

CASOS CLÍNICOS



CONSIDERAÇÕES EM TORNO DE DOIS CASOS DE TUMOR MALÍGNO PRIMITIVO DA VESÍCULA BILIAR COM METASTASES HEPÁTICAS (*)

(Colecistectomia com hepatectomia parcial do lobo hepático direito) pelo

DR. SYLVIO LEMGRUBER

Trazemos ao conhecimento desta Sociedade as observações de dois casos de tumor maligno primitivo da vesícula biliar com metastases localizadas no lobo hepático direito, operados na Clínica Cirúrgica Maurity Santos (Hospital da Gambôa).

Em nosso meio não são comuns os casos de tumor maligno primitivo da vesícula, o que nos animou a aumentar com esta publicação o número dos casos nacionais.

Confesso que procurámos com todo interesse, os trabalhos nacionais e não conseguimos ler nenhum. Telefonamos aos próprios autores, que por displicência, não nos enviaram seus trabalhos. Encontramos por parte do professor Jorge de Moraes Grey, boa vontade, mas não tendo exemplar de seu trabalho, relatou-nos pessoalmente o caso. Operou um paciente em abdomen agudo, encontrando a vesícula túrgida, tensa, em que fez a colecistectomia e grande foi a sua surpresa, encontrando dentro da vesícula um tumor que, examinado histologicamente, deu como resultado carcinoma de células cilíndricas. O caso se torna mais interessante, porque não havia cálculos,

o que é mais raro. O doente faleceu 6 anos depois, de tuberculose pulmonar. Procuramos também o professor Amadeu Fialho, que nos atendeu com sua habitual gentileza, para saber quantos casos conhecia de tumores malignos primitivos da vesícula. Respondeu-nos que não são muito frequentes; e que somente passaram pelas suas mãos 11 casos e de vários cirurgiões, assim discriminados:

Material remetido: Vesícula biliar.
Remetente: Dr. Bonifácio Costa.

Resultado: P. C. 4.838, Carcinoma mucinoso da vesícula.

Material remetido: Vesícula biliar.
Remetente: Dr. Maurity Santos.

Resultado: P. C. 6.402, Adenocarcinoma mucinoso.

Material remetido: Vesícula biliar.
Remetente: Dr. Jorge Grey.

Resultado: P. C. 10.906, Carcinoma de células cilíndricas, em parte necrosado.

Material remetido: Vesícula biliar.
Remetente: Dr. Mário Kroeff.

Resultado: P. C. 12.928, Carcinoma espinocelular não ceratinizado.

Material remetido: Vesícula biliar.
Remetente: Dr. Sylvio Lemgruber.

(*) Trabalho apresentado à Sociedade Br. de Cancerologia, na sessão de 6 de maio de 1449.

Resultado: P. C. 15.978, Carcinoma epidermóide, tipo transicional. Litiase biliar.

Material remetido: Vesícula biliar.
Remetente: Dr. Nilton Sales.

Resultado: P. C. 16.206, Carcinoma de células altas, provavelmente primitivo da vesícula biliar, com metastase hepática. Icterícia mecânica.

Material remetido: Vesícula biliar.
Remetente: Prof. Hugo Pinheiro Guimarães.

Resultado: P. C. Carcinoma espinocelular. P. C. 16.341.

Material remetido: Vesícula biliar.
Remetente: Dr. Aguinaldo Xavier.

Resultado: P. C. 20.323, Adenocarcinoma da vesícula.

Material remetido: Fragmentos de vesícula biliar e de figado. Remetente: Dr. Aguinaldo Xavier.

Resultado: P. C. 20.323, Adenocarcinoma da vesícula.

Material remetido: Fragmentos de vesícula biliar e de figado. Remetente: Dr. Sylvio Lemgruber.

Resultado: P. C. 20.778, Carcinoma epidermóide, não ceratinizado, na sua quase totalidade não diferenciada. As metastases hepáticas reproduzem esta neoplasia com os mesmos detalhes.

Autópsia n. 1.983, no Hospital São Sebastião — Prof. Amadeu Fialho.

Resultado: Câncer da vesícula biliar.

Autópsia n. 5.005, no Hospital de N. S. do Socorro — Prof. Amadeu Fialho.

Resultado: Adenocarcinoma da vesícula biliar.

Na Clínica Cirúrgica Maurity Santos foram feitas 58 operações sobre o figado, vesícula e canais biliares, sendo 42 colecistectomias por litiase, 4 colecistostomias por litiase, 3 colecistostomias por empiema, 3 coledococtomias por cálculos, 3 abscessos intra-hepáticos e 1 cisto hidático do figado. Portanto, em 58 operações sobre o figado e vias biliares, somente foram encontrados 2 casos de tumor maligno primitivo da vesícula, que motivaram a presente comunicação.

Nota-se que os trabalhos estrangeiros citam porcentagem de tumores malignos primitivos da vesícula até 9%, o que de um modo geral pode-se afirmar que é uma porcentagem bem elevada em relação ao nosso meio. Será que em nosso país se faz mais operações sobre a vesícula? Como muitos atribuem um dos fatores prováveis dos tumores malignos da vesícula à colecistite calculosa, nota-se que de fato em nosso meio opera-se bastante litiases biliares, estando assim de um modo geral, fazendo a profilaxia dos tumores da vesícula.

Revendo os trabalhos publicados na literatura estrangeira, nota-se que ultrapassam de dois mil os casos de tumores malignos com comprometimento da vesícula. Observa-se certa confusão nos trabalhos divulgados, em que, se referindo aos tumores malignos do estômago, colon, pancreas, reto, prostata, etc., com metastase para o figado e vesícula, são elas citadas entre os tumores primitivos desta.

Queremos neste trabalho mencionar somente os tumores malignos primitivos da vesícula; talvez não ultrapassem de mil os casos confirmados histologicamente.

Os primeiros casos de câncer primitivo da vesícula foram encontrados em 1.777, por Maximiliano Stoll, que pu-

blicou um trabalho com 3 casos encontrados em autópsias. Hellé, em 1786, publicou um trabalho com quatro casos de câncer da vesícula. Em 1861, Freeichs mencionou no seu tratado sobre doenças do fígado a relação que existia entre litíase biliar e câncer da vesícula. Em 1889 Musser estuda um grupo de cem casos e Couvoisier, mais tarde, dedica um capítulo em sua obra com um total de 103 casos de câncer da vesícula.

Em 1907, Garré publicou seis casos de reseção do fígado por câncer da vesícula. Um trabalho interessante é o de Robson, que publicou observação de 14 casos. Wight ressecou todo o lobo esquerdo do fígado por carcinoma dos condutos biliares e notou que a hemostasia era mais fácil desde que a metastase estivesse bem localizada ao lobo.

Starjano tem na sua clínica 11 casos de carcinoma da vesícula que foram bem estudados e divulgados. Na revista argentina "Anais de Cirurgia", volume 8 nº 3, setembro de 1942, tiramos a relação seguinte de operações feitas por vários operadores e vários anatomo-patologistas em que encontraram diversos casos de câncer da vesícula, assim distribuídos: na sala de operação 401 casos de cânceres primitivos da vesícula e na sala de autópsia, 552.

Não podemos afirmar se todos os casos rotulados na estatística estrangeira tiveram confirmação do exame histológico e por mais experiência que se tenha, as observações perdem o interesse científico quando não são identificados histologicamente.

Seria interessante que após a descrição dos casos viesse imediatamente o resultado histopatológico da peça com a respectiva identidade do anatomopatologista.

Quanto à etiologia do câncer primitivo da vesícula biliar, continuamos como nos demais cânceres no terreno das hipóteses para explicar a nossa ignorância.

Se de fato os cálculos atuam como fator irritativo e mais os sais biliares e colessterina, também encontramos os casos de cânceres da vesícula sem cálculos; nestes casos somente estão presentes os sais biliares e colessterina como fatores da metaplasia. Não entrarei nas minúcias dos vários tumores encontrados na vesícula, porque seria repetir o que existe em todos os trabalhos publicados e pensamos que será mais dos anatomopatologistas. Falaremos somente em relação aos casos de nossas observações para completar mais o trabalho. Os tumores malignos mais frequentes da vesícula são os adeno-carcinomas, que aparecem sobre diversos sub-tipos. O caso de adeno-carcinoma infiltrante, que é a variedade mais comum nas estatísticas estrangeiras, vem numa porcentagem de mais de 50% relativa aos outros tumores segundo Couper, Kirshbaum, Kozoll e Mosto, e também é a variedade dos mais benignos tumores da vesícula. É um tumor de consistência dura e surge na mucosa ulcerada e vai se infiltrando em tôdas as camadas da parede vesicular, que vai se encarquilhando e perdendo a sua verdadeira função fisiológica. Depois se infiltra aos órgãos vizinhos, fígado, estômago, duodeno, colon, epiplo, etc., formando um verdadeiro bloco, conforme constatamos em nossos casos.

Este tumor tem origem quase sempre no colon ou fundo da vesícula; nos nossos casos parece que foi do fundo, devido aos colons estarem completamente livres, pela facilidade que tivemos na ligadura do cístico e artéria cística.

Ao microscópio, apresenta os alveólos e tubos atapetados por células cúbicas e

cilíndricas apoiadas sobre um estroma de denso tecido conjuntivo.

As nossas observações são de casos de carcinoma epidermóide em forma de transição, tipo mais raro de tumor e que tem dado origem a imensas discussões para explicar sua etiologia. Tumor epidermóide quando histologicamente a vesícula normal não tem tecido epitelial malpighiano, e surgem as teorias para explicar as prováveis hipóteses da verdadeira etiologia desses tumores: resíduos embrionários, etc.

Ao exame microscópico, encontra-se a invasão neoplásica do tecido epitelial de células poliédricas volumosas, às vezes anastomosadas e, em outros casos, não E' o tipo de carcinoma epidermóide, não ceratinizado e às vezes mais diferenciados.

A propagação dos tumores malignos da vesícula se dá como a de todos os tumores malignos; primeiramente pela infiltração aos órgãos ou tecidos vizinhos e depois pela via linfática, sanguínea e mais tarde se generalizando com as metástases à distância.

Esses tumores se tornariam de certo modo mais benignos se fossem muito mais precocemente diagnosticados.

Pelos estudos de nossos casos, observa-se que inicialmente vem o quadro clínico de litíase para mais tarde aparecer o tumor que aumenta lentamente e sem dor; as crises de cólicas se tornam menos frequentes e assim continuam as pacientes na expectativa de outros sintomas mais alarmantes, que é o desenvolvimento do tumor, para depois procurar o serviço de cirurgia.

Todavia sabemos que o tamanho do tumor é devido exclusivamente à infiltração aos órgãos próximos, o que torna a lesão muito mais grave e de mais difícil tratamento. Assim, como os anatomo-

patologistas afirmam a malignidade dos tumores pela classificação de Broder, nós os cirurgiões, avaliamos a extensão da malignidade pela exereses que possamos realizar.

PRIMEIRA OBSERVAÇÃO

Obs. nº 6.502 — Mariciana da Conceição Gomes. Rua José Lourenço, 18, casa 17 — Anchieta. Idade: 48 anos, parda, brasileira, casada, doméstica. Entrou na Clínica em 16-10-1948. saiu em 3-12-1948.

Antecedentes familiares: pai morto de hidropsia, mãe morta de causa ignorada.

Antecedentes pessoais: coqueluche, sarampo.

Antecedentes genitais: foi menstruada pela primeira vez aos 12 anos, durante 3 dias, de fluxo normal e sem cólicas. As posteriores vieram sempre normais. Teve nove gestações de períodos de gestação, parto e puerpério normais. Não teve aborto. Há um ano que não é menstruada.

Inspeção geral: estatura média, biotipo normolino, nutrição boa, mucosas coradas, gânglios impalpáveis, não há circulação colateral, não há icterícia presente, temperatura 36° 5, pulso 68 por minuto, pressão arterial Mx. 12 e Mn. 6 1/2.

História da moléstia atual: Há mais ou menos um ano que sofre do fígado. No princípio, sentia fortes cólicas hepáticas constantes, com vômitos biliares, cefaléia e mal estar geral e só tinha alívio com medicamentos caseiros. Em princípio de agosto de 1947 percebeu um tumor, indolor, duro, no local onde sentia em mais evidência as cólicas já mencionadas.

Conquanto esse tumor tenha aumentado gradativamente, desapareceu a sín-

tomatologia anterior; cólicas, cefaléa, vômitos e a dispepsia que tanto a incomodava. Por outro lado, começou a sofrer de constipação intestinal crônica, e ultimamente tem emagrecido, embora se alimente normalmente.

Pela inspeção do abdomen, nota-se no quadrante direito superior um tumor que ocupa todo o hipocôndrio do mesmo lado; em cima continua com o fígado, em baixo vem a uns 4 cms. da cicatriz umbelical, à esquerda atinge ou mesmo passa a linha mediana e para o lado direito parece confundir-se com a região dorso-lombar deste lado. Tumor de consistência dura, bosselado, de volume comparável à cabeça de um feto a termo, não doloroso e de mobilidade apreciável constatada claramente pela apalpação abdominal lombar, motivo porque se afastou a hipótese de tumor retro-peritoneal, que de um modo geral é fixo. Não se pode isolar o tumor do fígado, parecendo mesmo que tem com ele íntima ligação. A percussão é de tumor sólido, de consistência massiça. É de assinalar que a paciente suporta todos os exames sem revelar qualquer dôr nas manobras no local. Os exames feitos nas demais regiões abdominais nada evidenciam.

Exame ginecológico: pelos pubianos de implantação normal, grandes lábios senis, períneo íntegro.

Toque vaginal: vagina estreitada e profunda, pouco elástica. Colo uterino fendido transversalmente e voltado para a parede posterior da vagina. Fundos de sacos vaginais livres.

Palpar combinado: útero em anti-verso-flexão pequeno e indolor. Anexos impalpáveis.

Exame especular: colo fendido transversalmente e com erosão no lábio anterior.

Exame de laboratório:

Urina -- 19-10-48: volume de 24 horas, 800, gramas; côr, amarelo ambar; aspecto, turvo; consistência, fluída; superfície, não espumosa; cheiro sui generis; reação, ácida; densidade, 1.016; depósito, flocoso.

Dosagem dos elementos normais:

Uréia, 18,0; cloretos, 12,5; fosfatos, 1,65.

Elementos anormais:

Albumina, traços; mucina, ausente; glicose, ausente; acetona, ausente; ácido diacético, ausente; ácido B .butírico, ausente, indican, ausente; escatol, ausente; pigmentos biliares, ausente; ácidos biliares, ausente; urubilina, ausente; puz, ausente; sangue, ausente.

Exame microscópico:

Presença de muitas células epiteliais das vias inferiores, algumas hemácias, alguns leucocitos e alguns cristais de oxalato de cálcio.

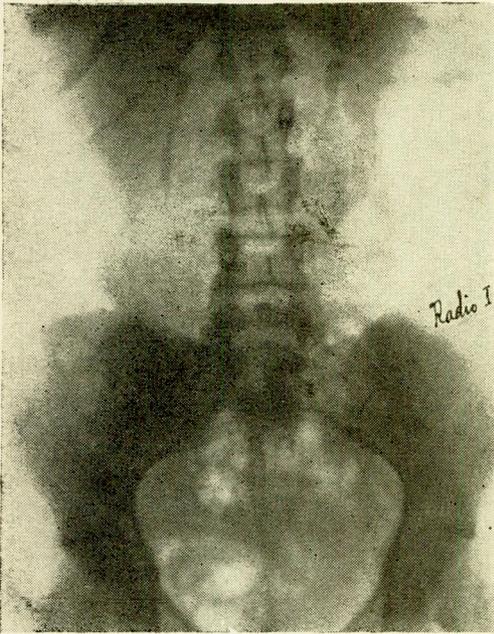
Exame de sangue:

Azotemia, 0 (35; reserva alcalina, 0,56; hemoglobina, 82%; hemácias, 4.500.000; leucocitos, 10.200; neutrófilos, 48%; eosinófilos, 6%; basófilos, 0,0%; monocitos, 3%; linfocitos, 43%; valor globular, 0,91; coagulação, 3'30"; sangria, 1'; hemossedimentação, 32 mm.

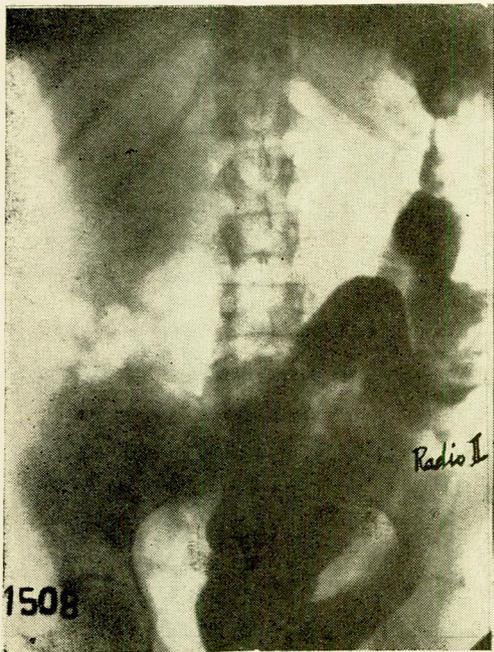
(Ass.) Dr. *Wilson Fragoso*

Radiodiagnóstico do aparelho urinário:

Rins de situação, forma e volume normais. Ausência de concreção opaca na região urinária. Eliminação em tempo e densidade normais. Cavidade pelica de aspecto normal. Desvio do ureter direito para fora: compressão extrínseca, conforme radiografia nº 1.



Colons: (Cliter opaco) — 9-11-948.
Colons permeáveis. Abaixamento do
ângulo hepático e do colon transverso.



Não ha modificação da parede, segundo
a radiografia nº 2.

(Ass.) Dr. Gil Ribeiro

Diagnóstico cirúrgico: tumor do fígado, neoplasia da vesícula?

Indicação operatória.

Operação feita em 3-12-1948.

Anestesia geral com eter, pelo estudante Ernani de Freitas.

Operador: Dr. Sylvio Lemgruber.

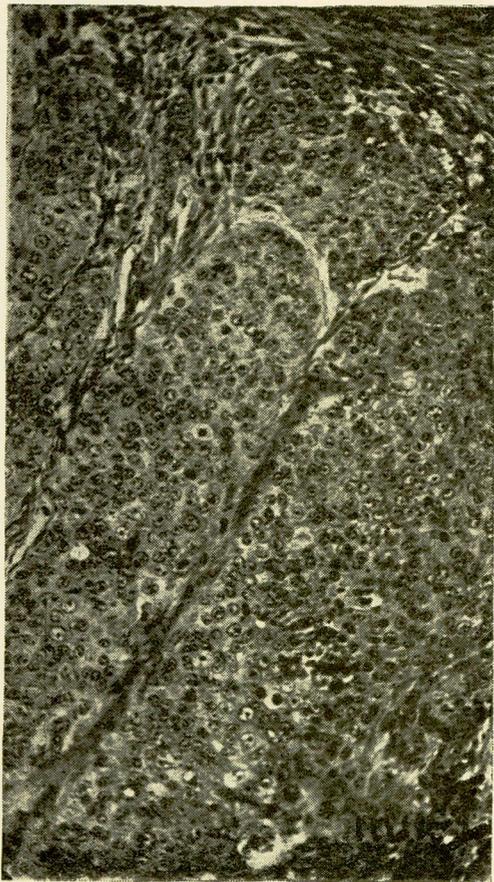
Auxiliares: Drs. Felício Falci e Edgard Falci.

Laparotomia para-mediana direita supra-umbelical.

Aberto o peritônio, nota-se pela inspeção, grandes aderências do colon e grande epiplon ao tumor. Desfeitas as aderências com certa facilidade, ficou constatado que o tumor era formado pela vesícula e por vários nódulos endurecidos, ocupando todo o lobo hepático direito. Nota-se perfeitamente a possibilidade de se fazer a operação de colecistectomia com hepatectomia parcial do lobo hepático direito, porque a lesão era perfeitamente limitada, circunscrita somente ao lobo hepático direito, e sem a menor invasão dos gânglios linfáticos, da veia porta, cístico e pre-aórtica, que estavam impalpáveis. A vesícula estava encarquilhada, dura, verdadeiramente fixa ao parênquima hepático, motivo porque pensamos logo em tumor maligno, e o lobo hepático direito, com vários nódulos duros, porém bem localizados. Quadro que sugestionava a extirpação.

Inicialmente foram ligados o canal cístico que estava livre e a artéria cística. Procedemos com o parênquima hepático, fazendo previamente ligaduras sucessivas de catgut em ponto em U, e seccionando o tecido em seguida.

Uma vez extirpado todo o lobo direito conjuntamente com a vesícula, notou-se que a hemostasia estava perfeita. Aproximamos com pontos separados de catgut a face anterior da posterior do fí-



nicilina, tônicos cardíacos, vitaminas C, B e K. Tirou-se os pontos no nono dia, estando perfeita a cicatrização.

No dia 3 de dezembro de 1948 teve alta curada sob observação.

A peça operatória é formada por todo o lobo hepático direito com a vesícula biliar. Aberta a vesícula deixou escapar um líquido amarelo esverdeado, purulento e notou-se no seu interior um tumor de tipo vegetante, com vários cálculos encravados. No parênquima hepático encontrou-se vários nódulos, duros, e aberto um deles, mostrou ser de consistência firme, de coloração amarela esbranquiçada. A peça toda foi enviada ao Instituto de Anatomia Patológica, para exa-

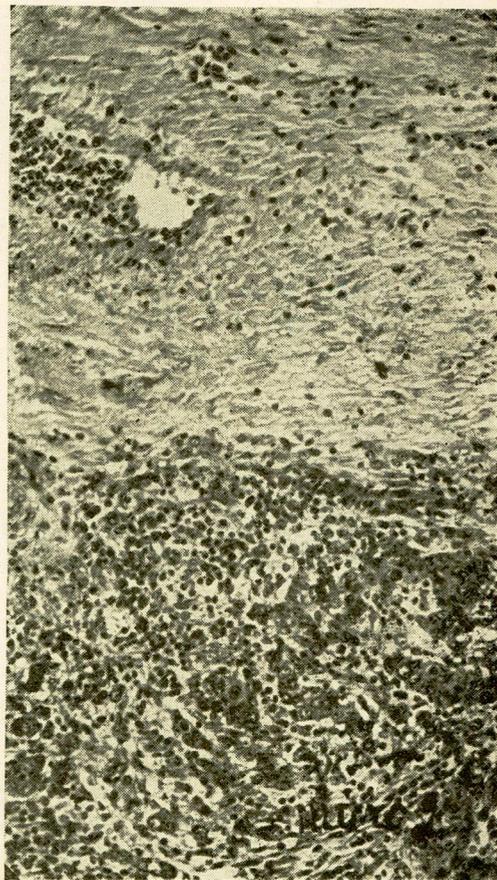
gado, ficando quase que completamente fechada a parte cruenta hepática. Completamos a nossa operação com epiploplastia, que ficou cem por cento satisfatório.

Fechamento completo da parede abdominal por três planos, pontos de aproximação nos músculos e fio de bronze como refôrço e agrafes na pele.

A paciente saiu da sala de operação muito bem.

Foi feita uma transfusão de sangue de 500 gramas, e tônicos cardíacos comuns, como em todos os casos cirúrgicos.

Sequência post-operatória: A paciente teve um período post-operatório benigno. Tomou uns dois litros de sôro mixto nas primeiras 24 horas de operada, pe-



me e para ser montada, vindo com o seguinte resultado:

Serviço de Anatomia Patológica da Saúde Pública: Marciana da Conceição Gomes. P. C. 20.778. Material remetido: Fragmentos de vesícula biliar e de fígado. Resultado: Exame microscópico: A estrutura vesicular acha-se totalmente desfigurada, em consequência da invasão por neoplasia epitelial, cujos elementos volumosos, às vezes acentuadamente poliédricos, constituem massas lobuladas anastomosadas ou não. Estas células têm, em um outro ponto, discretos filamentos unitivos. Carcinoma epidermóide não ceratinizado, na sua quase totalidade não diferenciada. As metastases hepáticas reproduzem esta neoplasia, com os mesmos detalhes, segundo as microfotografias ns. 1 e 2.

(Ass.) Dr. *Amadeu Fialho*

Enviamos a paciente ao Serviço de Raio-X do Instituto Nacional de Câncer, para completar sua cura, que nos enviou o seguinte relatório em maio de 1949: A paciente Marciana da Conceição Gomes fez uma série de Roentgeterapia neste Serviço, que teve a duração de 4 semanas (de 31-1-48 a 25-2-48). Recebeu o total de 3.000 r em profundidade e foram empregadas 3 portas: uma anterior na altura do hipocôndrio direito, uma posterior na região correspondente posterior e a terceira no flanco direito em correspondência com as outras duas. Fatores físicos; 200 kv., 15mA., filtro de 2,0mm. de cobre e camada hemi-redutora equivalente a 2,0mm. de cobre.

(Ass.) Dr. *Antonio Pinto Vieira*

SEGUNDA OBSERVAÇÃO

Obs. n. 5.245 — Florisbela Rangel. Rua Castro Menezes, 225. Idade — 52 anos, branca, brasileira, viuva, doméstica.

Entrou na Clínica em 8-11-1943, data do óbito em 26-11-1943.

Antecedentes familiares: pais mortos de causas ignoradas.

Antecedentes pessoais: sarampo, malária;

Antecedentes genitais: foi menstruada pela primeira vez aos 11 anos, durante 4 dias, de fluxo normal e sem dores. As posteriores vieram sempre mais ou menos com os mesmos sintomas das primeiras. Teve 5 gestações com os períodos de gravidez, parto e puerpério normais. Não teve aborto. Desde 1932 que não é mais menstruada, tem tido corrimento vaginal de cor amarelada.

Inspeção geral: estatura média, biotipo brevilineo, nutrição média, dentes ausentes, mucosas coradas, gânglios impalpáveis, circulação colateral presente. Temperatura 36°6, pressão arterial Mx. 14,5, Mn. 7,5.

História da moléstia atual: há um ano após uma refeição farta, sentiu fortes dores na região epigástrica, sendo chamada a Assistência que lhe aplicou uma injeção dando alívio imediato. Ultimamente tem perdido o apetite, tem insônia e sente constantemente dores na região epigástrica. Tem notado um tumor que parece do fígado, motivo porque procurou a nossa Clínica.

Aparelho circulatório com sopro da mitral e com dispnéia de esforço.

Aparelho respiratório e nervoso normais.

Abdomen: pela inspeção do abdomen nota-se na região hepática um tumor de consistência dura, liso, doloroso, parecendo fazer corpo com o fígado, de mobilidade reduzida e do tamanho aproximadamente de uma laranja da Bahia.

Exame ginecológico: pelo pubiano de implantação normal, grandes lábios senis e rutura incompleta de perineo. Ao es-

forço da paciente nota-se ligeiro descenso das paredes da vagina.

Toque vaginal: paredes vaginais normais. Vagina profunda. Colo pequeno com o orifício externo fendido transversalmente.

Palpar combinado: corpus-uteri, pequeno em médio-retro-versão. Anexos impalpáveis.

Ao espéculo, colo senil e ulcerado.

Exame de laboratório:

Urina — 15-11-1943: volume de 24 horas, 900 gramas; côr, amarelo ambar; aspecto, turvo; consistência, fluída; superfície, não espumosa; cheiro, sui-generis; reação, ácida; densidade, 1.100; depósito, flocoso.

Dosagem dos elementos normais:

Uréia, 16,8; cloretos, 11,3; fosfatos, 1,50.

Elementos normais:

Albumina, traços; mucina, ausente; glicose, ausente; acetona, ausente; ácido diacético, ausente; ácido B. butírico, ausente; indican, ausente; escatol, ausente; pigmentos biliares, traços; ácidos biliares, traços; sangue e puz, ausentes.

Exame microscópico:

Presença de muitas células epiteliais das vias inferiores, algumas hemácias, piócitos e cristais de oxalato de cálcio.

Exame de sangue:

Azotemia, 0,30; reserva alcalina, 52,4; glicemia, 1,0; hemoglobina, 83%; hemácias, 4.200.000; leucocitos, 9.000; neutrófilos, 45%; eosinófilos, 5%; basófilos, 0,0%; monocitos, 3%; linfocitos, 43%; valor globular, 0,82; coagulação 4'208'; sangria, 1'.

A prova de Meltzer-Lyon feita duas vezes foi negativa.

(Ass.) Dr. Wilson Fragoso

Exame de Raio-X:

Não foram feitos porque o Raio-X do Hospital estava em conserto.

Diagnóstico cirúrgico: colecistite calcúlosa.

Indicação: operatória. Operação feita em 23-11-1943.

Anestesia extradural com novocaina a 2% pelo Dr. Oswaldo Nazareth.

Operador Dr. Sylvio Lemgruber.

Auxiliares: Drs. Oswaldo Nazareth e Luiz Martins.

Laparotomia para-mediana direita supra-umbelical.

Aberto o peritônio, desfaz-se as aderências epiplóicas, mediante ligaduras. Consegue-se delimitar a massa tumoral de côr lardácea juntamente com a vesícula que todavia é aberta durante o descolamento feito e deixa escapar puz amarelo esverdeado. O leito vesicular é formado de tecido lardáceo que se infiltra nela de tal maneira, que não é possível isolar, senão resecando também conjuntamente o tecido hepático que saiu em bloco, após terem sido feitas as ligaduras do cístico e da artéria cística. O tecido hepático que ficou cruento sangrava em abundância, motivo porque se fez um tampão cerrado de gaze no leito vesicular.

Fechamento incompleto da parede abdominal em 3 planos reforçados com fios de bronze e grafes na pele.

Foi feita imediatamente transfusão de sangue de 500 gramas, tônicos cardíacos e 3 litros de sôro glicosado nas primeiras 24 horas.

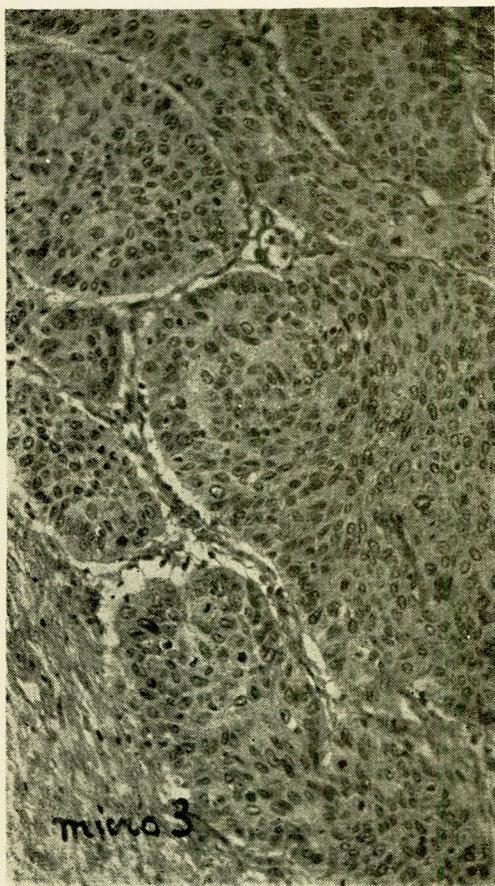
Sequência operatória:

A temperatura oscilou entre 37° e 38°, vômitos contínuos até o 3° dia, em que veio a falecer, embora tivesse sido feita toda a terapêutica comum. Choque operatório.

Exame da peça operatória: consta de uma vesícula de paredes espessadas, intimamente aderentes ao fígado e ao epiplô, havendo também alguns cálculos.

A peça foi enviada ao exame anatomo-patológico.

Serviço de Anatomia Patológica da Saúde Pública: Florisbela Rangel. P. C. 15.978. Estrutura vesicular, nos fragmentos examinados, completamente desaparecida. Entre os feixes fibro-musculares ainda existentes, encontram-se agrupamentos celulares, de tamanho variável, cujos elementos são, em geral, poligonais ou discretamente alongados, com um



núcleo vesiculoso, às vezes monstruoso. Entre alguns elementos, encontram-se filamentos unitivos. Carcinoma epidermóide da vesícula biliar. (Grau 3).

(Ass.) Dr. Amadeu Fialho

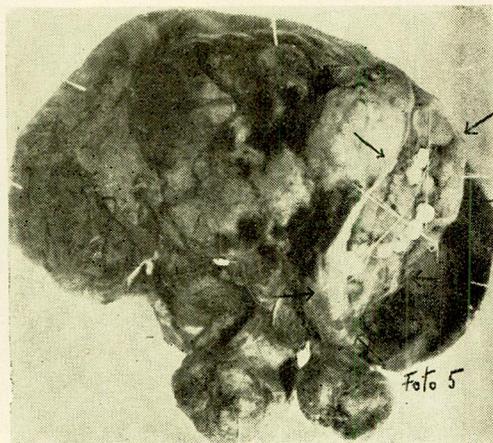
A microfotografia nº 3 é do relatório acima.

Da presente observação vamos relatar os dados positivos que o caso clínico nos forneceu para tirarmos alguma coisa de objetivo, prático e útil nesta comunicação.

Nota-se que no princípio da doença da 1ª observação, a paciente sofria de cólicas hepáticas, com cefaléia e vômitos. Após o aparecimento do tumor no lado direito superior notado pela paciente, ela nunca mais sofreu de cólicas, nem cefaléia e nem de vômitos, porém apareceu-lhe prisão de ventre.

Examinando a peça operatória, que é o lobo direito e a vesícula, vê-se dentro desta um tumor do tipo vegetante, tendo encravados vários cálculos pequenos, conforme a fig. nº 4.

A imobilidade dos cálculos pelo tumor da vesícula, evitou as cólicas que tanto importunavam a paciente, bem como o quadro clínico, cefaléia, vômitos e a enxaqueca que êsses casos sempre trazem. Nunca teve icterícia. O diagnóstico cirúrgico dos casos que não são comuns,



desperta sempre grande interesse dentro das clínicas. E é justamente a liberdade que sempre predominou na Gambôa, de cada um manifestar sua opinião sobre os casos, que nos unimos e comentamos as hipóteses prováveis para chegarmos a

uma conclusão segura, indicação precisa, para se realizar uma exeresse perfeita. As radiografias que pedimos dos rins foi devido à hipótese de tumor retro-peritoneal, embora eu houvesse me manifestado contrário, devido à grande mobilidade do tumor, mesmo assim, foi feita a pielografia descendente, pelo Dr. Gil Ribeiro, que mostrou o rim direito normal. O clister opaco revelou que o grosso intestino estava livre, conforme a radiografia n. 2, porém afastado para dentro e para baixo pelo tumor. De fato, corremos numa lamentável falha: não termos pedido também radiografia da vesícula. Mas tal era nossa convicção do tumor hepático, que não quisemos mais protelar a operação. Já haviam sido feitas duas tubagens duodenais; foram negativas as provas de Meltzer-Lyon.

Agora nos convencemos de que a radiografia da vesícula nada esclareceria, porque esta não funcionava mais, e o cístico estava completamente obstruído. A via de acesso é sempre de acordo com a predileção do cirurgião. Nós, de um modo geral, escolhemos a via para-mediana transretal direita, que nos deu no caso uma via de acesso muito boa.

Confesso que nunca havia lido com certo interesse os tumores malignos de vesícula. Nossa cirurgia corrente é a colicistectomia, que comumente fazemos e o modo de resolvê-los já pertence ao nosso sub-conciente. Mas todo cirurgião que pratica cirurgia de câncer, adquire visão e experiência, que o habilita a resolver com eficiência qualquer caso de lesão maligna. Sua responsabilidade torna-se mais sensível, porque enfrenta os casos em que a biopsia é impossível. Diante do imprevisto de tumor maligno, ele tem que examinar a extensão da lesão e a possibilidade de exeresse, prevendo o êxito do

post-operatório, e o melhor sucesso para as sequências afastadas.

Estamos perfeitamente de acordo com Wright, que encontrou mais facilidade para fazer a hemostasia resecando o lobo esquerdo do fígado por carcinoma do conduto biliar.

O nosso caso foi idêntico, havia como que um pedículo do lobo direito hepático, lesão perfeitamente circunscrita que convidava à extirpação. E mais uma vez declaro que foi uma operação fácil, de hemostasia sem dificuldade, embora o pavor que se tem das hemorragias hepáticas, e no entanto, fazendo as ligaduras previamente, não há o menor perigo. Hoje estou convencido de que o primeiro caso que tivemos de carcinoma epidermóide da vesícula, 2ª observação deste trabalho, foi mal resolvido; a operação foi incompleta; houve ruptura da vesícula, a exeresse não foi perfeita e a hemostasia difícil, e o resultado veio: a paciente faleceu no 3º dia da operação. Se tivéssemos feito uma operação semelhante a esta última, estamos convencidos de que os resultados teriam sido outros. Mas, quem trabalha, quem luta dentro dos hospitais, constantemente, encontra surpresas e imprevistos. Enfim, foi um dos pontos que mais me feriu na publicação desse trabalho, que nos casos de tumores malignos da vesícula, quando ela está intimamente aderente ao parênquima hepático, é preferível fazer a hepatectomia parcial.

Confessamos que nos casos de dúvida drenamos sempre, e nunca vimos perder doente por ter sido drenado, mormente hoje, com o dreno de borracha macia de Penherol, o que considero uma maravilha nos casos em que houver a mínima suspeita de uma provável ocorrência.

O nosso caso não drenamos, devido à hemostasia ser perfeita e uma cobertura completa de toda a extensão hepática cruenta, e o post-operatório confirmou a nossa atitude, porque não houve absolutamente qualquer acidente para o lado peritonial.

Tratamento: O tratamento é unicamente o cirúrgico e deve ser o mais precoce possível. Sendo uma lesão que aparece em órgãos invisíveis e impalpáveis dentro da cavidade peritonial, torna-se difícil de diagnóstico clínico e de biópsia impossível.

O que se observa primeiramente, é o quadro clínico de litíase biliar para mais tarde aparecer o tumor.

Como estão surgindo com mais frequência os tumores primitivos da vesícula conjuntamente com o quadro de colicistite, vão chamando a atenção para se operar com mais precocidade os pacientes portadores dessas afecções, porque os tumores da vesícula só têm sido encontrados durante as intervenções sobre o fígado e vias biliares, etc. A via de acesso é a laparotomia supra-umbelical, e fazer a exeresse mais ampla possível com extirpação do tumor e todo o tecido próximo comprometido e os gânglios correspondentes quando invadidos.

A colicistectomia é sempre imperativa. Agora afirmamos que se deve proceder a hepatectomia parcial desde que o tecido hepático esteja comprometido sem a preocupação que se tinha das hemorragias imaginárias prováveis. Na 2ª observação deste trabalho, tivemos medo de fazer operação radical; assistimos hemorragia grande, difusa e de difícil hemostasia, talvez tivesse contribuído, estamos certos, para o desfecho fatal.

Se por acaso encontrarmos um tumor de propagação inestirpável, tira-se um fragmento para se fazer a biópsia para

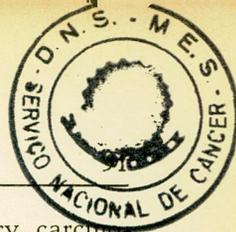
poder figurar na estatística dos verdadeiros tumores malignos. Recuamos porque nestes casos a cirurgia de nada valerá e será a causa de mortalidade na estatística global.

A cirurgia hoje adquiriu um terreno de garantias baseado nos recursos de que se pode lançar mão: transfusão de sangue, plasmas e toda uma vasta terapêutica eficiente e adequada, podendo-se fazer com mais confiança as operações de exeresse ampla com reconstituição anatomo-fisiológica quase perfeita. O cirurgião que faz cirurgia de câncer, adquire confiança e experiência que o tornam mais corajoso nas suas decisões, confiantes nos resultados eficientes que se observa constantemente.

Roentgenterapia: Todos os nossos doentes portadores de tumores malignos, qualquer que seja a terapêutica que fazemos, cirurgia ou radium, completamos sistematicamente o tratamento com a roentgenterapia.

A nossa doente foi entregue aos cuidados do Serviço Nacional de Câncer, conforme o relatório de nosso colega Dr. Antonio Pinto Vieira. É interessante observar que nenhum trabalho que lemos faz referência à roentgenterapia, naturalmente que se sub-entendem que em todos os pacientes foi feita a roentgenterapia como complemento ao tratamento; mas, pensamos que as observações devem ser completas e acompanhadas de todos os detalhes relativos ao tratamento, para o conhecimento de todos que se interessam no problema da cura do câncer.

Queremos agradecer publicamente a todos os nossos colegas que nos têm honrado com a sua amizade e boa vontade, tornando cada vez mais eficiente nosso Serviço com sua valiosa colaboração. Ao Prof. Amadeu Fialho, esteio sólido, garantia básica dos nossos exames histoló-



gicos; o amigo de sempre. Os serviços de roentgenterapia do Instituto Moncorvo Filho, na pessoa do Dr. Bruno Lobo Filho e do Instituto Nacional de Câncer na pessoa do Dr. Osolando Machado e seus colaboradores, a nossa gratidão.

BIBLIOGRAFIA

"Experimental carcinoma" N; N. Petrov & N. A. Krothina. *Ann. Surg.* 25: :241-248, fevereiro de 1947. "With report of cases", W. Suiffet & R. Muno. *An. Fac. de Med. de Montevideu*, 31: :367-392 (1946). *Rev. Med. el Chile A. Vargas Molinare & A. Larach*, 74:384-387, junho de 1946. "Adenocarcinoma with calculous syntoms: case (P. Domenichini). *Boll. Soc. Med. Chir. Moderna*, 42:431-441 (1941-1942). "Colloid carcinoma of gallblader, with widespead metastases". *New England J. Med.*, 235: :691-693, novembro 7 de 1946. "Lithiasis and cancer" (W. R. Suiffet) *Boll. Soc. Cir. de Uruguay*, 16:3891396-1945. "A primary carcinoma" (F. J. Kelly & T. Spred), *Texas State, J. Med.*, 42: :327-329, setembro, 1946. "Biliary lithiasis and primary cancer case (R. Sorlero Pizarro & J. Sembres) *Ann. Inst. Modelo de Clinica Médica*, 24:523-532, 1943. "Primary Cancer" (G. Peco & E. Cipolla) *An. do Inst. Modelo de Clinica Médica*, 24:191-230, 1943. "Primary Carcinoma" J. M. T. Finney Jr. & M. L. Johonson. *Ann. Surg.* 121:425-434, abril 1945. "Boll. Soc. Cir. de Rosario" (C. Stajano), 12:131-136, julho, 1945. "Primary cancer" (S. Araueda Bravo & B. Herrera, 1945. "Primary Cancer cases" (R. R. Donovan & R. Waveiro) *Arch. Argentino de enferm. cl. ap. digestivo e de la nutrición*, 20:332-339, julho-agosto, 1945. "Primary cancer" (J. Levi Boladeres). *Bol. Sec. Sau. Policia Nac.* 1:78-82,

julho-setembro, 1945. "Primary carcinoma" (F. G. Hamilton) *Ohio State M. J.*, 42:378-379, abril, 1946. "Carcinoma clinical and pathologic study (J. L. Vadhheim, H. K. Gray & M. B. Dockerty) *Ann. J. Surg.* 63:173-180, fevereiro, 1944. "Primary Cancer; study apopos of case treated by cholecystectomy and parcial hepatectomy" (J. Sury Boladeres), *Boll. Siga contra el cancer*, 18:257-287, setembro, 1943. "Primary Cancer" (J. A. Acebal), *Ann. de cirurgia*, 8:163-209, setembro, 1942. "Primary tumors", *Rev. Med. de Chile*, 70:833-842, novembro, 1942. "Study of 60 cases" (H. Mattson), *Minnesota Med.* 25:985-988, dezembro, 1942. "Squamous cell carcinoma (role of cholelithiasis) (J. F. Currau), *M. Times, New York*, 70:421-424, dezembro de 1942. "Sintomatologia e diagnóstico do câncer da vesícula", *Rev. Paulista de Medicina*, 20:137-146, março de 1942. "Calculous e cancerous cholecyst", J. Guenú & A. Marrehoeuf, *Press. Medica*, 49:462-463, 29 de abril, 1941. "Primary epidermoid cancer", A. Marano & R. F. Matua, *Semana Médica*, 2:609-614, 11 de setembro de 1941. "Carcinoma of gallbladder with extension to liver", *New England, J. Med.*, 224:989-992, 5 de junho de 1941. "Colloid carcinoma of gallblader with direct extension to common and cystic bileducts, liver, etc", *New England J. M.* 225:878-881, 27 de novembro de 1941. "Primary Cancer", L. Costa, *Policlinico*, 47:370-377, setembro de 1940. "Primary carcinoma", D. P. Greeulee, R. C. Hamilton, F. P. Ferraro, *Arch. Surg.*, 42:598-610, março de 1941. "Câncer primário simulando abdomen agudo", J. de Moraes Grey, "O Hospital", 18:47-54, julho de 1940 "Etiologic role of gallstoner", R. Warren & F. G. Balch Jr., *Surgery*, 7:657-666, maio de 1940.

