

Serviço de Clinica Medica do Prof. Rubião Meira

Sobre um caso de tumor do mediastino (*)

Bernardino Tranchesi e Felipe Fanganielo
(Doutorandos).

O caso de que nos iremos ocupar foi por nós observado e estudado na Enfermaria do Prof. Rubião Meira (II.ª M.H.), entre os leitos que estão sob os cuidados do Dr. Jairo Ramos. Embora não constitua uma raridade morbida, presta-se, contudo, a algumas considerações interessantes, principalmente, no que diz respeito á propedeutica do mediastino. Os ensinamentos que o caso nos ofereceu ficaram perfeitamente concretizados, porquanto o acompanhamos até á mesa de necropsia.

A nossa exposição ficará, exclusivamente, estricta ao terreno da semiologia, que encontra, na sindromia de compressão mediastinal, sintomas e sinais tipicos e precisos, tornando o diagnostico bastante facil. De fáto, o amplo espaço compreendido entre as duas pleuras, apresenta pela natureza e correlação dos numerosos órgãos que encerra, uma semiotica clara, conhecida já de ha muito. Os antigos clinicos, encabeçados por Cardarelli estabeleceram, graças á sua intuição, os fundamentos do exame clinico do mediastino com tal precisão que até hoje não sofreram modificações.

Não abordaremos a questão da natureza e origem dos tumores mediastinais, que, se em certas eventualidades ficam claramente estabelecidas, em outras deixam duvidas mesmo ao anatomo-patologista.

Passaremos, agora, á leitura da observação, para em seguida discutir o diagnostico e dizer algumas palavras á respeito da evolução e necropsia do caso.

(*) Apresentado ao Departamento Científico do Centro Academico "Oswaldo Cruz", em 16 de Maio de 1936.

A. S. 50 anos, casado, lavrador, estoniano, domicílio e procedência Capital. Deu entrada no serviço em 3 de Abril de 1935, dizendo estar doente há 3 mezes e queixando-se de sufocação e inchaço do torax, pescoço e cabeça. Seus males se iniciaram por ligeiro cansaço em certos trabalhos que o doente sempre fizera sem nada sentir. Sentia então falta de ar e sufocação. Apresentava, nessa ocasião, tosse seca. Não sentia palpitações, ou dor precordial, nem apresentava edema. Passou um mez, nessas condições sem ter abandonado o trabalho. Seu estado foi, entretanto, depois deste mez, piorando cada vez mais, a ponto de sentir sufocação mesmo aos menores esforços. Abase do pescoço inchou-se, tendo o inchaço avançado para a cabeça e torax. As outras partes do corpo nada sofreram. Ao acordar pela manhã, sentia não poder abrir os olhos devido ao inchaço, este, contudo, melhorava com o correr do dia. A tosse tornou-se persistente, tendo aparecido escarros hemoptoicos uma semana antes de se hospitalisar. Nos abaixamentos da cabeça sentia fortes tonturas sendo obrigado amparar-se para não cair. A voz se tornou rouca, e, às vezes quando ia falar sentia um aperto, e não podia manter conversação prolongada. Deitava-se em decubito esquerdo elevado. No decubito dorsal aumentava a sufocação e no lateral direito, sentia forte dor no membro superior desse mesmo lado. Referia o aparecimento de caroços na axila, virilia e região maxilar esquerda. Seu peso diminuira, não sabendo, informar quanto.

No interrogatório e antecedentes hereditários nada havia que pudesse interessar. Nos antecedentes pessoais não havia passado venereossifilítico. De importância, apenas, o fato de ser etilista e tabagista.

O que foi encontrado no exame físico geral? Indivíduo branco, mediolíneo, pesando 57 kilos. Apresentava cianose da cabeça, pescoço torax o que se tornava, sobremaneira evidente quando o doente se deitava. As partes laterais do pescoço, fossas supra e infraclaviculares apresentavam-se tumefeitas. Na parte posterior notavam-se as fossas supra e infra espinosas totalmente cheias. Da cabeça até ao rebordo costal a pele roseo-vinhosa apresentava venulas muito dilatadas. No torax havia edema discreto. No restante do corpo a pele nada apresentava digno de nota, sendo notável o contraste entre a parte superior do tronco e a inferior. Sistema piloso nada de particular. Os ganglios cervicais não foi possível palpar devido á tumefação do pescoço. Os axilares, maxilares e inguinais eram enormes, chegando alguns a alcançar o tamanho de um ovo de pomba, todos indolores. Nas fossas supra e infra-claviculares era muito difícil a percepção de ganglios, entretanto, á direita, tinha-se a impressão de um ganglio de limites imprecisos. Esternalgia e tibialgia ausentes. Marcha sem particularidades. Decubito esquerdo elevado.

Os exames especiais da cabeça, olhos, nariz e ouvidos nada revelaram.

Na boca, encontramos numerosíssimos focos de infecção. No pescoço não havia batimentos arteriais e não era possível avaliar de urgência venosa devido á tumefação. Não se sentia a aorta na furcula nem estava presente o sinal de Olliver-Cardarelli.

O torax era de tipo enfisematoso, sendo a respiração predominantemente abdominal com 28 excursões por minuto. Sinal de Lermos Torres ausente. Litten presente em ambos os lados em igual extensão. Igual expansibilidade de ambos os hemitoraces. O fremito to-

raco-vocal mostrava-se diminuído na parte anterior direita e ligeiramente aumentado na parte posterior desse mesmo lado. Massicez do manubrio esternal que produzia no cavo oral som cavitario. Submacciez de todo apice e interscapulo direitos. Hipersonoridade das bases. A auscultu revelou sopro laringo-traqueal sobre o manubrio do esterno. Diminuição da respiração no apice e sopra bronquico no interscapulo.

No exame do coração e vasos havia interessante bradicardia (58 batimentos por minuto). Pressão arterial medida pelo Tycos 120 x 80 em ambos os braços. Não havia desigualdade de amplitude dos pulsos radiais.

Abdomem e sistema nervoso sem anormalidades.

EXAMES DE LABORATORIO

Wassermann: negativa.

Ex. urina: negativo.

Exame de sangue realizado pelo Dr. Oria:

Glob. vermelhos: 3.320.000	Neutrofilos	} bastonetes 1,5%	} segmenta dos 72%	
" brancos: 12.400	73,5%			
Hemoglobina 66,6 %	Eosinofilos 6,2%			
Valor globular: 1,1	Basofilos 0,6%			
	Linfocitos	} típicos 9%	} leucocitoide 2%	
	15 %			} histoides 4%

Monocitos e celulas histioides monociticas 4,4 %.

Endotelios circulantes similes aos da endocardite 40/500.

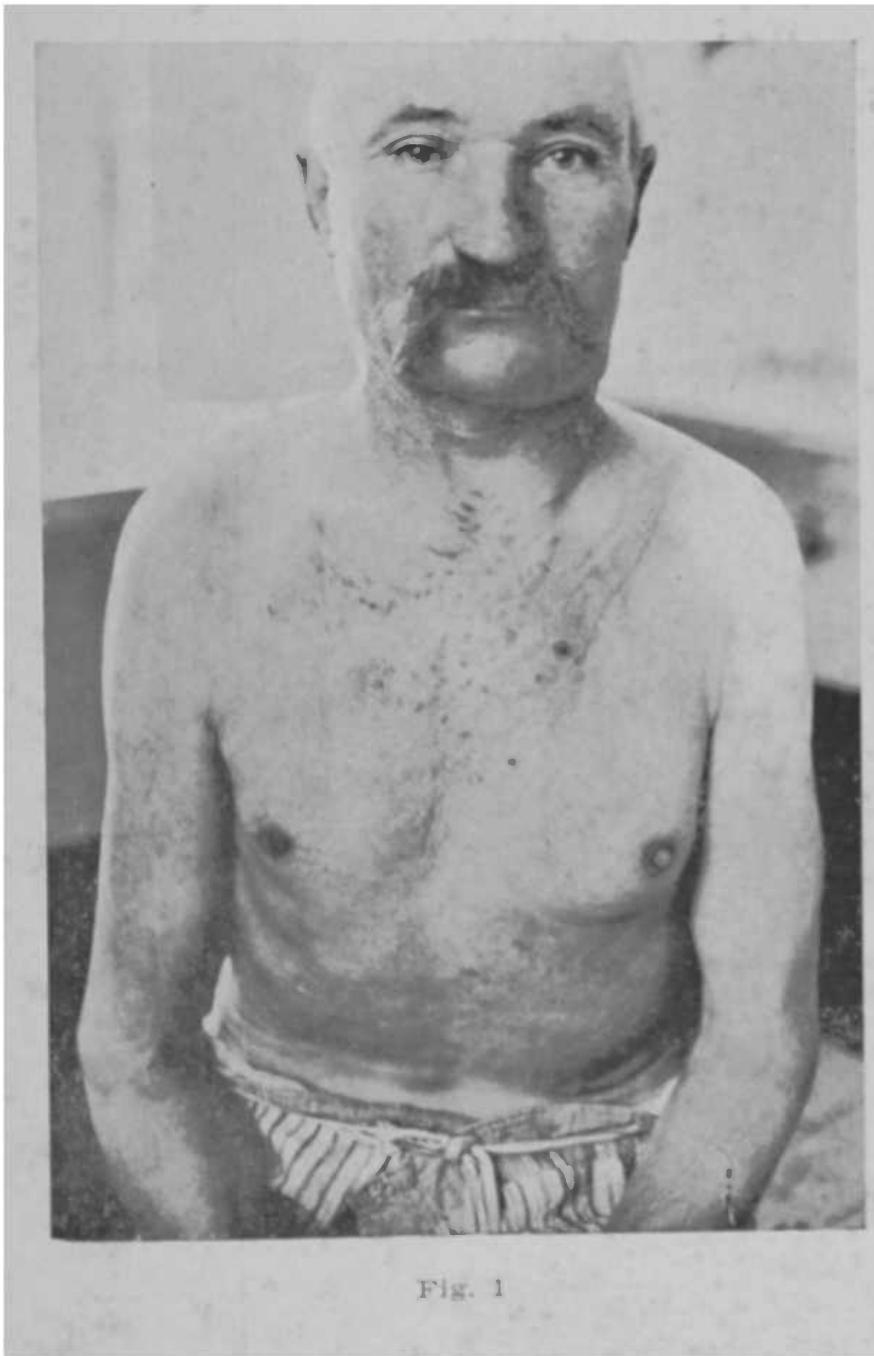
DISCUSSÃO

A historia do nosso doente pode ser dividida em dois periodos perfeitamente distintos. Num primeiro periodo o doente começou a notar cansaço em certos trabalhos que sempre executára sem nada sentir. A este sintoma ajuntou-se-lhe falta de ar, sufocação e uma tosse seca. Passou assim um mez quando se instalou o segundo periodo caracterizado pelo aparecimento de edema no pescoço, cabeça e torax, assim como de modificações da voz que se tornou rouca, sentindo, tambem, algumas vezes, que não podia manter conversão prolongada por lhe faltar, em determinado momento, a voz. A tosse que apparecera no primeiro periodo da sua molestia tornou-se persistente e acompanhada de escarros hemoptoicos. Pouco antes de dar entrada na enfermaria viu aparecerem tumefações ganglionares indolores em di-

vernas regiões do corpo. Este quadro desenrolou-se dentro de um espaço de tempo relativamente curto, aproximadamente 3 mezes.

Diante de um desenrolar de fatos dessa natureza nosso raciocínio se inclina, naturalmente, a pensar naqueles tipos de síndromas denominados de compressão mediastinal. De fato, a disposição clássica do edema, as modificações da voz e tosse seca e persistente, a sufocação aparecendo, principalmente quando o doente deitava-se, nos fazem pensar em um comprometimento mediastinal, provavelmente por uma neoplasia da qual as tumefações ganglionares seriam o reflexo denunciante. Ainda nos detendo mais sobre os dados anamnesticos, poderemos aquilatar, de um modo geral, da evolução do processo morbido. O aparecimento insidioso traduzido por ligeira sensação de cansaço aos esforços e tosse, indicava com grande probabilidade uma compressão em início, que avançando de modo celere comprometeu a circulação e a respiração a ponto de determinar edema, sufocação e congestão dos vasos cerebrais, este ultimo fenomeno atestado pelas tonturas nos movimentos de abaixamento da cabeça.

Os troncos nervosos, igualmente não escaparam ao crescimento progressivo e rapido da massa compressor, trazendo modificações da voz, tosse e dores no membro superior direito. Vemos, portanto, que jogando, apenas, como os elementos fornecidos pela historia da molestia podemos dizer que estavamos diante de um portador de uma síndrome de compressão mediastinal de evolução mais ou menos rapida e trazendo perturbações nervosas, respiratorias e vasculares de grau consideravel. Sempre que se cogita da diagnose de síndrome mediastinal no adulto, devemos em primeiro lugar, pensar em uma formação tumoral quer aneurismatica quer neoplasica. Embora, a maior frequencia, nestes casos, pertença aos tumores vasculares, parece-nos que o nosso caso escapa a esta regra, pois como bem informou o doente nunca sentiu dor em qualquer parte do torax. A dor é o sintoma que nunca falha nos processos aneurismaticos, dôr pulsante e tormentosa determinada segundo Huchard pelo contínuo martelar do aneurisma excitando o plexo nervoso aortico, ou pela explicação de Cardarelli pela distensão dos filletes nervosos perioarticos. De outro lado as tumefações ganglionares a que já nos referimos, pesavam mais a favor da natureza neoplasica do tumor. Nos antecedentes do doente deparamos com uma informação negativa de grande valor,



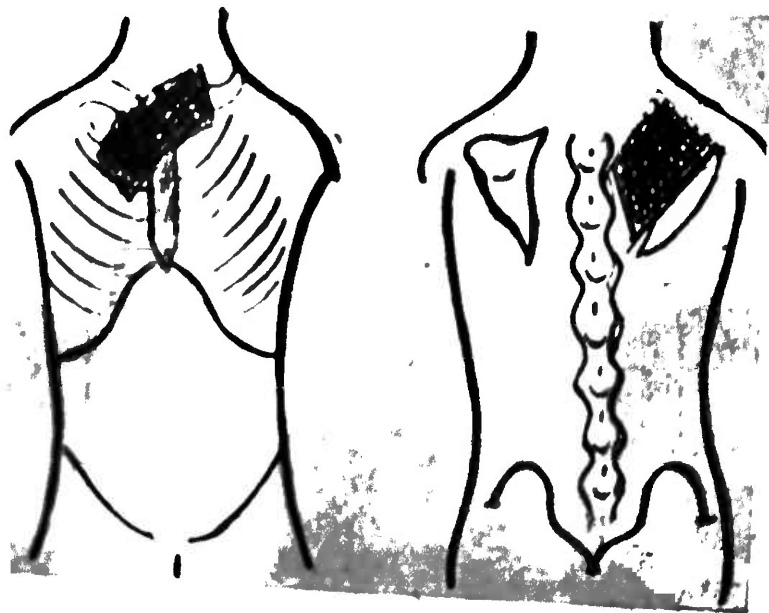


Fig. 2

- No manubrio do esterno: — massicez, variação de Wientrich e sopro laringo-traqueal.
- Na fossa infra-clavicular direita: — sub-massicez e abolição da respiração.
- Nos pontos assinalados no dorso: — sub-massicez e sopro bronquico.

desde que a consideremos em conjunto a outros dados, a ausencia de passado venereo-sifilitico, que dentro do criterio da relatividade deporiam contra aneurisma, que é manifestação vascular da lues terciaria.

No exame geral do doente chamava a atenção o contraste nitido entre a parte superior do corpo edemaciada e cianosada e a parte inferior palida e emagrecida. Esta disposição do edema denominado "edema em pelerine" (fig. 1) é classico na obstrução da cava superior. Distingue-se do edema nefritico, angioneurotico e cardiaco pela exclusiva localização na metade superior do corpo. Algumas vezes, é possivel encontrar na compressão do mediastino, um edema generalizado. Neste caso trata-se de uma insuficiencia cardiaca superveniente ou mais raramente por contemporanea obstrução da cava inferior. Ainda, nestas eventualidades, entretanto, a localização superior, predomina. No nosso doente não havia, na superficie da pele circulação venosa colateral. O que existia, claramente, era a dilatação de pequeninas venulas subcutaneas dadas a grande hipertensão venosa. O fenomeno explica-se pela obstrução não completa do vaso, de modo que a retropressão não atingira intensidade suficiente, para vencendo a resistencia das valvulas, obrigar o sangue a procurar outra via de escoamento.

Estavamos, portanto, em presença de uma estenose cava superior no estadio edematoso, em contraposição ao estadio flebectasico onde predomina o reticulo venoso colateral. A cianose com a mesma localização do edema mostrava a estase no territorio tributario ao importante tronco venoso. É um sintoma importantissimo, mesmo que se apresente desacompanhado de outros sinais fisicos e funcionais.

A dificuldade respiratoria após os esforços e com o decubito dorsal mostrava que a massa tumoral fazia sua ação compressora não só sobre as veias, que, diga-se de passagem, são os orgãos mais facilmente atingidos, como tambem sobre a trachea. A estenose da traquea exatamente como acontece com a da veia cava superior, pode se realizar externamente por ação do tumor ou por propagação na sua luz de vegetações neoplasicas. Num ou noutro caso o sintoma dominante é a dispnea, a que Biss empresta um valor altamente significativo, pois diz textualmente: "Em um paciente que apresenta dificuldade respiratoria que não encontra explicação suficiente em alterações cardiacas ou pulmonares deve-se pensar sempre em processo morbido do mediastino".

A dificuldade respiratoria pela compressão da traquea e bronquios, apresenta, geralmente, um caracter progressivo chegando a tal ponto de se exteriorisar por cornagem, respiração ruidosa que como veremos na evolução do caso appareceu alguns dias antes da morte.

O escarro hemoptoico nós o explicamos pela compressão das veias pulmonares. Não encontramos o sinal de Oliver-Cardarelli, nem apresença deste importante sinal argumentaria contra a hipotese de tumor solido que já havíamos formulado, pois autores como Pansini e Litvak encontraram este sinal nitidamente positivo em tumores mediastinaes não aneurismaticos.

A aorta e os seus ramos graças á sua robusta parede escaparam á compressão. Isto aliás, é regra, na sindroma que estamos estudando. De fáto, não havia no nosso doente, diferença de amplitude dos pulsos radiais nem diferença da pressão arterial quando tomada, comparativamente, nos dois braços. Também não notamos anisocoria, fenomeno, que embora, alguns autores querem explicar pela perturbação do simpatico, parece, hoje, fora de duvida, estar ligada á uma causa arteriosa.

Os nervos, foram no nosso caso, bastante atingidos pelo processo. Como vimos o doente apresentava voz rouca, indicando paralisia unilateral dos musculos adutores da corda vocal; musculos inervados pelo recorrente. Outro sintoma importante, egualmente ligado a perturbação desse mesmo nervo, era a incapacidade que o doente sentia de manter uma conversação prolongada. Isto é devido á perturbação do esfincter glotico que, normalmente, atua como regulador na saída do ar que entretem a vibração das cordas vocais. O plexo braquial esternava seu sofrimento pela dor no membro superior direito, principalmente no decubito desse lado, com certeza devido ao deslocamento da massa tumoral.

A tosse na sindroma mediastinal é sintoma que encontra varias causas para sua produção. Tosse recorrential, tosse vagal ou tosse por irritação e hipersecreção mucosa, devido a comprometimento traqueo-bronquico. No caso concreto, qualquer das causas poderia ser invocada. Existia a perturbação do recorrente e da traquea, como vimos, e, com toda certeza, tambem do nervo vago, pois, a bradicardia evidenciada no exame do aparelho cardio-vascular retratava a irritação deste tronco nervoso.

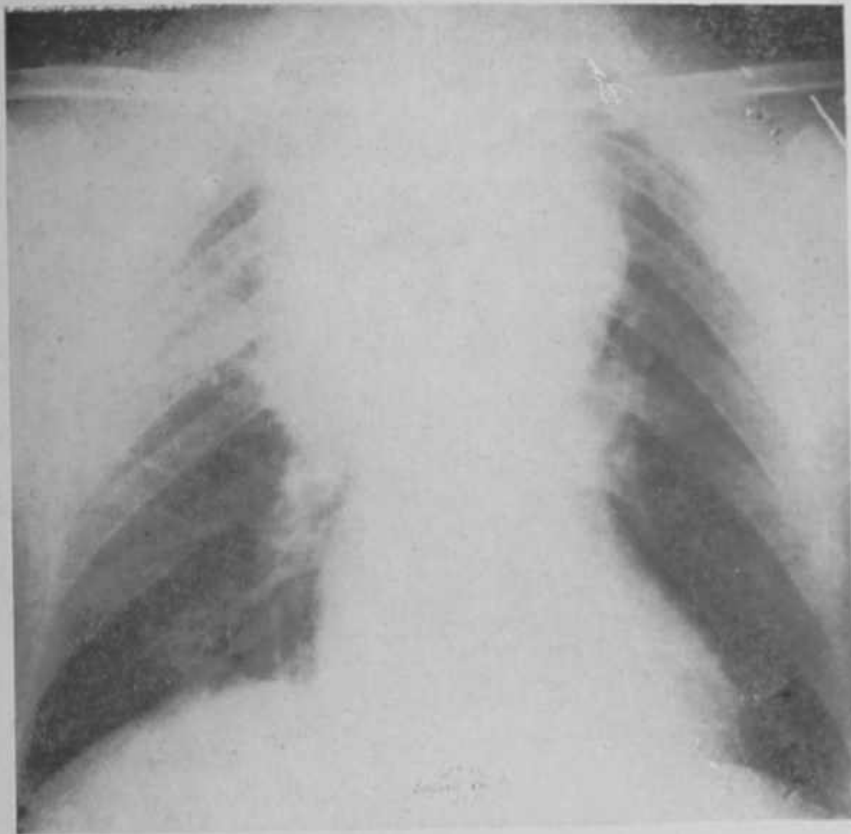


Fig. 5

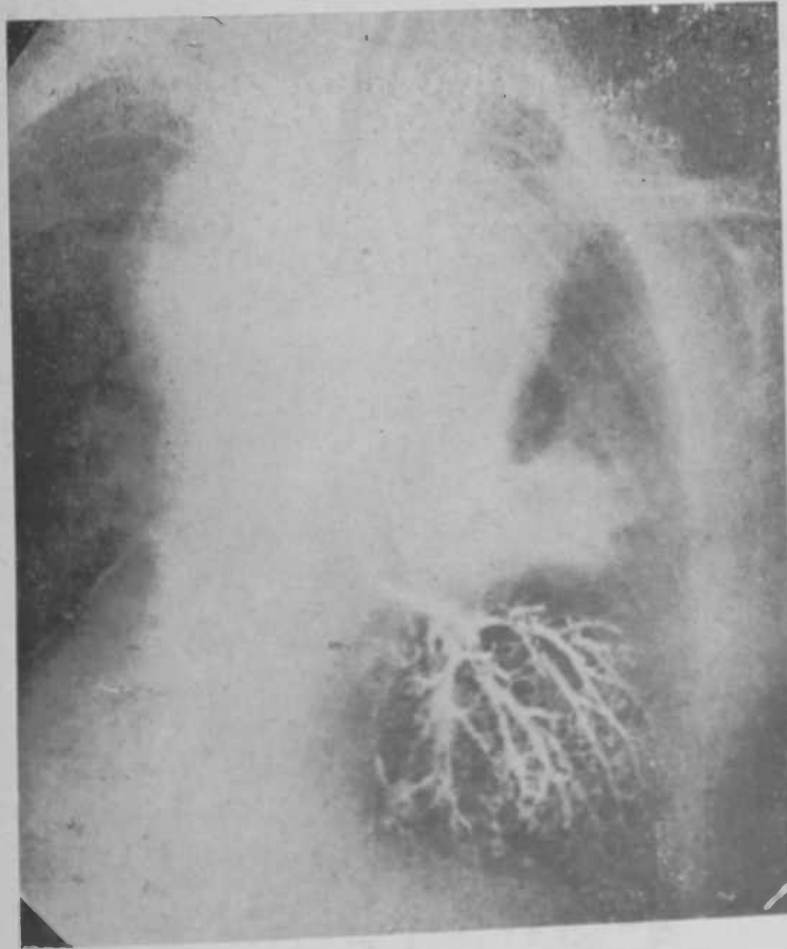


Fig. 6



Fig. 7

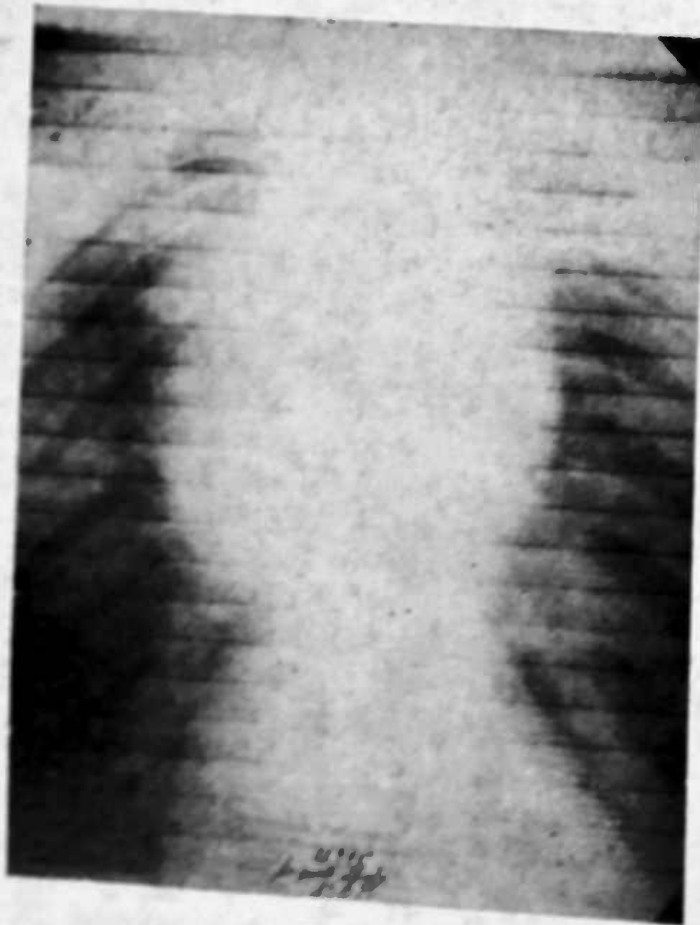


Fig. 8

Analizamos deste modo, as perturbações funcionais apresentadas pelo nosso doente. Vejamos, de modo sintético, o que fornecia a semiologia física. Sobre o manubrio esternal a percussão revelara som massiço. Auscultando o cavo oral ao mesmo tempo que se percutia, percebia-se som cavitario. (fig. 2). Como é possível compreender estes fatos? Normalmente sobre o esterno a percussão obtem um som claro que se degrada ao longo do osso, sendo quasi apagado na base, devido á presença do coração. O desenvolvimento de um tumor retroesternal modifica esta resonancia dando obtusidade percussoria. Quando o tumor ao mesmo tempo que toca a parede esternal, poem-se em contato intimo com a traquea profundameneae, crea novas possibilidades de propagação de sons percussorios, vindo desta maneira, o som a ser audivel na cavidade bucal. Obedecendo ao mesmo determinismo patogenico mas exercido em sentido inverso da traquea para o esterno, explica-se a audibilidade do sopro laringo-traqueal sobre o manubrio. Estes sinais foram todos descritos por Cardarelli no afan de tornar mais acessivel ao clinico a exploração do mediastino. A invasão do campo pulmonar direito trazia os sinais que descrevemos; submacicez com abolição da respiração na fossa infra-clavicular, e submassicez com sopro bronquico no intercapulo direito. Estes dados, entretanto, poderiam traduzir zonas de atelectasias pulmonar com impermeabilidade bronquica na parte anterior (abolição da respiração) e com permeabilidade na parte posterior (sopro bronquico). Nos filiámos á primeira explicação, pois as broncografias realizadas deram imagens normais.

Os exames radiologicos realizados confirmaram plenamente os dados obtidos pela exploração clinica. Senão, vejamos o relatorio do Dr. Paulo de Toledo:

“Tumor solido do mediastino superior e anterior, pretraqueal deslocando a crossa da aorta para a esquerda, de contornos mais ou menos regulares. Condensação pulmonar, de limites difusos ao hilo e ao nivel da região infra-clavicular D.”

A radiokimografia mostrou que o tumor não pulsava. Havia na sua porção esquerda as pulsações da aorta.

As broncografias a que já nos referimos mostraram boa

permeabilidade bronquica de ambos os lados. (radiografia: figs. 5, 6, 7 e 8).

EVOLUÇÃO DO CASO

O doente permaneceu na Enfermaria, trez mezes e meio aproximadamente. Seu estado geral foi sempre piorando apresentando-se com escarros hemoptoicos quasi todos os dias, e, mesmo, as vezes, verdadeiras hemoptises. Perda de 5 kilos de peso durante o tempo que esteve hospitalizado. Apareceram outras tumefações ganglionares e se intensificaram a dispnea, a cianose e a braquialgia. Faleceu em verdadeiro estado de asfixia, com forte cornagem. O tratamento usado foi puramente sintomatico pois a radioterapia não trouxe o menor exito.

Para avaliar do crescimento da massa tumoral fizemos posteriormente, outros exames radiologicos, tendo, como é possivel comparar (radiografias 5 e 7) havido aumento consideravel do tumor. Este sinal radiologico é o melhor para se avaliar de uma neoplasia maligna.

NECROPSIA DO CASO

Foi realisada pelo Dr. Constantino Mignone cujo relatório a seguir transcrevemos (fig. 3 e 4).

RELATORIO DA NECROPSIA

GENERALIDADES: — Cadaver de adulto do sexo masculino, de cor branca, medindo 162 cms. de comprimento, de compleição mediana, bastante emmagrecido. Cabeça regularmente conformada, recoberta por cabellos lisos e castanhos, cortados rentes. Palpebras cerradas. Corneas ligeiramente embaçadas e pupillas igualmente dilatadas. Pelas narinas, bocca e ouvidos não escorrem liquidos. Dentes em pessimo estado de conservação, apresentando raizes e caries numerosas. Pescoço curto e cylindrico, não apresentando ganglios nem cicatrizes. Thorax symetrico. Espaços intercostaes e fossas supra e infra-claviculares pouco pronunciados. Abdomen escavado. Na região inguinal esquerda, ao nivel da archada crural nota-se uma cicatriz linear medindo 6 cms. de extensão, acompanhando essa archada, sendo de cor branca e reticulada. Orgãos genitales externos e anus nada mostram de particular. Membros regularmente conformados. Abaixo da pelle que recobre a face anterior do thorax nota-se a presença de alguns nodulos sendo o maior do tamanho de uma avelã, de consisten-



Fig. 3

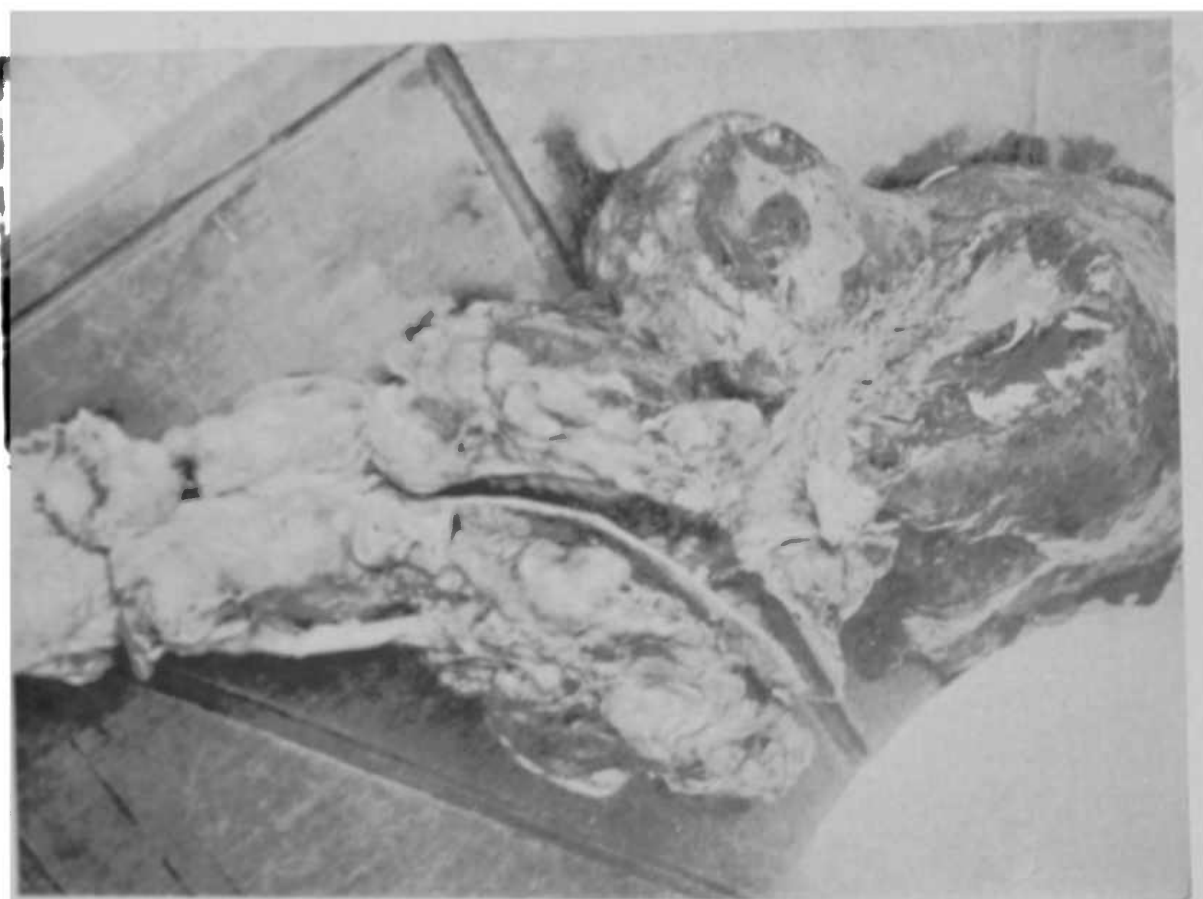


Fig. 1

cia dura, moveis, deslisando a pelle livremente sobre os mesmos. Na região inguinal esquerda nota-se a presença de um nódulo sub-cutaneo com as mesmas características e do tamanho de um ovo de pomba.

CABEÇA: — Calota craniana nada apresenta de particular. Dura-mater e seus seios nada apresentam digno de nota.

ENCEPHALO: — Nada apresenta de particular.

ORGÃOS DO PESCOÇO: — Lingua, esophago, pharynge e larynge nada apresentam digno de nota.

CAVIDADE THORACICA: — Os pulmões apresentam-se fortemente adherentes em toda a sua extensão. Pericardio liso, brilhante e humido, contendo normal quantidade de liquido. Na base do coração, occupando a parte superior da área cardiaca, mediastinho anterior, na região thymica, observa-se volumosa, massa tumoral de consistencia lenhosa, de superficie externa irregularmente lobulada, de côr branco-amarellada. Por sua face adhere fracamente á face posterior do plastrão external. Lateralmente adhere a pleura mediastinal dos lóbos superiores de ambos os pulmões. Superiormente, tem limites com o bordo inferior da thyroide do qual se separa perfeitamente. Posteriormente envolve a trachéa, á qual adhere intimamente ao nivel da sua metade anterior, mais para o lado direito. O ramo superior bronchial direito apresenta-se na sua porção inicial com a parede fortemente espessada á custa de uma infiltração neoplasica em sua extensão de mais ou menos 2 cms. estenosando quasi totalmente a sua luz. Este ramo bronchial dahi por diante apresenta a sua parede de aspecto normal, assim como é normal o seu calibre. A mucosa das vias respiratorias em toda a sua extensão se apresenta bem conservada. A aorta thoracica ascendente e grande parte da veia cava superior apresentam-se envolvidas pela massa tumoral; ambos os vasos estão permeaveis. Os cortes frontaes do tumor mostram ser o mesmo constituido por um tecido neoplasico denso, de côr esbranquiçada, salpicado por um fino pontilhado amarellado. Na sua espessura podem-se demilitar áreas redondas de tamanhos variaveis que dão em conjunto ao mesmo, um aspecto lobular. A parede da trachéa é na maior parte de sua extensão bem delimitada sendo em alguns pontos infiltrada pelo mesmo.

PULMAO ESQUERDO: — Pesa 800 grs. Mede 25 x 18 x 7 cms. Pleura fina e lisa, recoberta na fase anterior do lóbo superior por numerosos tractos de adherencias fibrosas rompidas. Nesta face nota-se um pequeno espessamento pleural sob a forma de um nódulo branco amarellado de consistencia dura, medindo 4 mm. de diametro. Superficie externa de côr vermelho-azulada. Consistencia augmentada e crepitação diminuida. A superficie de corte é de côr vermelho-vinhosa, brilhante, de aspecto gelatinoso dando pela expressão um abundante liquido sanguinolento espumoso. Na espessura da parenchyma pulmonar, ao nivel do bordo anterior, nota-se a presença de 2 nodulos de um tecido denso, homogeneo e esbranquiçado, bem delimitados, medindo respectivamente: 11 e 15 mm. de diametro.

PULMAO DIREITO: — Peso e dimensões ficam prejudicados devido a conservação de parte do pulmão, em peça para o Museu. O

lobo inferior apresenta-se com a pleura recoberta por numerosos tractos de adherencias fibrosas rompidas. Superficie externa de cor azul-escura. Consistencia bastante augmentada e crepitação diminuida. A superficie de corte é de cor vermelha, brilhante, gelatinosa, dando pela expressão um liquido sanguinolento fluido, abundante. O lobo medio apresenta a pleura da face anterior bastante espessada e de cor branco-leitosa. O tecido pulmonar situado logo abaixo desta zona apresenta uma área de infiltração neoplásica de forma arredondada, medindo 4 cms. de diametro.

CORACÃO: — Pesa 300 grs. Forma e volume normaes. Ponta formada a custa do ventriculo esquerdo. Cavidades direitas de capacidade normal. Tricuspidé de aspecto normal e medindo 12 cms. Pulmonar de aspecto normal e medindo 8 cms. Myocardio do ventriculo esquerdo de capacidade normal. Bicuspidé apresenta as lacínias fortemente esclerosadas nas bordas livres, medindo 11 cms. de circumferencia. A aorta apresenta as lacínias espessadas e duras e mede 7 cms. de circumferencia. Myocardio do ventriculo esquerdo de cor castanho escura, medindo 12 mms. de espessura. Coronarias de aspecto moral.

AORTA: — Elasticidade boa. A endarteria apresenta algumas placas salientes de cor branco amarellada, na sua porção inicial.

CAVIDADE ABDOMINAL: — Parede abdominal bem desenvolvida. Peritoneo liso, brilhante e humido. Epiplon pouco gorduroso e retrahido. Intestinos ligeiramente distendidos por gases. Appendixe ascendente externo e livre de adherencias. Baço livre de adherencias. Vesicula biliar livre de adherencias. Fígado na altura do reborbo costal ao nivel da linha mamilar direita.

FIGADO: — Pesa 1700 grs. Mede 29 x 17 x 9 cms. Capsula fina e lisa. Superficie externa de cor vermelho amarellado, distinguindo-se pouco nitidamente a estructura lobular. Vesicula biliar nada apresenta digno de nota.

BAÇO: — Pesa 200 grs. Mede 14 x 8 x 6 cms. Capsula fina e lisa. Cor cinzento azulada. Consistencia firme. Superficie de corte de cor vermelho, vinhosa, dando pela raspagem misturado e pequena quantidade de polpa.

PANCREAS: — Forma e volume normaes. Consistencia firme. Superficie de corte de cor roseo amarellada, mostra bem a estrutura lobular do orgão.

ESTOMAGO: — Nada apresenta digno de nota.

INTESTINOS: — No intestino delgado nota-se a presença de 2 nodulos salientes, constituídos por um tecido denso, homogeneo e esbranquiçado.

RIM ESQUERDO: — Mede 14 x 7 x 7 cms. A superficie externa apresenta em toda a sua extensão numerosissimos nodulos sub-capsulares salientes, arredondados, isolados ou confluentes, variando o diametro entre 2 e 20 mm. Esses nodulos são de superficie lisa, de cor branco amarellada e de consistencia dura. Na superficie de corte quer na zona cortical quer na medullar, nota-se a

presença de numerosíssimos nodulos de aspesto semelhante aquele descripto para a superficie external.

SUPRA-RENAL ESQUERDA: — Mede 7 x 3 x 3 cms. Forma conservada. Superficie externa de côr branco amarellada. Consistencia firme. Ao corte nota-se a substancia cortical da supra renal, constituida por uma fina faixa continua e amarellada, envolvendo u'a massa neoplasica constituida por um tecido, homogêneo e esbranquiçado, lobulado, occupando todo o centro do orgão.

RIM DIREITO: — Mede 14 x 8 x 6 cms. Caracteres externos e internos semelhantes aos do rim esquerdo.

SUPRA-RENAL DIREITA: — Mede 8x 5 x 5 cms. A forma está bastante alterada apresentando-se o orgão globoso, de superficie externa lisa, salientando-se na face anterior 2 nodulos de aspecto semelhante aos da outra supra-renal. Consistencia dura. Superficie de corte constituida por duas grandes massas de tecido neoplasico denso, homogêneo e esbranquiçado, envolvido por um fino alo amarellado de subsistencia cortical remanescente.

BEXIGA, PROSTATA E TESTICULOS: — Nada apresentam digno de nota.

MOLESTIA: — Endothelioma do mediastino.

DIAGNOSTICOS: — Metastases do endothelioma nas capsulas supra-renaes.

Metastases de endothelioma no intestino delgado.

Metastases de endothelioma nos ganglios inguinaes.

Congestão e edema do pulmão esquerdo. Metastases pulmonares e pleuraes. Pleurite fibrosa.

Congestão e edema do pulmão direito. Metastases de endothelioma pulmonares. Pleurite fibrosa.

Atrophia fosca do myocardio.

Arteriosclerose incipiente da aorta.

Congestão e hyperplasia da polpa vermelha do baço. .
