. Este fato foi suficiente para convencê-lo de que tudo corria normalmente. Praticamos, no leito, a 1.^a radiografia, tendo-se verificado ventilação pulmonar (naturalmente diminuída) do lado esquerdo.

No 2.^o dia de operado a situação continuou a mesma: paciente muito caído, com sudorese, porém, sentindo menos a dispnéa. Seu semblante, e principalmente o olhar, ainda denotavam certa apreensão. Levantou-se um pouco e suspendemos por 15 minutos o oxigênio. Sentiu-se bem e isto como que lhe deram novo ânimo. Mandei que procurasse tossir e, tapando a cânula com o dedo, procurasse respirar pelas vias naturais, para vêr como se sentia. Respondeu-me êle que o que lhe estava dificultando a respiração era justamente a cânula. Prometi-lhe retirá-la no dia seguinte, mas que até lá procurasse repousar e continuasse a tomar o oxigênio intermitentemente. A medicação foi, mais ou menos, a mesma do dia anterior, tendo iniciado a alimentação oral em pequenas doses, apesar da repugnância natural do paciente. À noite conseguiu conciliar o sono e acordou no outro dia com muito melhor aspecto.

Na visita matinal do 3.^o dia chegou a fazer piadas e cobrou-me a promessa da retirada da cânula. Retiramô-la e aplicamos um curativo mais ou menos oclu-

sivo. Respirava muito bem, queixando-se, apenas, de dispnéa após qualquer esforço. Foi pinçado o dreno pleural e posto sentado o nosso paciente. Alimentou-se com melhor apetite, porém, sempre com pequenas doses. Apenas mantinhamos a anti bioticoterapia e os exercícios respiratórios moderados.

No 4.^o dia, retirada do dreno pleural. Paciente passando muito bem. Daí, até ao dia da alta, seu estado voltou, praticamente, ao normal, tendo ficado reduzido a muito pouco a sudorese, bem como a dispnéa era referida somente após esforços mais violentos.

Retirada dos pontos no 10.^o dia e alta, sob vigilância, no 11.^o dia.

Contrôle radiológico um mês após evidenciou uma formação latero-posterior de densidade firme, com nível líquido, que foi interpretada como um processo pleural encistado ou um hematoma de partes moles que através a parede estivesse fazendo saliência para o interior do tórax. Realmente, obteve-se por punção a saída de regular quantidade de secreção sanguinolenta, tendo desaparecido, radiologicamente, o processo anterior. No local da cicatriz operatória, correspondente à linha axilar posterior, começou a sair uma secreção, a princípio serosa e depois semi-purulenta. Com curativos e antibióticos, conseguiu-se fechamento dêste pertuito por algum tempo.

Mas, como voltasse a drenar no mesmo ponto, em meados de abril ou maio de 1961, pratiquei injeção de contraste

e fizemos uma radiografia, evidenciando apenas um trajeto fistuloso. Passados dois dias, sua esposa comunicou-nos que havia notado no fundo da fístula um fio e que puchando dera saída a um pedaço de gaze. A fístula evoluiu para a cura, mas permanecia um pequenino pertuito, que, periodicamente, reabria e dava saída a secreção amarelada. Em março de 1962, praticamos nova radiografia contrastada e verificamos a presença de uma bôlsa, de regular tamanho, que se dirigia no sentido da articulação costo-vertebral. Como tinha havido o antecedente de saída de um fragmento de gaze, fizemos o diagnóstico de granuloma inflamatório por corpo estranho (gaze). Em meados de abril de 1962, o internamos na Casa de Saúde Santa Maria e, sob anestesia local, praticamos ampla via de acesso ao local, tendo retirado regular quantidade de gaze localizada entre a musculatura pré-vertebral e a articulação costo-vertebral. Após remoção da maior parte, praticamos rigorosa curetagem da região, removendo, assim, os restos, já em desintegração pelo tempo (ano e meio). A cura fôra rápida.

Explicação do fato: os pedaços de gaze fôram deixados, apesar das recomendações. Não é praxe na Clínica de Tórax o emprêgo de gaze como meio hemostático após a desinserção da articulação costo-vertebral. Usamos, sistematicamente, a ponta de uma compressa, que fica, pelo seu tamanho, dependurada na parte posterior, em nada atrapalhando o transcorrer do ato cirúrgico. Nêsse dia da operação fôra usada, ape-

sar de minhas recomendações, e até na ocasião dei ordem para que fôsem retiradas. A explicação não se justifica, mas o incrível acontece e, também, comigo acontecera. Dos males o menor. Sem deixar de responder pela responsabilidade do fato (comandava o barco), deixo aqui duas questões, que até certo ponto amenizarão: 1.º — após a retirada do lobo pulmonar inferior esquerdo e pleuralização, retirei-me do campo para providenciar, pessoalmente, os recursos de drenagem, ao mesmo tempo que aproveitaria para descansar enquanto era praticada a toracosintese uma vez que voltaria ao campo para a complementar traqueotomia; 2.º — Lembro-me bem de ter alertado, pela segunda vez, para que fizessem vistoria a fim de que não deixassem qualquer gaze sob a musculatura pré-vertebral.

Estado atual do paciente: Vive perfeitamente bem, até o momento, sem qualquer sintoma ou sinal suspeito de metástase. São meus amigos e pode-se dizer que sei semanalmente notícias suas. Foi o próprio paciente que, ao telefone, informou-me das datas precisas dos atos operatórios, no momento em que confeccionava o presente trabalho. Sua última radiografia, tirada em 12-3-1963, vem mostrar a fantástica recuperação da capacidade respiratória, a ponto de ser impossível, sem prévio aviso, distinguir ter sido ressecado no hemi-tórax esquerdo. Do lado direito nota-se, ainda, um grau mais ou menos acentuado de elevação da cúpula diafragmática.

A título de curiosidade, relato aqui, que êste paciente, por consentimento meu, viajou de automóvel, do Rio à Pôrto Alegre e voltou, dirigindo êle mesmo o seu Citroen, acompanhado de sua espôsa. E, tão entusiasmado ficou com a viagem que se prontificou e deu-me um pormenorizado esquema da viagem, para que a fizesse também. Êsses gaúchos são bairristas!

Conclusão: Apresentamos um caso com 11 anos de sobrevida após opera-

ção de um hipernefoma direito. Teve metástase pulmonar direita com 6 anos de operado e nova metástase pulmonar, à esquerda, dois anos depois. Sofreu, no espaço de 2 anos, ressecção parcial bilateral dos pulmões. Perdeu $2/3$ do pulmão direito (lobus superior e médio) e $1/2$ do pulmão esquerdo. Ficou, assim, com apenas $1/3$ do pulmão direito e metade do esquerdo. Matematicamente, ficou com menos do que a área de um pulmão.

Demonstração matemática:

$$\text{Perdeu: } 2/3 + 1/2 = 4/6 + 3/6 = 7/6$$

$$\text{Ficou: } 1/3 + 1/2 = 2/6 + 3/6 = 5/6$$

Somando-se o que o paciente perdeu com o que ficou, teremos a representação matemática dos dois pulmões:

$$7/6 + 5/6 = 12/6 = 2.$$

A representação matemática da unidade, numa fração ordinária, tomando-se como denominador o 6, seria $6/6$.

Assim, o paciente perdeu 1 pulmão e mais $1/6$, porque $7/6 = 6/6 + 1/6$ e ficou com menos de um pulmão, porque $5/6 = 6/6 - 1/6$.

Importância da apresentação: Ao que tenha conhecimento, não existe na literatura médica, caso de redução da área pulmonar maior do que a aqui apresentada. Não acreditamos que seja compatível com a vida normal, redução da área pulmonar além da que tivemos a felicidade de apresentar.

Eis porque, às vêzes, um só caso bem documentado é mais rico em ensinamentos do que um volume enorme, mas de pouco interêsse científico.

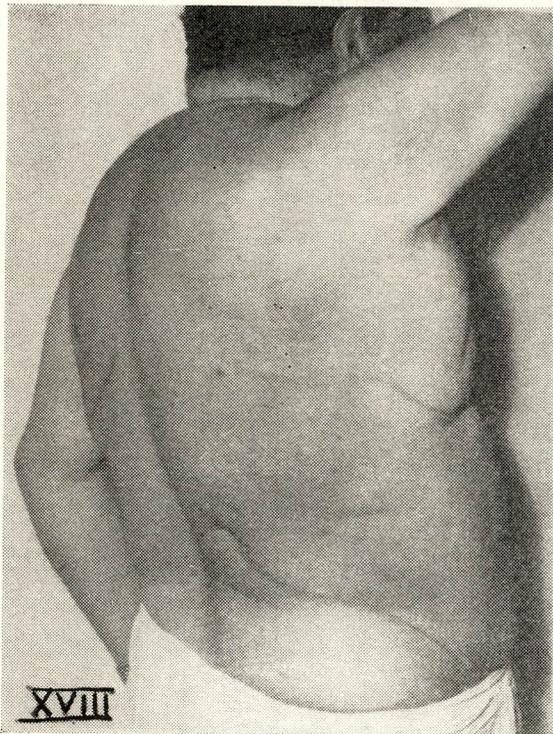


Fig. 18 — Foto do paciente em 6-9-63, mostrando a cicatriz da nefrectomia (1952) e da toracotomia direita (1958) quando sofreu lobectomia superior e média.

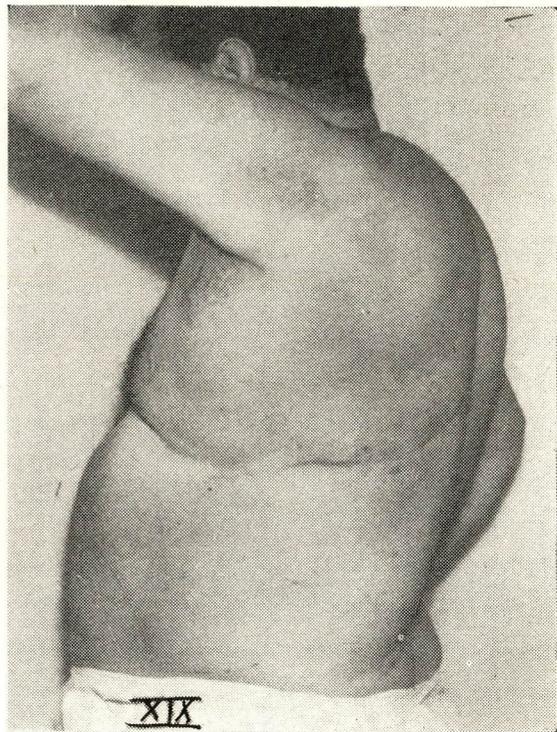


Fig. 19 — Foto do paciente em 6-9-63, mostrando cicatriz do hemi-torace Esquerdo, da toracotomia, para lobectomia inferior Esquerda.

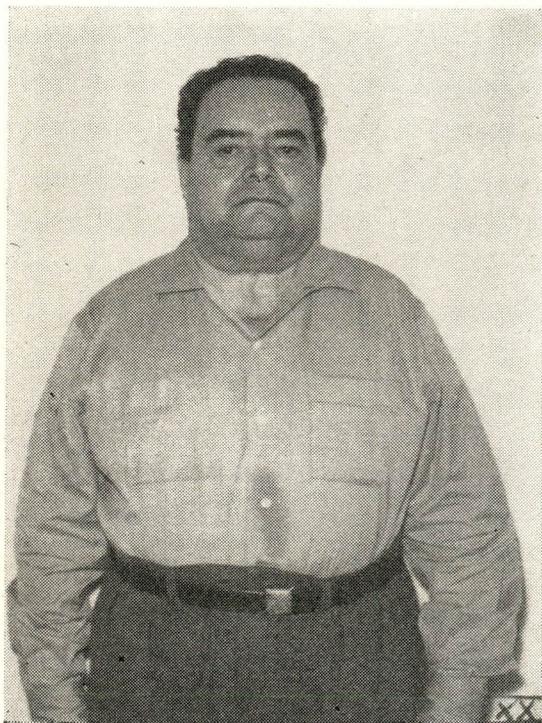


Fig. 20 — Foto do paciente, mostrando o bom aspecto do mesmo. Não foi colocada venda, por própria solicitação; deseja que os amigos o reconheçam a fim de saberem que em nossa terra o ca. já tem cura.

RESUMO

O A. estudou, pormenorizadamente, lance por lance, o desenrolar de um caso clínico de metástase pulmonar bi-lateral post nefrectomia por Hipernefroma, há 11 anos.

A primeira metástase, no pulmão direito, foi tratada pela lobectomia superior e média, 6 anos depois. Nova metástase, 8 anos após a nefrectomia (2 anos depois da metástase pulmonar direita), no pulmão esquerdo, tendo sido praticada a lobectomia inferior. Ao todo, foram ressecados: 2/3 do pulmão direito e 1/2 do pulmão esquerdo. Paciente em ótimas condições, sem qualquer sintoma.

SUMMARY

The A. study, step by step, the development of one clinic case of bilateral pulmonary metastatic after nephrectomy by hypernephroma, cured 11 years ago.

The first metastasis, in the right lung, was treated by middle and superior lobectomy, 6 years after.

One new metastasis, 8 years after nephrectomy (two years after right pulmonary metastasis) on the left lung, was made then inferior lobectomy. At last were removed 2/3 from the right lung and 1/2 of the left lung. The patient is in the best conditions, without clinic symptomatology.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — LEGUEU, F. — Tratado Médico-Quirúrgico de las Vias Urinarias: IV — 235, 243, 1927.
- 2 — JEANBRAU, E. — Pathologie Chirurgicale de Bégouin P., Papin F. F; 363. 1937.
- 3 — REGATO, J., ACKERMAN, L. — Cancer, XI, 686-687. 1951.
- 4 — CHRISTMANN, F., OTTOLENGHI C., RAFFC, J. M., GROLMAN, G. — Técnica Quirúrgica, XXXVI, V, 145-154.
- 5 — EWING JAMES — Oncologia, Tumores renales del tejido suprarrenal. Hipernefroma. 860-872. 1948.
- 6 — TESTUT, L., LATARJET, A. — Anatomie Humaine T: III. Aparato de la Respiracion. 899-1.041. 1940.
- 7 — ALBARRÁN, J., IMBERT, L. — Les Tumeurs du rein. Paris. 1903. Masson.
- 8 — BARNEY, J. D. y CHURCHILL, E. J. — Adenocarcinoma of the Kidney with Metastasis to the Lung Cured by nephrectomy and Lobectomy. J. Urol. 42: 269-276. 1939.
- 9 — BEER E. — Some Aspects of Malignant Tumors of the Kidney. Surg. Gynec. & Obst. 65: 433-446, 1937.
- 10 — BELL, E. T. — Classification of Renal Tumors With Observations on Frequency of Various Types, J. Urol. 39: 238-243, 1938.
- 11 — FORSYTHE, W. E. — Bilateral Hypernephroma: Report of a Case, J. Urol. 47: 784-786, 1942.
- 21 — GOTTESMAN, J. M., PERLA D. y ELSON J. — Pathogenesis of Hypernephroma. Arch. Surg. 24: 722. 1931.
- 13 — JUDD, E. S. y HAND, J. R. — Hypernephroma. J. Urol. 22: 10-21. 1929.
- 14 — SCHILLER, W. — Histogenesis of the So-Called Grawith Tumor, Arch. Path. 33: 879-904, 1942.
- 15 — SCHOLL, A. J. — A. Review of Urulogic Surgery. Arch. Surg. 50: 104-124. 1945.
- 16 — WHARTON, L. R. — Hypernephromas — That are too early to diagnose; J. Urol. 42: 713-719. 1939.
- 17 — GUERTZENSSTEIN, E. — A Técnica das Ressecções Pulmonares. 1959.