

## CANCER BRONQUIOGÊNICO

(Considerações gerais e Análise de Dois Casos)

ANNELISE STRAUSS

(Quintanista)

O cancer bronquiogênico é relativamente frequente. No último decênio um número de casos cada vês maior tem sido diagnosticado. No Cleveland City Hospital, em 10 anos, houve 100 casos autopsiados de cancer bronquiogênico, constituindo 1,3% do total das autopsias feitas e 9,4% dos casos de tumores malignos necropsiados naquela instituição. O pulmão é uma das vísceras que, maior frequência, apresenta um tumor maligno, sendo mais atacado o direito que o esquerdo.

O cancer bronquiogênico afeta mais comumente os indivíduos do sexo masculino que os do sexo feminino, entre os 40 e os 60 anos de idade. São, porém, conhecidos, na literatura, casos de indivíduos apenas com 21 anos e outros com mais de 70.

Paralelamente a frequência cada vês maior do cancer bronquiogênico tem aumentado o interesse pelo seu estudo.

Apresentamos, a seguir, algumas considerações sobre o cancer bronquiogênico focalizando a sua etiologia, os seus tipos, a sua gênese, e fazendo algumas apreciações sobre os vários tipos, o quadro clínico, os meios de diagnóstico, o tratamento e o prognóstico. Documentamos estas considerações com as observações de 2 casos de cancer bronquiogênico que acompanhamos no nosso estagio sob a orientação do Dr. Luiz Décourt, na 3.<sup>o</sup> Clínica Médica (Serviço do Prof. Rubião Meira) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

*ETIOLOGIA:* É desconhecida, como a de todos os tumores. A inalação de substâncias irritantes parece ter algum papel, embora não se saiba, ainda, com certeza, quais são estas substâncias.

*TIPOS:* É grande o pleomorfismo macro e microscópico do cancer do pulmão. Macroscopicamente, há três variedades a considerar:

1) O cancer bronquiogênico sob a forma de uma *tumoração* branco-acinzentada, consistente, na região do hilo pulmonar, podendo ou não fazer saliência na luz bronquial, e, portanto, obstruindo-a parcial ou totalmente. Outras vês, apenas consiste em um espessamento fibroso, esbranquiçado, da parede brônquica que toma um aspecto rugosa e áspero.

2) O tipo *miliar*, com nódulos pequenos e múltiplos, disseminados em todo o pulmão.

3) O tipo *difuso*, que invade o pulmão difusamente.

Microscópicamente, também, podemos considerar 3 aspectos fundamentais, em relação á morfologia das células tumorais.

1) Pode o tumor ser constituído por células *indiferenciadas*, pequenas, com núcleo hipercrômico, citoplasma escasso, limites celulares pouco nítidos; a forma das células é arredondada, ou oval, sendo, neste último caso, chamadas "oat cells".

2) Outras vês, as células tumorais apresentam um maior ou menor grau de diferenciação, possuindo já os característicos de *células epiteliais*: são de forma achatada, (planocelular), têm núcleo vesiculoso e limites celulares nítidos.

3) Um 3.º tipo, de células tumorais, também diferenciado, é o de forma *cúbica* ou *cilíndrica*.

O arranjo das células tumorais depende do seu tipo morfológico. Sendo indiferenciadas, as células tendem a se agrupar em ninhos compactos ou frouxos, separados entre si por feixes de tecido conjuntivo denso. No tipo planocelular, as células neoplásicas podem formar um aglomerado difuso ou se agrupar em cordões, contendo ou não pérolas no seu centro, segundo seu maior ou menor grau de diferenciação. As células cúbicas e cilíndricas, por sua vês, tendem a revestir os espaços glandulares e os alvéolos, dando origem ao tipo adenocarcinomatoso, ou se agrupar num arranjo medular, compacto.

Num mesmo tumor podem ser encontradas, lado a lado, células de morfologia e arranjo celular diferentes. O estroma varia em quantidade, podendo ser muito escasso ou bastante abundante. Não foi demonstrada a presença de retículo nos tumores bronquiogênicos do pulmão; portanto, trata-se de um carcinoma e não de um sarcoma, como se admitia antigamente, em face de certos crescimentos neoplásicos constituídos por células indiferenciadas.

*GÊNESE*: O ponto de origem das células tumorais é ainda discutido. Segundo Ewing, as células tumorais do pulmão originam-se, 1) das células basais da mucosa brônquica, 2) das células das glândulas mucosas dos brônquios, ou 3) das células alveolares. Há partidários que só admitem como células de origem um dos tipos

admitidos por Ewing. Em resumo, o carcinoma primário do pulmão invariavelmente é de origem brônquica, pois, tanto as células basais como as das glândulas mucosas dos bronquios e, ainda, as células alveolares, todos têm a mesma origem embrionária.

*APRECIACÃO GERAL SÔBRE OS VÁRIOS TIPOS:* O cancer das pequenas células *indiferenciadas* origina-se mais frequentemente no hilo pulmonar e nas suas proximidades, circundando o brônquio principal, que se apresenta com estenose pela compressão ou pela infiltração difusa que pode atingir a traqueia. Às véses, a mucosa infiltrada se ulcera, havendo então ampliação da luz anteriormente ocluída em maior ou menor grau. O crescimento tumoral se estende ao hilo, ao perenquima em redor e ao mediastino, podendo haver invasão e trombose da veia cava superior, deslocamento e comprometimento da traqueia, do esofago, etc. O cancer de células indiferenciadas tende a dar metastases muito numerosas e precoces que podem atingir órgãos distantes. A disseminação se dá principalmente por via linfática, perivascular e peribrônquica, atingindo, segundo a ordem de frequência, o fígado, a glândula suprarrenal, o pâncreas, e encéfalo, o esqueleto, o baço, etc. Os gânglios linfáticos invadidos são numerosos e distribuídos por todo corpo, podendo-se encontrar metastases nos gânglios cervicais, axilares, submaxilares, mediastinais, abdominais e inguinais.

O cancer *planocelular* geralmente se localiza distalmente a bifurcação do brônquio principal, em relação com os brônquios menores. O seu crescimento se dá em direção ao hilo do lado proximal, e, do distal, em direção á pleura. Este tipo de cancer é de caracter predominantemente infiltrativo, dando relativamente poucas metastases, que aparecem tardiamente. Geralmente só há invasão dos gânglios regionais.

O cancer de células *cúbicas* e *cilíndricas*, do tipo adenocarcinomatoso, também tem o seu ponto de origem em relação com os brônquios menores. Extende-se ao hilo e ao mediastino, podendo invadir os gânglios traque-brônquicos, o pericárdio, a parede auricular, a aorta, o nervo laringeo inferior, o nervo frênico, a pleura, etc. O adenocarcinoma dá origem a metástases que caminham predominantemente por via sanguínea, atingindo órgãos mais afastados do corpo.

*QUADRO CLÍNICO:* O diagnóstico de cancer bronquiogênico nem sempre é fácil, pois não há sinal ou sintoma patognômico. Os dados obtidos pela anamnese e pelo exame físico variam com a *localização* e a extensão do tumor com as *complicações* surgidas no decorrer do seu desenvolvimento. Com o aperfeiçoamento e o uso mais habitual da radiologia e da broncoscopia o diagnóstico do

cancer bronquiogênico se tornou mais fácil e mais frequente na clínica. Vejamos a sintomatologia mais comum.

Pela *anamnese* se observa que a queixa mais frequente e mais precoce é a *tosse*, que pode ser seca, persistente, ou coqueluchoide. E' devido a irritação da mucosa brônquica pelo crescimento tumoral. A tosse é acompanhada de *escarro* muco-purulento, quando no local da estenose brônquica existe um processo de bronquite intensa, o que se dá com frequência. Quando o crescimento tumoral é suficientemente grande para obstruir a luz brônquica, observa-se um acúmulo de secreção na porção distal do brônquio. Ela pode se infectar secundariamente, dando origem a um escarro purulento, fétido ou não, de acôrdo com a natureza anaeróbia ou aeróbia, respectivamente, dos germes de contaminação. A infecção secundária é acompanhada por *febre* e *calafrios*. O escarro pode ainda ser *hemoptoico*, quando há ulceração da parede brônquica e dos vasos sanguíneos nela contidos.

Outro sintoma frequente é a *dispneia*, devido á diminuição do campo de hematose, a) pela obstrução de um brônquio e a atelectasia na região arejada por este, b) ou pelo derrame pleural decorrente do comprometimento da pleura.

A *dôr* é outro sintoma comum; resulta de compressão nos nervos da região. Uma dôr severa geralmente indica que a lesão atingiu a mediastino, a parede torácica ou a pleura. Quando o cancer se origina no ápica pulmonar, o primeiro sintoma é a dôr na região da cintura escapular devido ao comprometimento precoce do plexo braquial.

Quando há comprometimento do mediastino, os sintomas encontrados são: *disfagia*, por compressão do esofago, *cornagem* e *tiragem* por compressão da traqueia, *rouquidão* e *voz bitonal* por lesão do nervo laringeo inferior, *estse venosa*, cianose e edema no território irrigado pela veia cava superior, quando esta se acha comprimida ou contém um trombo. Geralmente há uma moderada *perda de peso*.

*Exame físicos* Inicialmente o tumor intrabrônquico pode não dar sinal algum. Quando chega a obstruir um brônquio, acarretando uma atelectasia, vamos observar os sinais desta; assim uma diminuição das vibrações torácicas, da sonoridade pulmonar e o silêncio respiratório. Os movimentos respiratórios estão diminuídos e retardados no lado afectado em relação ao lado são. A palpação ainda encontra gânglios tumefeitos, duros, imóveis quando existem metástases. Havendo lesão do nervo frênico, a inspeção revela imobilidade da base correspondente, ascensão e paralisia da hemicúpula dia

fragmática e ausência do fenómeno de Litten. A retenção de secreção brônquica pode dar origem a estertores grossos.

Quando as metástases se localizam em órgãos extrapulmonares, os sinais patológicos encontrados dependem naturalmente do órgão lesado. Sendo as metástases localizadas no fígado, podem dar origem a um quadro de obstrução porta; quando na glândula suparenal, podem originar um quadro parecido com a moléstia de Addison; quando no coração podem provocar a fibrilação auricular, e assim por diante.

### MEIOS DE DIAGNÓSTICO:

Considerando os meios acessíveis de diagnósticos citaremos os principais.

1) O *exame radiológico* é um dos meios mais importantes. Na Mayo Clinic os radiologistas firmaram o diagnóstico do pulmão em 73% dos casos, baseando-se apenas nos dados radiológicos. Há três aspectos a considerar: 1) Às vêzes o tumor dá uma sombra radiológica distinta e predominante. 2) Em outras, o achado radiológico predominante é devido a uma das manifestações secundárias, como, por exemplo, uma área de atelectasia, que é representada na radiografia por uma sombra homogênea, de intensidade variável conforme o grau da estenose. Sua extensão depende do calibre do brônquio obstruído, podendo tomar uma pequena área de limites irregulares, um lobo ou um pulmão inteiro. 3) Em alguns os achados radiológicos predominantes decorrem de certas complicações, tais como bronquiectasias, abscessos, derrames pleurais.

Os exames radiológicos feitos periodicamente, revelam a evolução do processo. Assim, pode-se notar um aumento progressivo da densidade e da extensão da zona de atelectasia.

2) A *broncoscopia* é outro meio importante de diagnóstico. O cancer do pulmão varia no seu aspecto. Ora, pode-se encontrar uma pequena lesão infiltrativa, que dá á superfície da mucosa brônquica um aspecto rugoso, espessado, de côr branco-acinzentada. Ora, um tumor mais ou menos volumoso, que sangra com facilidade, faz saliência na luz brônquica. E' sempre aconselhável uma biópsia da mucosa brônquica, para o exame microscópico do material.

3) A *biópsia* dos gânglios intra e extratorácicos informa sôbre o tipo e o modo de disseminação do cancer.

4) A *broncografia* demonstra defeitos de penetração do contraste, indicando uma estenose total ou parcial dos brônquios.

5) O exame microscópico do *escarro* pode revelar células cancerígenas.

6) A punção do *derrame pleural* é outro meio. O caracter hemorrágico do líquido pleural e o achado de células tumorais em organização tissular sugerem o diagnóstico de cancer do pulmão. A morfologia citológica raramente dá um diagnóstico positivo, pois as células neoplásicas num meio fluido podem ser parecidas com as do sangue.

7) A *toracotomia exploradora* tende a ser empregada cada vez mais frequentemente em casos suspeitos, porém não confirmados por um exame microscópico do tecido de lesão.

**TRATAMENTO:** A roentgenterapia, quando aplicada com cuidado e por um técnico competente pode em alguns casos, fazer parar ou regredir o processo neoplásico. A opinião predominante, porém, é que a terapeutica cirúrgica tende a dar resultados melhores do que qualquer outra forma de tratamento. Segue-se aqui o princípio fundamental que rege toda a cirurgia dos carcinomas, que faz imperativa e extirpação radical da área acometida e dos gânglios regionais. É essencial um diagnóstico precoce, pois, como se compreende, só num estado muito inicial, antes da formação de metastases, a intervenção cirúrgica é capaz de salvar o doente.

**PROGNÓSTICO:** É geralmente desfavorável o prognóstico, sendo a sobrevida do doente de poucos meses. O único recurso terapeutico útil, atualmente, é a cirurgia, porém só nas formas circunscritas e precoces. Portanto, o prognóstico clínico varia segundo o tipo, a topografia e o crescimento do tumor. Assim, Colemann e Neuhof fizeram a seguinte classificação:

#### **Cancer broncopulmonar:**

**circunscrito:** a) **Parenquimatoso** — crescimento expansivo em pleno parenquima pulmonar. Invasão ganglionar rara. Tratamento cirúrgico possível.

b) **periférico** — origina-se nos médios e pequenos brônquios atingindo rapidamente a periferia pulmonar, as costelas, o diafragma, por propagação direta. Metastases ganglionares raras e tardias. Etripação cirúrgica possível, porém com menos êxito, que em (a).

**infiltravel;** constituindo 3/4 do total dos casos de tumores do pulmão. Crescimento infiltrativo em direção ao hilo. Metastases ganglionares precoces. Extirpação cirúrgica raramente possível.

Para que o prognóstico se torne mais favorável, é absolutamente necessário um diagnóstico muito precoce e o aperfeiçoamento do tratamento clínico e cirúrgico. Outro fator que contribue para uma evolução mais favorável é a profilaxia e o tratamento quimioterápico das infecções que podem surgir durante a evolução do processo. A

toracotomia exploradora em doentes suspeitos de cancer bronquiogênico, nos quais não foi possível a confirmação do diagnóstico por outros meios, pode constituir um excelente meio de diagnóstico precoce, e, portanto, tende a ser indicado com frequência cada vez maior. Na Mayo Clinic, a sobrevivência após uma pneumonectomia é tão boa como após a resecção do cancer do estomago. Atualmente, entre nós, também as estatísticas revelam cifras animadoras, oriundas de várias cirurgias, do modo que as possibilidades de vidas vão se estendendo. O doente a ser submetido a uma intervenção cirúrgica deve estar em boas condições de saúde e com o pulmão do lado oposto e o coração íntegros.

### OBSERVAÇÃO N.º 1

M.H.L., 45 anos, preta, do sexo feminino, viuva, doméstica, brasileira, procedência: Garça. Data de entrada: 3 de Março, 1945. Data de Falecimento; 5 de Abril, 1945.

**Q. e D:** Tosse com expectoração, dores no torax, fraqueza, tonturas e peso nas pernas há 7 meses.

**H.P.M.A.:** Há 7 meses atrás sentiu dor ao nível da clavícula direita que logo passou para a face lateral do hemitorax direito. Ao mesmo tempo teve tosse, acompanhada de expectoração branca e espumosa. Escarrava menos de meio copo por dia. Nega expectoração cor de tijolo. Sentia o corpo quente, mas não suava. Surgiram também tonturas, fraqueza, perda de apetite e dor de cabeça, principalmente á direita. Recolheu-se ao leito.

Compara a dor do hemitorax ao puxamento da costela para fora.

Desde o início notou que não podia se deitar do lado esquerdo, pois, aumentava a tosse.

Ficou assim tres dias; recorreu então a um médico. Tomou remédios que especifica. Sentiu melhoras, desaparecendo a dor no hemitorax. Persistiram a fraqueza, tonturas, dor de cabeça e a tosse com expectoração branca, espumosa. Continuou ainda em tratamento com o médico no ambulatório da Santa Casa de Garça.

Ao fim de 3 meses de doença aumentaram a fraqueza e as tonturas; continuava com tosse e expectoração, surgindo, aos poucos, peso e moleza nas pernas. Foi aconselhada por seu patrão a vir internar-se na Santa Casa de S. Paulo, o que fez há 2 meses atrás, após 5 meses de doença.

Melhorou pouco na Sta. Casa. Tomava injeções na veia e no músculo. Não melhorou a tosse. Continuava com a fraqueza, tonturas e o cansaço das pernas. Foi feita uma punção pleural a direita, saindo quasi um litro de líquido amarelo. Fez outra punção tempos após, nada tendo saído. Teve, durante a internação um tumor na mama D. indolor, tendo sido feita a abertura. Saiu púls amarelado.

Foi submetida a uma biopsia de uma tumoração, do tamanho de uma noz dura e móvel, na porção inferior da face lateral esquerda do pescoço. Diz ter aparecido a tumoração durante a internação na Sta. Casa. Nesse mesmo tempo iniciou-se a estase venosa.

Há 15 dias atrás começou a ter escarro avermelhado e com porções pretas.

Devido ao fechamento da enfermaria na Sta. Casa, como não estivesse bôa, foi transferida para este Hospital, dando entrada nesta Enfermaria em 3 de Março, 1945.

Entrou com tosse, expectoração avermelhada, fraqueza e peso nas pernas, fraqueza geral, dôr de cabeça do lado direito, sem dôres no hemitorax.

Diz têr emagrecido 3 kg. durante a internação na Sta. Casa, emagrecceu desde o início da doença, mas não refere quanto.

### I. S. V. A

**Cabeça:** Cafaléia a dir., quasi diaria. Tonturas durante o dia todo, desde que ficou doente.

**Olhos:** nada digno de nota.

**Ouvidos:** Raras vezes zoadas no ouvido esq.

**Nariz:** nada digno de nota.

**Garganta:** Ficou com a voz fraca e com ligeira rouquidão.

**Cardio-respiratório:** Dôres no hemitorax dir. Tosse, escarro e fraqueza.

**Genito-Urinário:** Diminuição da quantidade de urina. Nega dôr a micção ou alteração da côr. Teve a última menstruação há sete meses atrás quando caiu doente. As menstruações já vinham sendo escassas (diminuição da quantidade e aumento de intervalo). Surgiu corrimento amarelo e com mau cheiro.

**Gastro-intestinal:** Anorexia. Tem tido náuseas e eliminação de água doce (sic) após as refeições. Sente dores retroesternais durante a deglutição.

Surtos diarreicos intercalados com outros de constipação (2 dias),

**Neuro-muscular:** Diminuição da força muscular.

**Antecedentes Pessoais:** Sempre foi forte. Sempre morou em casa de barro, iluminada por lampada de querosene, que fazia bastante fumaça. Alimentação variada, bebia água de fonte e de poço. Sono: bom. Bebia bastante café. Não tomava chá nem álcool. Peso atual: 41 kg. Peso anterior: 46 kg. (?). Moléstias anteriores: sarampo, catapora, cachumbo, tosse comprida. Já teve várias vezes dôr em faixa no epigástrico acompanhada de vomito de côr clara, líquido, sem sabor especial. Nega moléstias do ap. respiratório anteriores a esta.

**Antecedentes hereditários e familiares:**

Nega moléstia idêntica á sua na familia. Teve 2 abortos de 6 meses, 5 filhos, dos quais 4 faleceram por causa variada.

**Exame Físico Geral:**

Indivíduo longilíneo, pesando 39 kg., aparentado a idade que diz têr. Pelo seca, quente, com a elasticidade diminuída, formando pregas que desaparecem lentamente. Pelos com distribuição própria para o sexo. Unhas de conformação regular. Mucosas visíveis descoradas. Tela subcutânea escassa. Musculatura flácida e de tonus diminuído. Constituição esquelética bôa. Tibialgia e esternalgia ausentes.

Veias visíveis e salientes nos membros superiores. Veias do pescoço visíveis, salientes. No abdomen há duas veias longitudinais salientes e sinuosas, que vão do torax ás regiões inguino-abdominais, passando lateralmente ao umbigo. Sentido da corrente: crâneo-caudal.

**Sistema linfo-ganglionar:** Gânglios mastoideos, cervicais, supraclaviculares, axilares, epitrocleanos e inguinais não palpáveis. Gânglios submaxilares palpáveis, vários, duros, móveis e indolores.

Fáceis não característico. Decúbito ativo preferencial: lateral, dir. Psiquismo sem alterações. Estado geral desnutrido e desidratado.

Pulso: 92/min. Respiração: 28/min. Temp. 36,°2.

## CABEÇA

### Exame Físico Especial:

Crânio nada de particular. Olhos: pterígio interno e externo bilateral, arco senil presente, conjuntiva palpebral descorada. Nariz, ouvido, seios da face e mastóide sem nada digno de nota. Boca nada de particular. Dentes: numerosas falhas, raízes infectadas. Língua com saburra. Gengiva, amígdalas e faringe sem nada digno de nota.

## PESCOÇO

Pescoço cilíndrico, alargado na base, simétrico. Tireoide aumentada de volume, palpando-se o istmo e ambos os lobos laterais, que se apresentam com granulações do tamanho de uma azeitona. Relevos musculares dos mm. esterno-cleido-mastoideos visíveis. Não há pulsações visíveis. Grande estase dos vasos venosos do pescoço, mesmo em posição sentada.

Aorta palpável na furcula. Sinais de Oliver e Cardarelli ausentes. Fenômeno hepato-jugular ausente. Presença de uma cicatriz linear de 4 cm. de comprimento na parte inferior da face lateral do músculo esterno-cleido-mastoideo esq., acompanhando o sentido de seu comprimento.

## TORAX

### Ap. Respiratório: Inspeção estática:

Face anterior: ombro dir. mais elevado que o esq. Fossas supra e infraclaviculares dir. mais escavadas que a esq. Clavícula esq. mais saliente que a dir. Junto à extremidade esternal da clavícula esq., logo abaixo, há uma depressão do 1.º espaço intercostal. Ang. de Louis saliente, ang. de Charpy menor que 90°. Espaços intercostais planos.

Face posterior: O feixe dir. do trapézio apresenta sua margem livre acima daquele do lado esq. Ombro dir. mais elevado que o esq. Fossas supraespinhosas planas. Fossas infraespinhosas escavadas, mais a dir. Espaço interescapulo-vertebral plano a esq., e maior e mais abaulado a dir. Coluna vertebral: escoliose dorsal de concavidade dir. Base dir. grandemente abaulada. Espaços intercostais não visíveis.

### Inspeção dinâmica:

Tipo respiratório costal sup., com 24 movimentos por minuto, rítmicos e amplos. Expansão mínima da base e apice dir. Sinal de Lemos Torres presente a dir. (1.º grau). Não há dispnéa, tiragem ou cornagem.

### Palpação:

Quanto à expansão, confirma os dados da inspeção. Amplexação: maior resistência a dir. Dôr à palpação na face lateral dir.

Fremito tóraco-vocal:

F. P.	F. L.	F. A.
E   D	E   D	D   E
2   2	2   1	3   1
3   4	3   0	
4   0		

### Percussão:

Hemitorax esq.: som claro pulmonar. Hemitorax dir.: submassicês a partir de 3 dedos acima do ângulo inferior do omopolata dir. e massicês a partir do ângulo. Clavícula dir. com som mais escuro que a esq. Face anterior e lateral dir. com som mais escuro que a esq.

**Ausulta:** Murmúrio vesicular diminuído a dir. e ausente a partir do angulo inferior do omoplata. Não há ruidos anormais. Pectorilóquia fônica: Nos apices mais intensa a dir., e nas bases o inverso é que se verifica.

**Ap. Circulatório:**

**Coração: Inspeção:** Choque da ponta visível, de pouca intensidade, no 6.º intercosta esq., 2 dedos para fora da linha hemiclavicular, rítmico, pouco amplo, localizado. Há retrações sincronicas, ligeiras, no 5º intercosta

**Palpação:** Confirma os dados da inspeção. É pouco intenso, localizado, imóvel, rítmico, de pequena amplitude. 102 pulsações por minuto.

**Ausulta:** Sopro sistólico suave audível em todos os focos, tomado do toda a sistole. 2.º bulha normal em todos os focos.

**Sist. vascular periférico:** Artérias: com a elasticidade diminuída. Pulso radial pouco amplo, rítmico, intenso com 102 pulsações min. Veias: salientes no pescoço e nos membros superiores. Circulação colateral no abdomen: sentido da corrente: crâneo-caudal. Pressão arterial: não se consegue obter a dir. No braço esq. 114/88.

## ABDOMEN

**Inspeção:** Abdomen plano, em nível ligeiramente inferior ao do torax, simétrico, com movimentos paristálicos visíveis na região umbelical e no flanco dir. Não há abaulamentos ou retrações localizadas. Cicatriz umbelical plana. Não há edema de parede. Musculatura não saliente. Notam-se duas veias salientes, sinuosas que percorrem o abdomen longitudinalmente, passando ao lado da cicatriz umbelical, dirigindo-se desde o torax até as regiões inguino-abdominais. Sentido da corrente: crâneo-caudal.

**Palpação:**..Ruidos hidro-aereos presentes á palpação. Palpação superficial indolor. Palpa-se uma tumoração não consistente no epigastro, de superficie lisa, contorno circular com 10 cm. de diâmetro. A parede anterior do abdomen apresenta-se bastante flácida, com a resistência diminuída. Palpação profunda: Palpa-se o figado 3 dedos abaixo do rebordo costal, ligeiramente doloroso e em continuação com ele palpa-se a tumoração do epigastrio não pulsátil, transmitindo as pulsações aorticas, de superficie lisa, de contorno arredondado, perdendo-se abaixo do gradeado costal, e doloroso á palpação. Aorta palpável em todo seu trajeto abaixo da tumoração epigástrica. Segmentos intestiais palpáveis e não dolorosos

**Percussão:** Massicês no epigastro e no hipocôndrio dir. Timpanismo no resto do abdomen.

**Figado:**..Palpável o seu bordo inferior a 3 dedos abaixo do rebordo costal dir., fino, irregular, continuando-se com a tumoração do epigastro. Superficie ligeiramente irregular. Bordo superior: não possível determinar o nível de percussão devido á massicês do torax.

**Vesicula biliar:** Não dolorosa. Manobra de Murphy negativo.

**Baço:** Percutível a partir do 9.º intercosta na linha axilar média. Cécum, colon ascendente, colon descendente e sigmoideo, colon transverso, grande curvatura do estomago, rins e aorta palpáveis, indolores, sem nada digno de nota.

**Exames de laboratório:**

- 1) **Sedimento do escarro:** Células grandes de aspecto neoplástico.
- 2) **Punção do gânglio corvical esq.:** células com aspecto neoplástico. Grande número de mitoses atípicas.

3) **Biopsia do gânglio cervical esq.:** Reticulo-histiocitoma.

4) <b>Pressão venosa:</b>	<b>Braço dir.</b>	<b>Braço esq.</b>
Em repouso	30,2	27,6
Logo após exercício	33 e 30	27,2
Após 30"	33 e 30	25,4
Após 1'	33 e 30	27,4
Após 2'	33 e 30	27,0
Após 3'	30,2	30,0
Após 4'		30,0
Após 5'		29,6
Após 6'		30,2

**Derrame pleural:** a dir.: líquido viscoso, côr de crême, de consistência pastosa, com manchas de sangue. Exame bacterioscópico: Material constituído por muco, fibrina e raros piócitos; ausências ao Gram e ao Ziehl. Exame bacteriológico: os meios semeados conservaram-se estereis.

6) **Escarro:**

Ziehl: negativo para bacilos álcool-acido resistentes.

7) **Radiografia do torax:** Derrame na base dir. com espessamento da pleura parietal em todo o hemitorax. A esq. normal. Sombra de opacidade hilar, com desvio da porta. (fig. 1) — (fig. 2).

8) **Broncoscopia:** Parede posterior da traquéia mostra-se abaulada, especialmente no 1/3 inf. A carina está muito deformada sofrendo como que um achatamento antero-posterior. O brônquio axial direito está deformado e estenosado, mostrando com nitidês estriamento longitudinal. Pouco para acima da subdivisão para os seguimentos da base notamos uma proliferação da mucosa que sangrava com facilidade. Aí foi praticada a biópsia.

9) **Trânsito intestinal:** Não se verifica obstáculo no frânsito do delgado observando-se apenas estase no íleo terminal.

**Evolução:** A doente permaneceu na enfermaria 33 dias. Seu estado geral foi piorando. Aumentaram a tosse, o escarro sanguinolento, a dor no hemitorax dir., a fraqueza, a anorexia e a dispneia, chegando a haver 42 mov. respiratórios por minuto. Apareceu cornagem e derrame no bemetraxesquento. Faleceu em caquexia e asfixia. O tratamento usado foi sintomático.

A **autopsia** foi feita pela Dra. M. L. Mercadante cujo relatório transcrevemos:

**Generalidades:** Cadaver de adulto, do sexo feminino, de côr preta, pesando 45 kg. e medindo 160 cm. de comprimento. O paniculo adípsoo acha-se notadamente reduzido. Pele e mucosas muito pálidas. Diag.: Anemia e caquexia.

**Cabeça:** Nada apresenta digno de nota.

**Orgãos do Pescoço:** A mucosa da traqueia apresenta-se bastante congesta principalmente na sua metade inferior, contendo uma certa quantidade de catarro de côr branca. Os gânglios do pescoço apresentam-se ligeiramente aumentados do lado esquerdo atingindo o maior o tamanho de uma amêndoa. Acham-se fibrosados e aderentes entre si. A superfície de corte mostra o parênquima de côr branca opáca; consistência firme. Diog.: Metástases carcinomatosas nos gânglios cervicais.

**Cavidade Torácica:** A pleura direita apresenta aderências fibrosas em toda a sua extensão. A cavidade pleural apresenta 300 cc de líquido citrino. Todos os gânglios do mediastino apresentam-se transformados em massa tumoral de cor branca opaca, consistência encefaloide, em alguns pontos com liquefação. Os gânglios maiores estão situados ao nível da bifurcação da traqueia e continuam-se com uma massa tumoral que ocupa toda a metade interna dos lobos médio e inferior do pulmão dir. A veia jugular e a porção inicial da veia cava superior, apresentam-se dilatadas e a sua luz acha-se ocupada por um trombo. A porção inicial da cava superior acha-se comprimida pelas aderências da pleura. Diag.: Síndrome pleural direita. Trombose da veia jugular direita. Hidrotórax a esquerda. Metástases carcinomatosas nos gânglios do mediastino.

**Pulmão direito:** Pesa 600 grs. Apresenta o lobo médio e o lobo inferior ocupados na sua metade interna por uma grande tumoração com o mesmo aspecto já descrito para o mediastino. Em algumas áreas desde tumor encontra-se uma pequena quantidade de pus. O restante do parênquima nada apresenta digno de nota. Diag.: Carcinoma do brônquio.

**Pulmão esquerdo:** Consistência aumentada da base, crepitação diminuída. Superfície de corte mostra ao nível da base áreas irregulares de condensação. A expressão dá saída de líquido purulento. Diag.: Broncopneumonia confluenta.

**Gânglios do Abdomen:** Alguns gânglios peri-pancreáticos apresentam-se ligeiramente aumentados com a superfície de corte mostrando o parênquima de cor branca opaca. Diag.: Metástases carcinomatosas?

#### **Diagnosticos:**

Anemia da pele e mucosas, congestão da traqueia, metástases carcinomatosas e granuloma de corpo estranho nos gânglios do pescoço, síndrome pleural a direita, trombose da veia jugular direita, hidrotórax a esquerda, metástases carcinomatosas nos gânglios do mediastino, broncopneumonia do pulmão direito. Doença: Carcinoma do Brônquio. Causa-Mortis: Caquexia.

#### **Relatório Histo-Patológico:**

**Pulmão:** Os cortes mostram uma neoplasia, constituída por pequenas células redondas ou alongadas, as vezes, com o aspecto do oat cells ca. As células são dispostas em brotos sólidos, com estroma muito escasso, constituído por vasos apenas. (fig. 3-4).

**Diagnóstico:** Carcinoma indiferente do brônquio.

**Gânglios:** Apresentam-se completamente tomados por carcinoma com o mesmo aspecto do acima descrito. (fig. 5).

O gânglio do pescoço apresenta na periferia uma fibrose densa, com um granuloma de corpo estranho. (Ponto em que foi feita biopsia anterior);

**Diagnóstico:** Metastase de carcinoma indiferenciado do brônquio. Granuloma de corpo estranho.

**Veia jugular:** Apresenta na luz um trombo em organização (fig. 6)

**Diagnóstico:** Trombose em organização.

### **COMENTARIO:**

É este um caso típico de cancer do brônquio em um indivíduo com mais de 40 anos de idade. A anamnese revela um quadro pul-

monar caracterizado por tosse bronco-espumoso, às véses hemoptoico, e dôr no hemitorax direito. Além disso, há indícios de compressão mediastinal caracterizada por rouquidão e dôr retroesternal durante a reglutição.

Pelo exame físico se conclue que há um obstáculo á circulação de retorno da veiacava superior, principalmente na área irrigada pela veia jugular direita. O exame dos pulmões demonstra a existência de um derrame do lado direito e condensação na porção anterior do pulmão direito. E' revelada a compressão da traqueia.

Exames radiológicos sucessivos revelam um derrame pleural á direita (fig. 1) e a existência de diversas pequenas áreas de condensação que tendem a confluír. (fig.2). Ainda o exame radiológico revela metástases nos gânglios mediastinais que se encontram tumefeitas e dão origem, por compressão a um desvio do mediatino.

A broncoscopia revela a natureza neoplásica do processo, sendo confirmado este diagnóstico pela punção e biopsia de um gânglio cervical, pelo exame do escarro e do líquido pleural.

A autopsia confirmou os dados da observação clínica. Deve-se concluir que de maneira semelhante á maioria dos carcinomas de células indiferenciadas do pulmão, originou o tumor no brônquio principal, antes de uma ramificação, tornando, portanto, possível o seu diagnóstico pela broncoscopia; secundariamente invadiu o pulmão, dando origem a metastases.

A malignidade do tumor era grande, pois, apos poucos meses de evolução, deu origem a metastases ganglionares não só mediastinais, mas também cervicais e, provavelmente, peripancreaticas. Houve uma perda accentuada de peso, falecendo a doente em estado de caqueixa após 8 meses de doença.

## OBSERVAÇÃO N.º 2

J.C.S., 22 anos preta, do sexo feminino, casada, doméstica, brasileira, Procedência: S. Paulo. Data de entrada: 26 de Setembro, 1945; Data de Falecimento: 29 de Setembro, 1945.

**Q. e D.:** Há 11 dias aumento de volume do pescoço e dôr. Há 5 diase dispneia, tosse.

**H. P. M. A.:** A paciente refere que há 11 dias começou a sentir o pescoço "inchar" do lado direito e depois também do lado esquerdo. O aumento de volume era acompanhado de dôr constante.

Há 5 dias teve um processo gripal que acarretou intensa dispneia. Daí a dois dias apareceu edema nos membros inferiores notados por sua cunhada. Com o gripe apareceu tosse e expectoração branca, espumosa, e dôres nos membros inferiores.

Diz estar grávida, não sabendo de quanto tempo.

As informações fornecidas pela doente não são dignas de toda confiança.

**Exame Físico Geral:** Indivíduo de sexo feminino, de cor preta, apresentando a idade que diz ter (22 anos), pesando 60 kg., altura 1,55m. Apresenta-se com intensa dispnéia, estado geral abatida, no leito com o corpo inclinado para o lado direito (melhora a tosse).

Pele quente e seca, sem cicatrizes, pelos com distribuição normal para o sexo; unhas bem desenvolvidas com exceção do anular esq. que se apresenta atrofiado e com perionixes. Mucosas visíveis coradas. Tela subcutânea bastante desenvolvida. Musculatura de tônus conservado. Esqueleto bem constituído. Esternalgia presente. Tibialgia ausente.

Sist. linfo-ganglionar: Palpa-se 1 massa ganglionar dura, fixa, que se aprofunda para os planos subjacentes, do tamanho de 1 ovo de galinha na fossa supraclavicular dir. junto à raiz do pescoço, de superfície irregular. Palpa-se na axila dir. um gânglio do tamanho de 1 azeitona, duro, móvel, ligeiramente doloroso. Nas regiões inguino-crurais palpam-se vários gânglios pequenos, móveis, duros, ligeiramente dolorosos.

Chama a atenção na paciente a intensa dispnéia, acompanhada de cornagem e movimentos das azas do nariz, bem como o exoftalmo bilateral e aumento de volume do pescoço na base.

Temp.: 36°.6 Pulso: 118/min. Respiração: 33/min. Pressão art.: 130/85.

**Exame Físico Especial:**

## CABEÇA

Crânio: nada digno de nota. Olhos: Exoftalmia bilateral. Nariz: Nota-se uma ulceração na face medial da narina esq. Não há supuração nem mau cheiro. Boca: Língua com saburra. Amígdalas pequenas, hiperemadas, apresentando caseum. Pilares anteriores hiperemiados.

## PESCOÇO

**Inspeção:** cilíndrico, com aumento de volume acentuado na porção inferior nas faces anterior e laterais. Estase jugular accentuadíssima dos 2 lados, mais accentuada à esq., mesmo na posição sentada. Na face dir., no limite entre o pescoço e a fossa supraclavicular nota-se uma tumoração que se perde para as fossas supraclavicular e supraespinhosa.

**Palpação:** Dá a impressão de que o aumento de volume na base do pescoço é devido a uma infiltração edematosa do tec. subcutâneo. A tumoração descrita apresenta-se dura, de superfície irregular, não pulsátil, de 8 cm de diâmetro, cujos limites se perdem para o interior do tórax. É fixa, não se deslocando com a deglutição.

## TORAX

**Ap. Respiratório: Inspeção estática:**

Face anterior: Ombro dir. mais alto que o esquerdo. Clavícula visível à dir. e não visível à esq. Fossas supra e infraclaviculares cheias e

abauladas á dir., escavadas á esq. Angulo de Louis não visível. Espaços intercostais não visíveis.

**Face posterior:** Trapezio mais saliente e abaulado á dir. Fossas supra e infraespinhosas abauladas á dir. Homoplatas: ângulo medial dir. no mesmo nível horizontal que o esquerdo e 1 cm. afastado da linha espondileia que o esq. Angulo inferior dir. 2 cm. para fora que o ang. inferior esq. Região interescápulo-vertebral dir. mais extensa que a esq. Ambas são planas. Não há desvios da coluna. Não há depressões nem abaulamentos das bases.

**Inspecção dinamica:** Tipo respiratório costal superior com a frequência de 33 movimentos por minuto, rítmicos, pouco amplos. Expansão do apice e da base dir. diminuídos em relação com o apice e base do lado esq. Sinal de Lemos Torres ausente. S. Litten não pesquisado. Tiragem das partes superiores do torax. Cornagem presente.

**Palpação:**..Não há ponto doloroso. Amplexação não revela diferença de elasticidade nos 2 hemitorax. Expansão do apice e da base dir. bastante diminuída em relação ao apice e á base do lado esq. Frémito tóraco-vocal diminuído á dir.

**Percussão:** Massicês na fossa supraclavicular dir., clavícula dir., f. infraclavicular dir. e f. supraespinhosa. Submassicês a partir destes limites até a região interescapulo vertebral atrás, e a região peitoral na frente. No restante do hemitorax dir. e no hemitorax esq. som claro pulmonar.

**Ausculta:** murmúrio vesicular diminuído á dir. Roncos e sibilos em ambos os hemitorax. Expiração dificultosa e entrecortada. A expiração apresenta-se soprosa no apice dir., bem como na região interescapulo-vertebral deste lado. Tosse do tipo coqueluchoide.

**Ap. Circulatório:** Taquicardia: 120 batimentos cardiacos/min. Nada mais digno de nota.

## ABDOMEN

Abaulado, cicatriz umbilical plana, linha alba pigmentada.

**Palpação:** Palpa-se o útero cujo fundo atinge a cicatriz umbilical. Fígado e baço não palpáveis.

O Exame mais detalhado é prejudicado pelo mal estado da paciente.

## S. NERVOSO

Reflexos presentes e normais.

## EXAME DE LABORATORIO:

1) **Urina** — Tipo 1: tudo normal

2)..**Radiografia do torax:** Opacidade de todo o lobo superior do P.D. com tonalidade uniforme. Atelectasia. O restante dos campos pleuro-pulmonares de transparência normal. (fig. 7).

**EVOLUÇÃO:** Nos 3 dias que permaneceu na Enfermaria houve aumento da tosse e aparecimento de escarro sanguinolento, dispneia e a dor no pescoço foram cada vês mais intensas surgindo obnubilação mental e febre. Foi feito um tratamento sintomático e radioterapico, mas a doente veio a falacer.

A **AUTOPSIA** foi feita pelo dr. G. Mignone cujo relatório transcrevemos:

**Generalidades:** Cadáver de adulto, do sexo feminino, de côr preta, pesando 60 kg. e medindo 1,55m de comprimento, aparentando 22 anos, em adiantado estado de miseria orgânica.

**Cabeça:** Nada digno de nota.

**Orgãos do Pescoço:** Faringe, apresenta a mucosa de côr vermelho-intensa. Esofago: nada digno de nota. Laringe, traquéia e brônquios apresentam a mucosa congesta e recoberta por exsudato catarral. Diag.: Traqueo-bronquite catarral. Congestão do faringe. Tireoide: nada digno de nota.

**Cavidade Torácica:** Área cardíaca de aspecto normal. Pleuras e pericárdio: nada digno de nota.

**Pulmão esquerdo:** Pesa 400 grs. Consistência ligeiramente aumentada na base, crepitação diminuída. Ao corte, a superfície nesta altura, apresenta-se de côr vermelha, dando pela expressão um líquido sanguinolento. Diag: Congestão hipostática.

**Pulmão direito bronquio principal e Ganglios:** Aberto o brônquio, nota-se a presença em toda a sua extensão de uma neoplasia de caracter infiltrativo que espessa a parede. A mucosa é substituída por um tecido de aspecto homogeneamente branco-amarelado, sem produzir estenose da luz bronquial. Este tecido neoplásico se propaga e acomete mais intensamente o brônquio superior, o qual tem a sua luz reduzida a uma estreita fenda. (8). Aberto o pulmão, verifica-se que o tecido neoplásico infiltra não só a parede bronquial, como os ganglios do hilo e uma parte da porção apical do lobo superior, resultando em conjunto, uma massa neoplásica ovoide, de grande eixo longitudinal medindo 9,5 cm e transversal 5 cm. (fig. 9). Ela é constituída por um tecido denso, homogêneo e branco-amarelado, podendo-se distinguir na sua espessura ainda alguns gânglios antracosados. O restante do tecido pulmonar deste lobo é de consistência dura, côr vermelho-escura, de aspecto esplênico. Na espessura deste tecido, parte média do lobo, existe um infarto hemorrágico, próximo á borda posterior, do tamanho de uma avelã. Diag. Carcinoma do brônquio, com estenose do brônquio superior. Infiltração do tecido pulmonar. Colapso do lobo superior e infarto hemorrágico.

**Gânglios linfáticos: Do pescoço e torax:** Os gânglios linfáticos supraclaviculares direitos formam uma massa do tamanho de laranja pera, de superfície lobulada. Ao corte a superfície de secção mostra que esta massa é constituída por um tecido de aspecto neoplástico, de côr branco-amarelada e homogênea. Os gânglios do mediastino anterior, atrás do manubrio formam outra massa semelhante, do tamanho equivalente áquele dos gânglios supra-claviculares. Diag.: Metastases de ca. do brônquio nos gânglios linfáticos supraclaviculares e do mediastino.

**Genitais internos:** O útero apresenta-se aumentado de volume, contendo na cavidade um fêto pesando 760 grs. e medindo 30 cm. Diag.: Gravídês. Doença: Carcinoma bronquial. Causa-Mortis: Colapso periférico.

### Relatório Histo-Patológico:

#### Corte da Parede Bronquial:

A parede do bronquio apresenta a sua estrutura parcialmente destruída devido á presença de uma neoplasia de caracter infiltrativo, di-

fuso, que se estende a toda a espessura da mesma e infiltra, em seguida, os tecidos circunjacentes. Entretanto, em meio ao tecido neoplásico encontram-se estruturas próprias da parede bronquial tais como glândulas mucosas, cartilagem e tec. muscular (fig. 10). O tecido neoplástico é constituído predominantemente por uma proliferação de elementos celulares de forma poliédrica, núcleo vesiculoso, protoplasma abundante, isoladas ou anastomosadas entre si, limitando largas malhas. Em outros pontos elementos celulares tendem a tomar uma forma arredondada, conservando os núcleos a aspecto previamente assinalado ou tornando-se hipercromáticos. Algumas vêses o núcleo varia no forma, tornando-se lobulado ou reniforme. Discreto é o numero de mitoses. Este tecido neoplástico dispõe-se em extensas áreas de limites pouco nítidos, ou então, em certos pontos adquire uma disposição alveolar. (fig. 11). Em muitos pontos observam-se zonas de neoplasia nas quais os elementos celulares se diferenciam num sentido de células que lembram a camada espinhosa do epitélio pavimentoso e formação de pérolas córneas. Em toda a extensão do tumor verificam-se extensas áreas de necrose. Ao redor das cartilagens e no tecido conjuntivo observam-se linfáticos cujas luzes são ocupadas por células neoplásticas. (fig. 12). Diagnóstico: Carcimona planocelular do brônquio.

#### **Corte de Ganglio.**

A estrutura própria do gânglio acha-se totalmente destruída, tendo sido substituída por um tecido neoplástico que reproduz todos os caracteres já assinalados na neoplasia bronquial. Diagnóstico: Metastase de ca. planocelular do brônquio.

### **COMENTARIOS:**

Trata-se de um caso de Ca. do Brônquio de malignidade excepcional, numa jovem de apenas 22 anos de idade que conduziu á morte após 14 dias de peora rápida.

A sintomatologia é característica de um quadro pulmonar representado por tosse, o escarro espumoso branco ou hemoptoico, dôr no hemitorax correspondente e dispnéia intensa.

O exame físico revela uma estase venosa no território da veia cava superior. Revela infecção dos gg. cervicais. Há indícios de estenose bronquial e atelectasia na região correspondente ao lobo superior do pulmão direito. Considerando estes dados, além do caracter coqueluchoide da tosse e a cornagem concluiu-se que existe um quadro de compressão mediastinal.

A radiografia confirmou o diagnóstico de atelectasia do lobo superior dir.

A autópsia confirmou os dados da observação clinica. Revelou as metastases nos gânglios linfáticos mediastinais e supraviculares.

E' este um caso de cancer planocelular do brônquio de alta malignidade evoluindo para um êxito fatal em poucos dias. E' naturalmente certo que tenha havido um periodo preliminar, assintomático da doença; não houve, porém, tempo suficiente para a doente sofrer perda de peso e entrar em estado de caquexia.

**CONCLUSÃO:** Vimos como é desfavoravel o prognóstico de carcinoma do brônquio na maioria das vêses. Em ambos os casos por nos apresentados o diagnóstico foi feito tardiamente, após a formação de metastases. As duas doentes procuraram o conselho médico quando já estavam num estado adiantado da doença. Para que seja possível surpeender o

cancer do brônquio num afase precoce de desenvolvimento sugerimos uma intensa campanha feita através das escolas e de todos os meios de propaganda acessíveis ao povo, aconselhando-o a se submeter a um exame médico rigoroso, logo após o aparecimento de qualquer sintoma que possa sugerir uma lesão pulmonar.

Diante dos casos suspeitos devem ser mobilizados todos os meios de auxílio com a maior pressa para um diagnóstico precoce, para que se possa salvar a vida do doente por meio de um tratamento rapidamente instalado.

Desejo agradecer sinceramente ao Dr. Luiz Décourt quem me superiu a idéia de estudar o caucer bronquiogênico á luz dos dois casos observados na sua enfermaria.

Agradeço também á dra. Maria Luiza Mercadante e ao dr. Constantino Mignone que muito me auxiliaram para a documentação dos dois casos apresentados pondo o material á minha disposição. Devo agradecer ainda a D. Lili Loewenstein e seus ajudantes da Secção de Fotografia, pelo auxílio prestado.

### BIBLIOGRAFIA:

- 1) Boyd (W.) — **Tumors of the Lung**, A Textbook of Pathology, 4,<sup>a</sup> ed., 447-454.
- 2) Herbert (P. A.) — **Bronchiolar Origin of "Alveolar Cell Tumor" of the Lung**, American Journal of Pathology, XX, 5, IX/944, 911-930.
- 3) Koletsky (S.) — **Primary Carcinoma of the Lung — A Clinical and Pathologic Study of One Hundred Cases**, Arch. Int. Med., LXII, 4, X/938, 636-651.
- 4) Harrington (S. W.), Tinney (W. S.), Marsch (H. J.), Brindley (G. V.) — **Symposium on Bronchiogenic Carcinoma**, Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic, XIX, 14, VII/944.
- 5) Ramos (J.), Villaga (C.), Tranchesí (B.) — **Cancer Brônquico (Considerações clínicas em tôrno de 10 casos pessoais)**, Revista Clínica de São Paulo, III, 4, 1938, 125-161.
- 6) Holleb (H.B.), Angrist (A.), — **Bronchiogenic Carcinoma and Pulmonary Asbestosis**, Am. Journal of Pathology, XVIII, 1/942, 123-136.
- 7) D'Amoy (R.), Pearson (B.), Halpert (B.) — **Carcinoma of the Lung — An Analysis of Seventy-Four Autopsies**, American Journal of Pathology, XV, IX/939, 567-579.

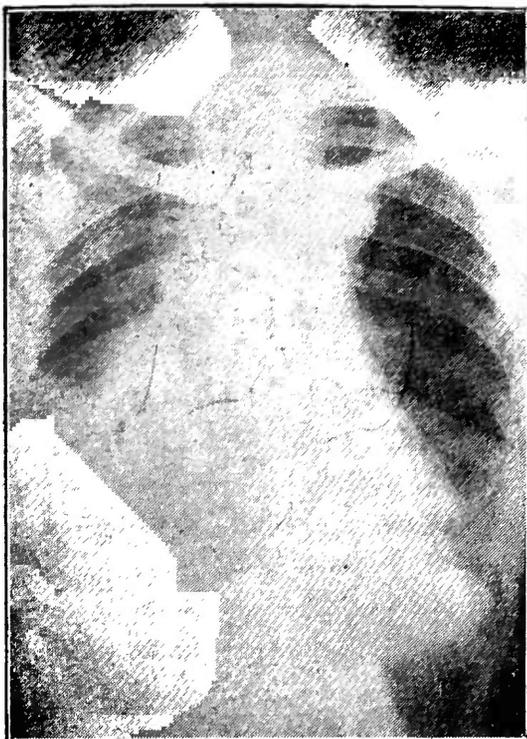


Fig. 1

N. H. L. — 5.3.45

Derrame na base direita com espessamento da pleura parietal em todo hemitorax. Sombra de opacidade hilar, com desvio da aorta.



Fig. 2

M. H. L. — 15.3.45

Derrame na base direita. Diversas pequenas áreas de condensação que tendem a confluir no pulmão direito. Desvio da aorta.

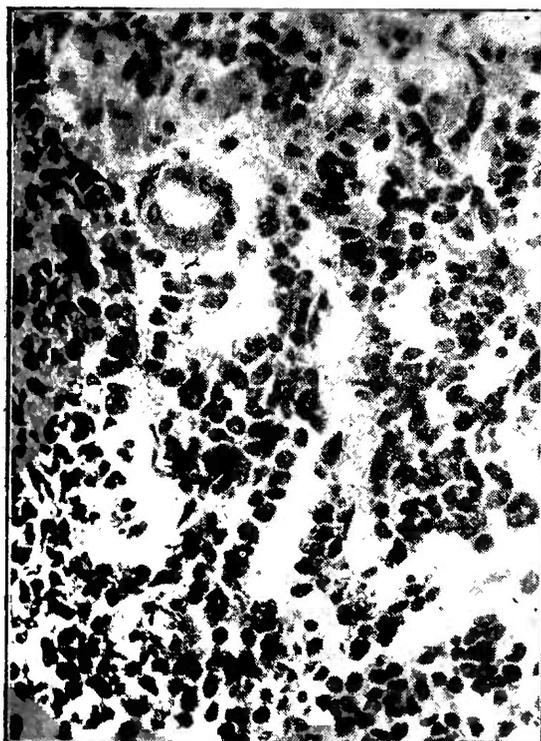


Fig. 3

M. H. L. — Pulmão: o corte mostra uma neoplasia constituída por pequenas células redondas ou alongadas. As células são dispostas em brotos sólidos, com estroma muito escasso, contituido por vasos apenas.

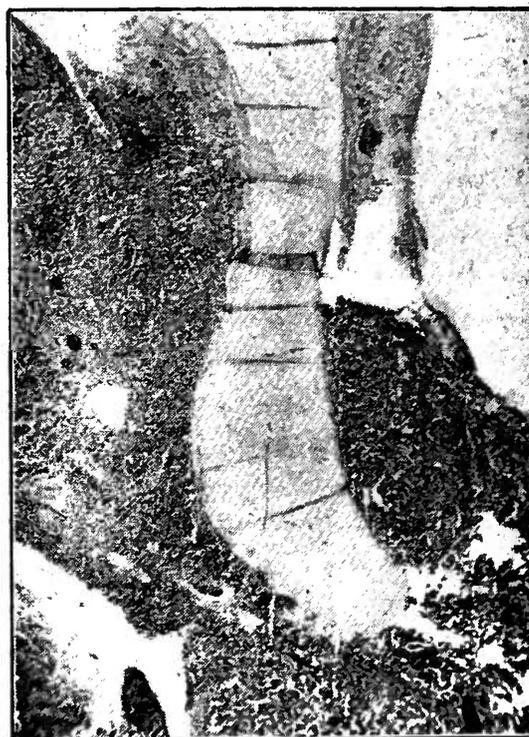


Fig. 4

M. H. L. — Parede de brônquio e tecido pulmonar circunjacente invadidos pelo crescimento neoplásico. A cartilagem e uma pequena porção da parede brônquica ficaram livres de células neoplásicas.



Fig. 5

M. H. L. — Gânglio com metástase carcinomatosa.



Fig. 6

M. M. L. — Veia jugular apresentando na luz um drombo em organização.

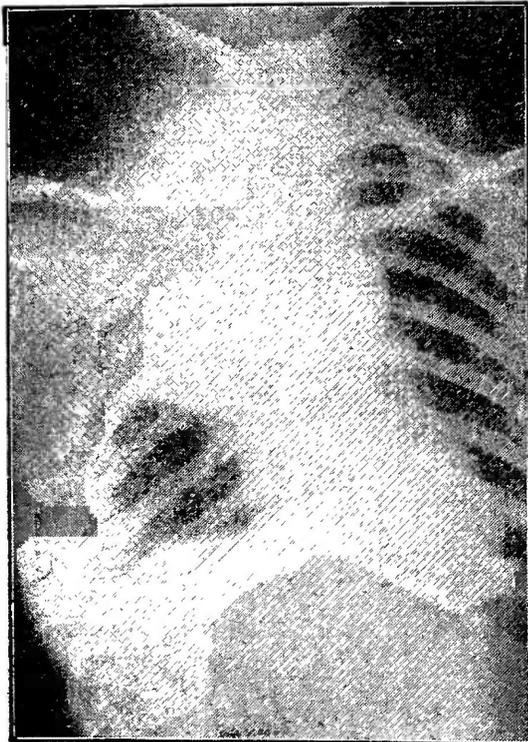


Fig. 7

J. C. S. — 26.9.46 — Opacidade de todo o lobo superior do pulmão direito com tonalidade uniforme atelectasia.



Fig. 8

J. C. S. — Parede do brônquio principal espessado por uma neoplasia de caracter infiltrativo. A mucosa é substituída por um tecido de aspecto branco-amarelado, nígido, sem produzir estenose da luz bronquial. Este tecido neoplásico se propaga e acomete mais intensamente o brônquio superior, o qual tem a sua luz reduzida a uma estreita fenda.



Fig. 9

J. C. S. — Pulmão: uma massa neofásica, ovoide de grande eixo longitudinal ocupa uma parte da porção apical do lobo superior. Ela é constituída por um tecido homogêneo, denso branco-amarelado, podendo-se distinguir na sua espessura alguns gânglios antracosados. O restante do tecido pulmonar deste lobo é de aspecto esplênico.

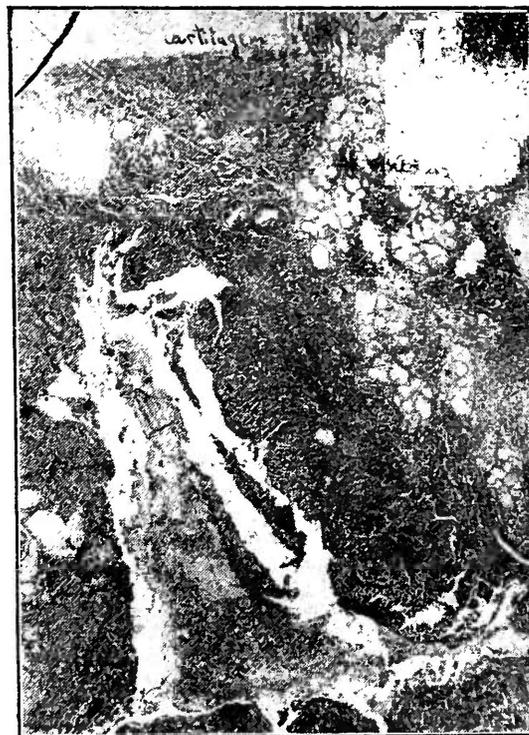


Fig. 10

J. C. S. — Corte da parede brônquia. Destruição da parede brônquia devido à presença de uma neoplasia de caráter infiltrativo, difuso. Em meio ao tecido neoplásico encontram-se elementos próprios da parede bronquial, tais como glândulas mucosas e cartilagem.

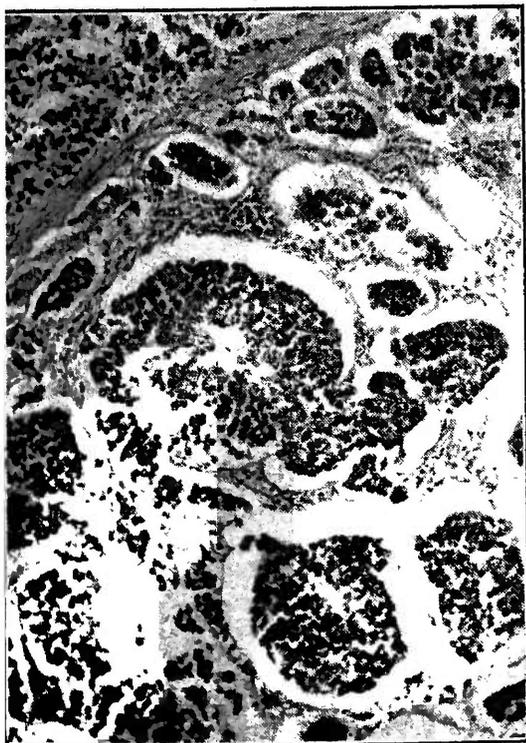


Fig. 11

J. C. S. — Ca. planicelular. Disposição alveolar do tecido neoplásico.



Fig. 12

J. C. S. — Linfáticos em meio de tecido conjuntivo, cujas luzes são ocupadas por células neoplásicas.



CLINICA MEDICA  
da SAUDE

Dr. CASARSA

**AMINO-CRON**

Ao Laboratório Yatropan

MELO  
RIO.

Dr. Osvaldo P. Pereira  
Consultor

As mais  
Elogiosas  
Observações

Prof. Arnaldo  
Av. 7 de

Ao Laboratório Yatropan

Drs. Ivo  
Geraldo de

Ao Laboratório Yatropan

NIZ

Da ação tópica da  
**Sulfanilamida + Mercurocromo**  
(Derivado solúvel a 13%)  
(Solução a 2%)

Prof.

**Amino-Cron**  
Um composto germicida  
COMPROVADAMENTE EFICAZ CON-  
TRA TODOS OS GERMES, EM  
QUALQUER MEIO



Parque D. Pedro II,  
862-872  
Direção Científica  
Farm. FAUSTO SPINA