

## DETECÇÃO DO CÂNCER PULMONAR

### INDICAÇÕES DA TORACOTOMIA (\*)

PROF. E. PENIDO BURNIER (\*\*)

**GENERALIDADES:** A cura do câncer em geral e dos do tórax em particular, ainda é um terreno aberto. Os estudiosos se aprofundam em pesquisas; os médicos ensaiam centenas e centenas de drogas; os radioterapeutas associam-se aos tratamentos clássicos, combinando dose, tempo e filtragem; os cirurgiões se aprimoram em técnicas as mais variadas — e o que obtemos? Até agora, apenas uma escassa percentagem de curabilidade clínica.

**CONDIÇÕES DE COMBATE:** Mas para que se obtenha aumento da percentagem de curabilidade dos tratados de câncer pulmonar, algumas condições são exigidas, até que um "remédio" venha pôr termo tão inglória luta.

Daí a tese que nos propomos defender, para concluirmos sobre o tema das indicações da Toracotomia.

#### 1 — DO EXAME PERIÓDICO E SISTEMÁTICO DAS POPULAÇÕES

Esta, se não é a principal, forma entre as principais armas de que dispomos para diagnosticar o câncer do tórax em seus primórdios. Uma simples radiografia do tórax, economicamente feita com o dispositivo do grande Manoel de Abreu, abreugrafia ou roentgenfotografia é capaz de detectar o menor sinal de anormalidade, compatível com

1 — Todo indivíduo de mais de 30 anos deveria se submeter periodicamente à exame médico; se não espontaneamente, obrigatoriamente através os órgãos governamentais a isto destinados. Já é rotina tal orientação nos colégios das grandes capitais do país, forças armadas etc.

2 — Intensificar as propagandas pela imprensa escrita, falada e televisionada, do valor do exame periódico. Multiplicarem-se os cursos de ensinamento médico, profissional no que se refere ao câncer em geral e em particular o do tórax.

3 — Insistir junto à classe médica da necessidade de esclarecimento o mais rapidamente possível de toda e qualquer sombra torácica ou anomalia fisiológica, não identificada pelos meios habituais, através a Toracotomia Exploradora.

uma segura suspeita, que bem orientada leva invariavelmente, senão a cura completa a uma sobrevida bastante compensadora.

Não se iludam, colegas ou leigos, só há chance de bons resultados com o tratamento do câncer torácico inicial, sem qualquer sintoma.

(\*) Trabalho apresentado à 2.<sup>a</sup> Jornada Brasileira de Cancerologia — Est. da Guanabara — Out.º 1961.

(\*\*) Docente de Clínica Cirúrgica da Universidade do Brasil — Chefe de Cirurgia Torácica do Instituto Nacional de Câncer — Chefe de Organização e Contrôlo do Serviço Nacional de Câncer.

Ao lado da intensão com que se praticam estes exames, qual a de uma geral ofensiva contra o câncer torácico, outros benefícios advêm da conduta: detecção de anomalias osteos-articulares; defeitos cardiovasculares; existência de atermatose; dilatações aórticas; aneurismas incipientes; tumores benignos; tumores embrionários; bronquiectasias; infiltrações tuberculosas etc. que de qualquer modo, cirúrgicas ou não, tratadas em

período inicial trazem não só benefícios na idade avançada como podem impedir o aparecimento do câncer.

Mas, se de um modo geral, todos devem se submeter ao exame periódico e sistemático, uma classe de indivíduos se beneficiaria em especial: os fumantes e os que lidam com substâncias reconhecidamente cancerígenas, como os derivados do petróleo, para não deixarmos de exemplificar.

## 2 — A PROPAGANDA LEIGA E PROFISSIONAL

O esclarecer por todos os meios, pela imprensa, rádio e televisão aos leigos em geral é de uma importância fundamental.

Há evidentemente ao lado dos que por ignorância reagem ao exame periódico, os que conhecendo o problema, não querem revelar a si mesmos, a possibilidade de ter uma lesão torácica. Há os que preferem, mesmo, com pequenos sintomas evitarem um esclarecimento, aferroados aos princípios de que o câncer é incurável. Há os que apelam para todos os meios, antes de se entregarem à profissional competente, perdendo assim o melhor tempo para uma possível cura. Há os que, enfim, trocam o certo pelo duvidoso, recorrendo a tratamentos experimentais, de curandeiros e rezas, na esperança de que não seja o seu, o mal que adivinha ou suspeita.

Também entre os profissionais da medicina é útil a repetição dos slogans de propaganda do câncer, pois fazem ter em mente, sempre, a possibilidade da sua existência.

Costumamos dizer que, só encontra quem conhece ou suspeita o câncer. Os cursos de extensão universitária, os congressos, as palestras em sociedades, ilustram e atualizam os colegas das capitais e principalmente os do interior.

Numa enquete feita no Instituto Nacional de Câncer, foi verificado que o tratamento adequado dos cânceres em geral, foi retar-

dado, nos anos de 1946 a 1950, em igual percentagem por culpa do paciente e do médico que primeiro foi consultado. Já de 1950 a 1960, pouco ou nada melhorou o papel do médico, na triagem do suspeito de câncer; continuam a procurar-nos quase que somente casos adiantados. Pode-se mesmo afirmar que de 10 ou 30 anos para cá, se houve alguma melhora em percentagem de cura clínica de mais de 5 ou 10 anos não ultrapassou de 3%. Não que os técnicos não melhorem, nem estejam menos interessados, mas porque e principalmente porque, o povo em geral e em particular o médico geral, ainda não está bem relacionado com o câncer. Infelizmente a grande clientela ainda é do médico medíocre, que em não se especializando, faz a chamada clínica geral, dando consultas quase que por telepatia, sem aprimorar o exame, a observação atenta do seu paciente. O número dos que o procura é grande, atraídos pelo baixo preço e por isso mesmo não dá, porque é impossível bem examinar depois da 20.<sup>a</sup> consulta e há os que dão acima de 40 a 60 diárias, em um ou mais consultórios. Assim, mal observados, examinados e orientados passam-se dias, semanas, meses e às vezes anos até que gritante salta o diagnóstico à vista. Daí então, pressurosos, médicos e enfermos, peregrinam de hospital em hospital à cata de um leito, agora para morrer e deixar até certo ponto tranqüila a consciência do profissio-

nal que vê nisto uma boa ação, o não deixar o seu paciente morrer sem o socorro de um centro bem aparelhado. Êste, infelizmente, é o quadro que vemos todos os dias, sempre em número maior do que dois, em que somos pressionados pelo enfermo e o médico para encontrar uma vaga. Quando não,

esquecendo-se de sua responsabilidade no avanço da enfermidade, apela para serviços sociais e até para políticos a fim de conseguirem se livrar de sua vítima e assim até certo ponto se penitenciando, por conseguirem aliviar o canceroso incurável nos seus últimos instantes.

### 3 — DO DIAGNÓSTICO DA SOMBRA TORÁCICA AINDA QUE PELA TORACOTOMIA

Só no mês passado, em clínica particular, tive dois exemplos do quanto ainda é preciso repizar: a necessidade de se perder o medo da Toracotomia, para o diagnóstico de câncer do pulmão. Então em clínica geral, no Instituto, isto até é quase que rotineiro.

Os médicos clínicos, alguns dos quais de grande cultura e projeção no meio médico, retardam o diagnóstico final e conseqüentemente o tratamento pelo abuso de exames improdutivos, repetindo-os no afã de conseguirem um resultado pré-operatório, para se julgarem aptos à proporem uma cirurgia torácica à seu paciente.

Pois bem, senhores meus colegas, agir assim desta maneira, é perder o melhor tempo para a cura do câncer torácico. Suspeitado o câncer, mesmo sem sintomas, negativo para tuberculose ou mesmo positivo para o diagnóstico específico, mas que reage de modo diverso do normal, (êstes são realmente os casos difíceis de separar), negativo para a citologia e a endoscopia, só nos resta a toracotomia.

A toracotomia explorada é indicada seja para o 1.º tempo da cirurgia endotorácica ou como meio diagnóstico. Abrir e fechar um tórax é hoje tão benigno quanto uma laparotomia.

Quantas vezes no Instituto, apelamos para a toracotomia, a fim de retirarmos um gân-

glio, para o diagnóstico de um linfoma de forma mediastinal. Há somente gânglios mediastínicos e um hemograma incriminador; só a toracotomia é capaz de esclarecer o verdadeiro tipo de linfoma: leucemia, linfo, retículo, Hodgkin etc. E sabemos quanto é útil ao enfermo, a verdadeira classificação do seu tipo de linfoma, pois alguns se beneficiam mais pelas irradiações, associadas a tipos de quimioterápicos, do que outros, que são sensíveis a outras drogas.

Em linhas gerais procedemos da seguinte forma, frente a uma sombra torácica: a) radiografia simples de frente e perfil; b) contrastada a radiografia se diz respeito ao esôfago; c) tomografia sistemática para os casos de pulmão e mediastino; para as lesões esofagianas só usamos a tomografia se houver alguma alteração pulmonar concomitante à esclarecer; d) exame de escarro, para pesquisa do B.K. e citológico para identificação de células neoplásicas ou tipo de classe de células, de acordo com a atipia; e) endoscopia brônquica ou esofagiana para tentativa de visualização tumerosa e no caso de negativa, fazemos o lavado, em cujo material vamos fazer o exame citológico e até a inclusão. A endoscopia nos tumores mediastínicos, quase sempre contraindicada, pode ter indicações e utilidades; f) avaliação do risco cirúrgico, com eletrocardiograma, exames de laboratórios e provas de função, cardio-hepato-renal.

Em 30% dos casos o diagnóstico fica suspeitado, sem comprovação histológica. Em apenas 10% a citologia é insuficiente para o diagnóstico. Em nenhuma vez a anatomia patológica pré-operatória pela biópsia, deixou de encontrar positiva a citologia.

Mas, com diagnóstico anatomo-patológico pré-operatório, sem diagnóstico histológico e com citologia positiva, sem diagnóstico histológico e sem diagnóstico citológico, a toracotomia é esclarecedora. No 1.º caso, com histologia positiva para verificar da operabilidade; no 2.º para ter a comprovação histológica e igualmente a operabilidade (neste caso a biópsia é per-operatória) e no 3.º caso para diagnóstico e verificação da possibilidade cirúrgica (pela biópsia per-operatória) seguida de ressecção total ou parcial, conforme o caso.

O importante é assinalar, no entanto, o prazo que medeia entre a suspeita e a toracotomia. Este não deve ir além de 10 ou 15 dias no máximo. Em clínica particular, praticamos no mesmo dia todos os exames e só ficamos aguardando por 48 ou 72 horas o resultado da anatomia patológica. Tão logo seja dado o laudo, permitindo o estado geral, verificado pelo risco cirúrgico, não temporizamos para indicar a toracotomia Exploradora. No Instituto, apesar da nossa ansiedade em colhêr rápido os resultados dos exames, pelo volume de trabalho e a sistematização dos exames, nem sempre conseguimos levar o nosso paciente à mesa antes do 20.º dia após a internação.

Cada dia que se perde em indecisão, retardo dos exames, são preciosos para a vida do paciente.

## CONCLUSÃO

Deixar de lado certas filigramas, que só fazem retardar o tratamento, apelando-se para a toracotomia a fim de mais prontamente esclarecermos o diagnóstico e consequentemente o tratamento indicado.

O nosso conceito de câncer mantém-se inalterado há 30 anos e repetimos com Mario Kroeff que "O Câncer é uma moléstia geral com manifestação local". Só assim podemos compreender as recidivas depois de 10 e 15 anos; 2 e mais tipos de cânceres num mesmo paciente; a mutação de um tipo em outro etc. Está aí o estudo das células circulantes, para antever um processo geral

semelhante a septicemia, que vem corroborar com o aforisma acima e explicar quase de modo inequívoco as metástases distantes e a mutação de tipos diferentes do primitivo.

Daí a esperança que mantemos em encontrar-se um agente quimioterápico capaz de estender sua ação à todo o organismo, respeitando as células normais ao mesmo tempo que as defendam. A quimioterapia no momento, inclusive a extracorpórea, permanece como esperança, porque seus resultados ainda são inconstantes e muito aquém do que se espera dela.

## S U M Á R I O

O autor faz um estudo geral do problema do câncer do pulmão, em face dos atuais meios que dispomos.

Friza da necessidade do exame sistemático e periódico do grupo etário acima de 40 anos e principalmente entre o sexo masculino e fumante.

Chama a atenção para a importância da divulgação dos conhecimentos entre a população leiga e também entre os médicos, no sentido de se diagnosticar o câncer do pulmão no seu período assintomático.

Termina concluindo:

- a) — só a cirurgia é capaz de curar o câncer do pulmão;
- b) — procurar levar o paciente à mesa de operações com o diagnóstico anátomo-patológico;
- c) — evitar perda de tempo, insistindo no diagnóstico pré-operatório;
- d) — A toracotomia é além de diagnóstica, curativa;
- e) — A toracotomia hoje é quase tão benigna quanto a laparotomia.

## S U M M A R Y

The author studies the problem of lung cancer according to the present means at disposal. He emphasizes the need of systematical and periodical examinations of the age group above 40 years, mainly among the smoking males.

He underlines the importance of spreading the knowledge among the lay people and also among doctors, in order to diagnose lung cancer in its asymptomatic period.

Concluding, he says:

- a) — only surgery will cure lung cancer;
- b) — the patient should be taken to surgery with anatomic-pathological diagnosis;
- c) — Prevent loss of time, by insisting on pre-operative diagnosis;
- d) — thoracotomy, is not only diagnostic but cures as well;
- e) — nowadays thoracotomy is nearly as benign as laparotomy.