

TORACOTOMIA EXPLORADORA *

(Experiência em 75 casos)

POR

EGBERTO MOREIRA PENIDO BURNIER **

Apenas há 3 lustros a toracotomia exploradora é empregada sistemáticamente no esclarecimento diagnóstico dos tumores torácicos.

Antes de 1940 a exploração do tórax era tida como cirurgia das mais afoitas e de prognóstico reservadíssimo. As poucas intervenções intra-torácicas, dentre elas a pneumonectomia e a esofagectomia, eram precedidas de tais requisitos técnicos e seguidas de tais e tantas complicações, que poucos eram os cirurgiões que se aventuravam a elas.

No que se refere à cirurgia esofágiana, era considerada até bem pouco tempo, impraticável, dada a localização do órgão profundamente situado na cavidade torácica. As ressecções do esôfago eram praticadas com prévia gastrostomia e a sua reconstituição praticada com retalhos tubulares de pele, uma vez que era impossível qualquer anastomose septica endo-torácica. A

síntese pleural empregada para evitar o colabamento pulmonar, nas toracotomias, tornava impraticável toda técnica cirúrgica mais complexa e prolongada. As infecções eram temidas e o quadro habitual da quase totalidade das toracotomias era a terrível mediastinite.

Mesmo depois da invenção das câmaras de hipo-pressão, as dificuldades das manobras intra-torácicas não declinou, pois era necessário um controle perfeito do operador e seus auxiliares e uma total vigilância das condições gerais do operado por parte do cirurgião, que lhe tirava a chance de executar técnicas apreciáveis. Apesar de tudo, este foi o período preparatório para as grandes realizações atuais e efetivamente o primeiro grande impulso da hodierna e científica cirurgia do tórax.

Com o advento da anestesia por hiper-pressão, com entubação, a descoberta dos antibióticos em geral, aliado à melhor compreensão da fisiologia pulmonar com o tórax aberto e, finalmente com o concurso da moderna técnica de transfusão sanguínea, de tipo para tipo, prova cruzada e Rh, pode-se fazer chegar o método da toracotomia

* Trabalho apresentado à Sociedade Brasileira de Cancerologia em 3 de Novembro de 1955.

** Docente de Clínica Cirúrgica da Universidade do Brasil. Chefe de Cirurgia Torácica do Instituto de Câncer.

exploradora ao ponto de hoje, tanto como esclarecedora da localização anatômica como da natureza dos tumores endo-torácicos.

Se nas grandes clínicas das capitais, com o concurso do laboratório e dos raios X, podemos afirmar que 90% dos casos o paciente é hoje levado à mesa de operações com o diagnóstico positivo, não acontece o mesmo nos pequenos centros. Ainda mais, os 10% rotulados de diagnóstico difícil, devem ser imediatamente submetidos à toracotomia exploradora. Hoje, não se perde mais tempo em se esclarecer o diagnóstico clínico dos tumores torácicos, se exigem técnicas por demais complicadas, de demorada execução e tardios resultados. A chance do tratamento do câncer torácico está na precocidade do diagnóstico e a toracotomia exploradora é a chave do diagnóstico de localização e da natureza tumorosa ao mesmo tempo.

Para obtermos índices elevados de curas dos tumores torácicos é mister sejam os mesmos operados no período dito "assintomático", portanto, sem tosse, sem dor, sem hemoptise, sem dispneia, sem disfagia; que não se encontre pelo exame objetivo sinal de circulação colateral; aumento de gânglios principalmente nas regiões supra-claviculares e ainda, nodosidades sub-cutâneas, hepáticas ou no couro cabeludo, que falem a favor de metástase. Pois bem, se antes afirmamos que nos casos com sintoma, hoje, levamos 90% dos casos à mesa de operações com o diagnóstico clínico esclarecido, não afirmamos que todos eram tratáveis e muito menos curáveis. Há uma grande diferença entre casos diagnosticados e tratáveis. Neste período

assintomático os meios habituais de exploração falham em muito maior número, atingindo a uma alta cifra de casos de diagnóstico duvidoso. É portanto neste período, dito de curabilidade máxima, que a toracotomia tem a sua maior indicação. Ela é propedêutica, substituindo muitos dos exames habituais, que não devem ser repetidos por falharem certamente, dada a exiguidade da sombra, se no pulmão; à pequenina rigidez parietal, se esofágiana. Ela é também curativa, pois diagnosticada a natureza tumorosa do processo, fica desde logo indicada a terapêutica em condições físicas excelentes, pois não foi dado tempo com o evolver da enfermidade, de haver decaída do estado geral. Ao mesmo tempo, o diminuto humor é compatível com uma cirurgia alargada e de fácil execução, portanto, melhor índice de curabilidade.

Definição e indicações em geral: a toracotomia exploradora é como seu nome indica, a exploração com fim diagnóstico e o mais das vezes como o 1.º tempo da cirurgia curativa, dos órgãos intra-torácicos, através abertura do tórax. Via de regra é infóca e sem maiores consequências das que se observam com uma laparotomia exploradora. É necessário frizar continuamente êste ponto de vista para melhorar os conhecimentos da grande maioria dos colegas, pouco afetos à especialidade, tanto das cidades como do interior.

Toda vez que se apresente uma mancha torácica, pulmonar ou mediastinal, irregularidades na fisiologia ou na elasticidade das paredes do esôfago, negativa aos exames comprobatórios de laboratório, é preferível indicar uma toracotomia exploradora afim de iden-

tificar a natureza do tumor, mesmo com probabilidades de que seja um tumor benigno ou não cirúrgico, do que aguardar sua evolução para esclarecimento diagnóstico, porque em se tratando de tumores de natureza maligna, perdeu-se a oportunidade de curar o paciente.

A suposição, o faro clínico, não se coaduna mais hoje com o espírito da cancerologia, só uma meta deve orientar o clínico e o cirurgião moderno, principalmente afeitos à especialidade torácica — O EXAME HISTOPATO-LÓGICO.

Naturalmente não vamos cair no exagero de em face de uma infiltração pulmonar, mesmo com resultado baciloscópico negativo, mas radiologicamente à favor de tuberculose, indicarmos a toracotomia exploradora. Pode-se e certamente deve-se discutir o caso, se houver qualquer dúvida, numa "Mesa Redonda" em que clínicos e cirurgiões esgotem os recursos bem orientados da clínica, no sentido da verdadeira etiologia do processo.

Como dissemos acima, a toracotomia exploradora está indicada toda vez que, esgotados os recursos da clínica, dos raios X e de laboratório, não se consegue esclarecer a localização e a natureza tumorosa.

Em geral o diagnóstico das localizações tumorosas no tórax é fácil. Vêzes entretanto existem em que não se pode com certeza dizer se o tumor é pulmonar, mediastinal, pleural ou da parede do tórax; se de origem vascular ou nervosa; se mediastinal, é ganglionar primitivo ou secundário e se é localização única ou depende de uma enfermidade geral, sistêmica, como hoje ro-

tulamos os linfomas (reticulo e info-sarcomas, moléstia de Hodgkin etc.).

Os tumores do tórax podem ser divididos em dois grandes grupos: os primitivos e os secundários.

Os secundários, via de regra, são constituídos por metástases de tumores primitivos do pulmão, esofagianos e de outros órgãos extra-torácicos. Pode-se dizer mesmo que todo tumor da economia pode dar metástase para o tórax. Sabemos da freqüência com que os cânceres em geral (carcinomas e sarcomas), dão metástases pulmonares em períodos avançados. Existem mesmo casos em que a metástase pulmonar é o primeiro sintoma de um câncer extra torácico, gástrico por exemplo. Por vêzes, só depois da toracotomia exploradora com biopsia per-operatória, levanta-se o diagnóstico da origem gástrica do tumor primitivo. Por felicidade, êstes casos são muito raros.

Deixando de lado os casos de tumores secundários, prendamo-nos aos primitivos, que por vêzes, por si só são de difícil localização anatômica. Vejamos:

Quem já não esteve em dificuldade diagnóstica entre um bôcio mergulhante, um aneurisma ou um linfoma? Quantas e quantas vêzes ficamos na dúvida se a sombra mediastinal é ganglionar linfática ou ganglionar nervosa? Os teratomas, confundem-se com os tumores do mediastino em geral e em particular com os aneurismas. Há, é verdade, uma certa sistematização na localização dos tumores torácicos, que facilitam o diagnóstico anatômico, que é sempre de probabilidade, pois que o de certeza só com a toracotomia exploradora é possível. Além desta siste-

matização, há ainda o aspecto característico de capa tipo de tumor que vem completar e facilitar o diagnóstico anatômico.

Ora, se já na localização anatômica, tantas e tantas vezes nos vemos a braços com dificuldades, o que não dizer da natureza tumorosa. Se a evolução rápida e infiltrante dos tumores auxiliam até certo ponto na orientação da natureza; jamais devemos lançar mão dêste meio como orientação, já que nos propomos sempre, frente a um tumor torácico, esclarecê-lo o mais depressa possível afim de, obtermos cura pela intervenção, em período assintomático e portanto em tumores muito pequenos, sem possibilidades de invasão de outras estruturas próximas.

O cadastro torácico ou seja, a radiografia do tórax, de rotina, em grupos de indivíduos, adultos e crianças, periodicamente, tem auxiliado efetivamente e de modo muito particular nos grandes centros, a descoberta dos tumores em fase inicial e tem sido verdadeiramente o único meio eficaz e capaz, de reduzir o espantalho da mortalidade dos tumores do tórax em geral e em particular os do pulmão.

Tumor do tórax, evidenciado como sombra, no pulmão, irregularidades no esôfago ou sob a forma de pequenas massas mediastinais, em pessoa de

mais de 40 anos de idade, de aparecimento súbito, sem qualquer sintomatologia ou acompanhado de transtornos vagos e mal definidos, devem ser tidos como suspeitos de neoplasia maligna até que se tenha prova em contrário. Esgotados os recursos habituais da propedéutica, no prazo máximo de 1 a 2 semanas da suspeita radiológica ou do 1.º sintoma, (com o auxílio das radiografias contrastadas, métodos endoscópicos de exploração e das arteriografias), só nos resta o concurso da toracotomia exploradora, que deverá ser indicada para elucidação diagnóstica e quiçá, como primeiro tempo da cirurgia curativa. As punções biopsias, outrora muito preconizadas têm como as pleuroscopias e radiografias contrastadas através os brônquios, limitadas indicações para no mais das vezes estarem formalmente contra-indicadas, quando a suspeita é de neoplasia maligna, porque contraria o espírito de assepsia em cancerologia.

A nossa experiência está calcada em cerca de 75 casos, computados de março de 1952, quando tomamos a nosso cargo a chefia da cirurgia torácica do Instituto de Câncer, até meados de agosto de 1955.

Os nossos casos assim se distribuíram, de acordo com a localização anatômica:

Tumores pulmonares	31 casos, dos quais 5 em clínica particular.
Tumores do esôfago	43 casos
Tumores do mediastino	1 caso

Baseados nos estudos efetuados nestes casos, que são poucos é verdade, pudemos entretanto chegar a conclusões semelhantes às verificadas nas grandes clínicas mundiais, tanto no que concerne ao conceito de operabilidade

dos tumores torácicos, como em particular na indicação cirúrgica dos tumores do tórax.

Assim, dos 75 casos de tumores torácicos, obtivemos com a toracotomia

exploradora no que se refere à mortalidade dentro do post-operatório imediato, uma percentagem de 9%, assim descreiminada.

Óbito durante o ato cirúrgico	1 caso (não operado por nós)
Óbito dentro das 24 primeiras horas	2 casos.
Óbito dentro da 1. ^a semana de operado	4 casos.

No que tange a aproveitabilidade dos casos levados à toracotomia exploradora, dos 75 casos, apenas 32% dos casos foram passíveis de ressecções, portanto, um índice de aproveitamento um pouco mais baixo do que o comumente observado nas grandes clínicas de tórax, motivado por dois fatores importantes a serem mencionados: 1) — o avançado da maioria dos casos que se apresentam à clínica, com a média de 1 ano de enfermidade, consequência lógica da má aceitação das intervenções torácicas em nosso meio, pela falta de educação sanitária de nosso país e 2) a necessidade de comprovação na sala de operações dos dados obtidos pelos exames dos raios X e dos de endoscopia, afim de firmarmos o nosso conceito pessoal de inoperabilidade. No referente ainda ao item 2, podemos afirmar que a clínica mais vêzes do que a radiologia nos ensina da inoperabilidade dos casos e que o concurso da endoscopia é extremamente valioso para a questão da operabilidade ou não dos casos, fato que devemos ressaltar, porque foi por nós verificado na totalidade dos casos informados antes pelo endoscopista.

O índice de operabilidade nos casos por nós observado foi:

Para os tumores pulmonares . 25 %
Para os tumores esofagianos . 37 %.

Do estudo meticuloso dêstes nossos 75 casos pudemos concluir quanto às indicações das toracotomias:

diato, uma percentagem de 9%, assim descreiminada.

Óbito durante o ato cirúrgico	1 caso (não operado por nós)
Óbito dentro das 24 primeiras horas	2 casos.
Óbito dentro da 1. ^a semana de operado	4 casos.

A toracotomia exploradora é indicada:

1.^º — Para diagnóstico de localização.

2.^º — Para confirmação da suspeita deixada pelo exame citológico do lavado brônquio, porém com negatividade da biopsia endoscópica.

3.^º — Para diagnóstico da natureza tumorosa.

4.^º — Para confirmação da biopsia positivada pela endoscopia.

5.^º — Para diagnóstico da multiplicidade de lesões.

6.^º — Para primeiro tempo das intervenções cardio-vasculares.

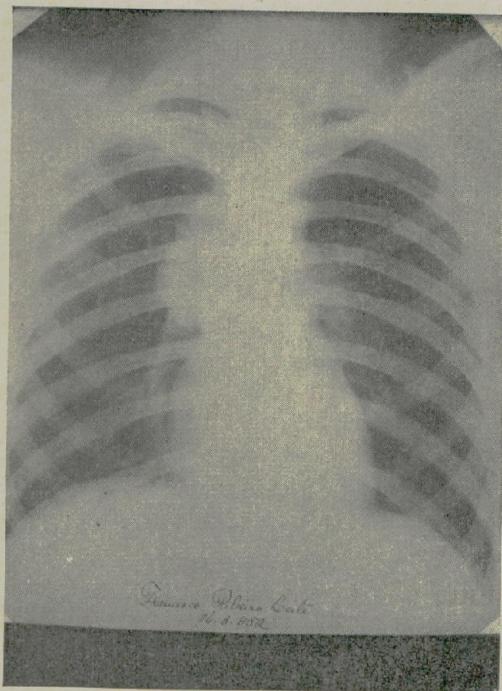
7.^º — Como intervenção de urgência para via de acesso ao coração.

Vejamos portanto, como se comportam os nossos casos, dentro dêste esquema e qual a nossa opinião, de acordo com os diversos tipos de tumor.

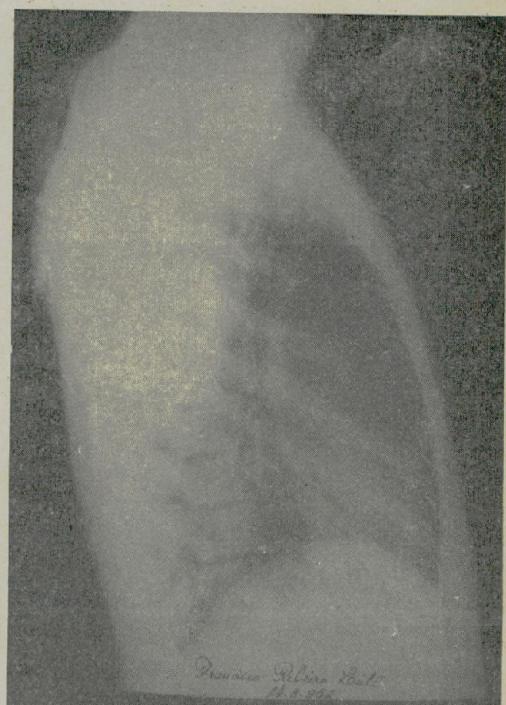
1.^º — *Para diagnóstico de localização:*

a) *Pulmão:* confirmando a localização no lobo ou segmento, entrevisto pelos raios X e tomografia. Se o tumor é periférico ou central etc.

b) *Esôfago:* nos casos em que não se pode afirmar com certeza se o tumor é intra ou extra orgânico; se é tumor do esôfago ou tumor extrínseco já invadindo a estrutura do órgão. Tumores invasores da vizinhança, pulmonares (principalmente justa carinais ou traqueais), mediastinais



Caso do S.N.C. n.º 21.643 de Francisco R. L. portador de um tumor mediastinal, conforme podemos verificar nas radiografias



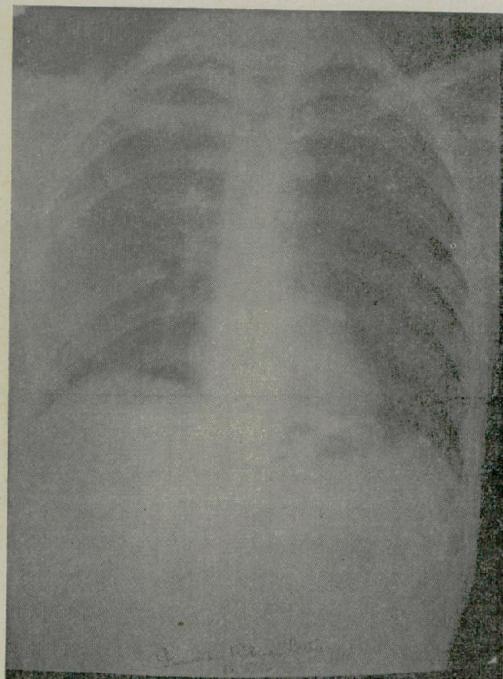
supras, ocupando o mediastino posterior e próximo à linha média, portanto, para-mediastino. O diagnóstico diferencial ficou entre o linfoma, os tumores de origem tuberculosa e os tumores de origem nervosa. A toracotomia exploradora, com exérese tumorosa evidenciou tratar-se de um schwannoma. Este caso foi apresentado à Sociedade Brasileira de Cancerologia e publicado em sua Revista.

Tratava-se de um rapaz de 18 anos, complexão robusta, sem qualquer sintoma. O cadastro torácico, por ocasião de se apresentar ao exército, mostrou a sombra mediastinal.

O tratamento de prova pelos raios X, fizeram pender o diagnóstico a favor de tumor de origem nervosa, comprovado pelo exame histopatológico da peça cirúrgica.

(aneurismas posteriores dos grossos vasos).

c) *Mediastino*: principalmente nos casos duvidosos entre tumores de origem nervosa e ganglionar linfática; diagnóstico diferencial entre linfomas,



bórios mergulhantes, neurinomas, embriomas e desembriomas, timomas etc. Cabe aqui lembrar o caso n.º 21.643 do S.N.C. de Francisco R.L. de 18 anos que sofreu uma toracotomia exploradora com exérese tumorosa, esclarecendo o diagnóstico de localização e da natureza tumorosa; tratava-se um tumor de origem nervosa, um schwanoma. Aliás, este caso foi motivo para palestra na Sociedade Brasileira de Cancerologia, tendo sido publicada na Revista Brasileira de Cancerologia.

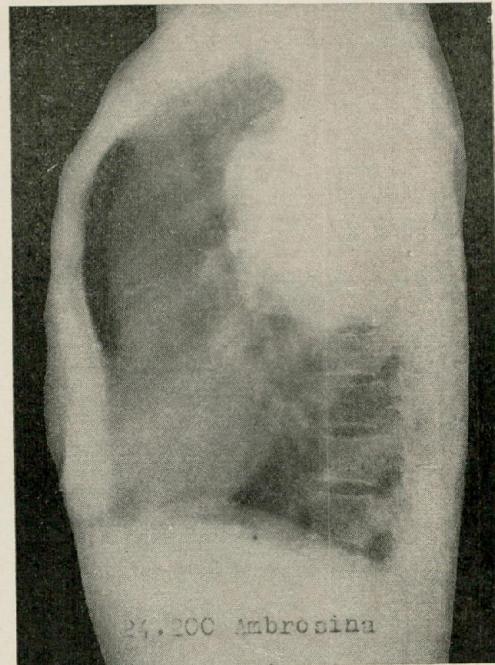
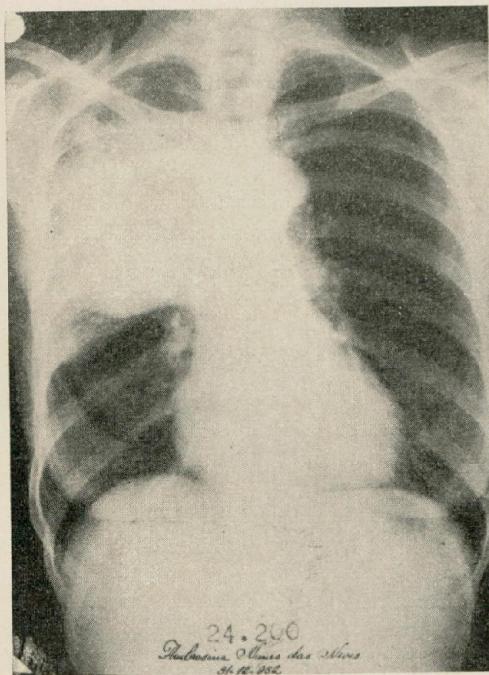
2.º — Para diagnóstico da natureza tumorosa:

a — *Pulmão:* esclarecendo a verdadeira natureza do tumor, se de natureza maligna ou benigna, como nos casos de:

I — I.S.M. portadora de um tuberculoma do lobo inferior do pulmão direito, impossível de diagnosticar pelos meios habituais;

II — S.G. de clínica particular, do sexo feminino que apresentava uma sombra triangular no lobo superior esquerdo, segmento anterior, que com a biopsia per-operatória verificou-se tratar de uma fibrose pulmonar consequente à má irradiação pelos raios roentgen, em caso de masoplasia materna esquerda;

III — Caso do S.N.C. de Ambrosina Nunes das Neves, de tumor do lobo superior do pulmão direito, não tendo qualquer diagnóstico anterior à toracotomia exploradora da natureza tumorosa.



Ambrosina N. N. reg. n.º 24.200 — radiografias antero-posterior e de perfil, mostrando o volumoso tumor pulmonar direito, do lobo superior e médio, sem calcificação da parede em relação com os vasos da base, em 31-XII-952.

Brancoscopia em 2-1-953 evidenciou: traquéa normal. Brônquio fonte direito descoberto, com aspecto suspeito de processos infiltrativos. A biopsia aí praticada revelou fibrose com dilatação cística dos elementos glandulares.

Foi praticado na mesma ocasião o lavado brônquico que mostrou agrupamentos celulares de pequenas céldulas hiperchromáticas do tipo "oat-cell"; histiócitos, células do tipo colunar e hemacias. Sómente pela biopsia per-operatória com ressecção tumoral, foi possível firmar o diagnóstico de "CARCINOMA EPIDERMOIDE".

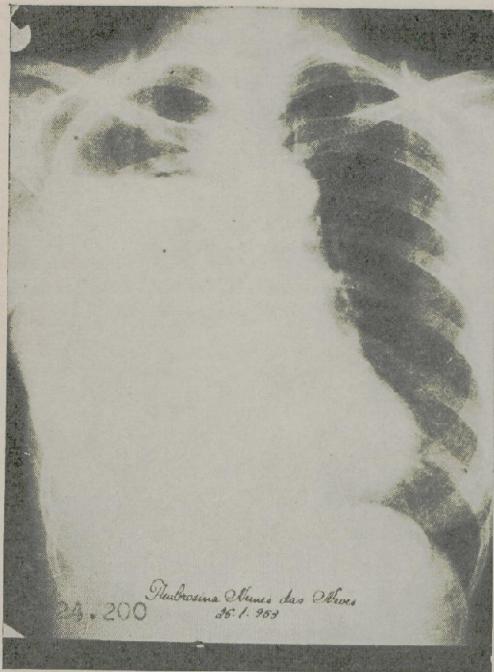


Peça operatória de A.N.N. Reg. 24.200, aberta, mostrando o volumoso tumor dos lobos superior e médio.

Só pela biopsia per-operatória foi possível firmar o diagnóstico de "Carcinoma epidermoide".

IV — no diagnóstico diferencial entre os tumores pleurais e pulmonares, como no caso n.º 25.810 de B.G.S. do Serviço Nacional de Cancer, cujo diagnóstico de "MESOTELIOMA" só foi possível pela toracotomia exploradora e consequente biopsia per-operatória. Os tumores pleurais são nega-

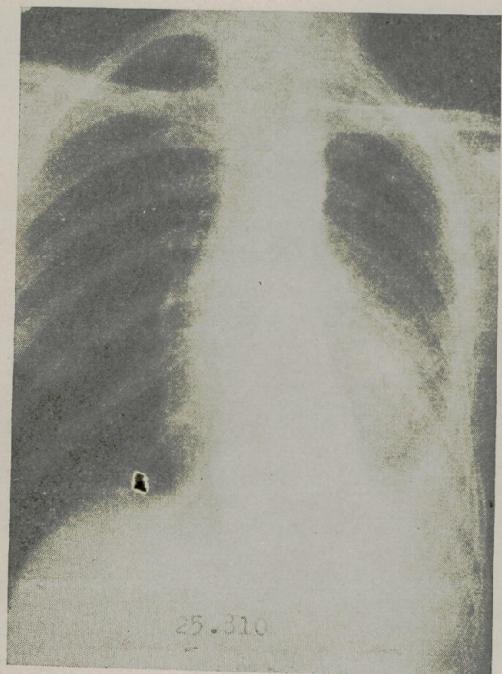
tivos a qualquer meio de exploração endoscópica. Sómente a pleurescopia com retirada de material pleural pode evidenciar a verdadeira natureza da lesão. O perigo de contaminação pleural é entretanto muito maior do que a toracotomia com todo o seu rigorismo de antisepsia.



Radiografia de A.N.N. com 8 dias de operada, mostrando o nível líquido do hemitorace direito, na altura do 4.^º espaço intercostal.



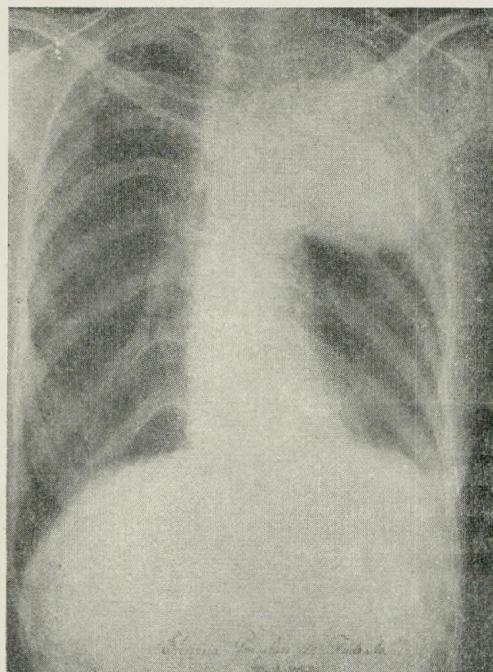
Peça cirúrgica de A.N.N. reg. 24.200 mostrando o volumoso tumor do lobo superior e médio, bem delimitado pelo sulco inter-lobar inferior. Vista da face externa.



Radiografias ântero-posterior e de perfil de B.G.S. reg: 25810 evidenciando uma sombra no hemitorace esquerdo, mais para a região posterior e com múltiplas manchas mediastínicas. Há ainda um pinçamento diafragmático muito acentuado. Tumor de origem pleural, uma "MESOTELIOMA".



V — Caso 23.236 do Instituto de Câncer, de E.G.A., com tumor do lobo superior do pulmão esquerdo, segmento anterior, que só com a toracotomia exploradora foi possível identificar o "CARCINOMA EPIDERMOIDE grau 3".



Caso 23.236 de E.G.A. Radiografia antero-posterior evidenciando volumoso tumor do lobo superior esq. de contorno inferior bem delimitado. Como soe acontecer na quase totalidade dos tumores do lobo superior, são negativos para a broncoscopia e muita vez também para o lavado. Sómente a toracotomia exploradora é soberana na identificação da natureza tumorosa.

VI — Esclarecendo ainda se a lesão é primitiva ou secundária, como no caso n.º 1 do Instituto de Câncer, Ismênia R.L. de metástases pulmonares 18 anos depois do primitivo tumor abdominal, um fibro-sarcoma. Vejamos pelo interessante do caso, sucintamente

a sua história: operada em 1938 de um tumor abdominal (parede) foi feito o diagnóstico histológico de fibro-sarcoma. Toda vez que engravidava, tinha recidiva tumorosa, do mesmo tipo histológico. Foi re-operada repetidas vezes, cerca de 6 a 8. A fotografia que ilustra o presente trabalho representa a 5.º recidiva, isto em 1940. Daí para cá foi-lhe praticada a castração radiológica, no sentido de evitar a influência hormonal na recidiva tumorosa. Esta paciente, vem sendo acompanhada com todo o interesse por todos os anos até à data. Periódicamente eram praticadas radiografias e em Fevereiro de 1953 foi notado pela primeira vez uma mancha triangular na porção média do hemitorace esquerdo, como podemos verificar pela radiografia anexa. Ora, sabemos da pouca freqüência com que os tumores fibrosarcomatosos dão metástases à distância e o tempo decorrido da última recidiva abdominal era muito grande. Mesmo assim, ficou deliberado em "Mesa Redonda", fosse a paciente internada para toracotomia exploradora uma vez que os tumores secundários, pela sua própria histogênese, são negativos aos meios endoscópicos de exploração.

Sofreu a toracotomia em 10 de março de 1953 e por biopsia per-operatória evidenciada a natureza metastática do tumor; era um "fibro-sarcoma" e contra nossa indicação, foi praticada uma lobectomia inferior. As radiografias a seguir, mostram: em janeiro de 1954 um certo velamento do fundo de saco pleural esquerdo e já um início de esbôço de reconstituição costal. Como havíamos previsto, já em maio de 1955, portanto, 1 ano e

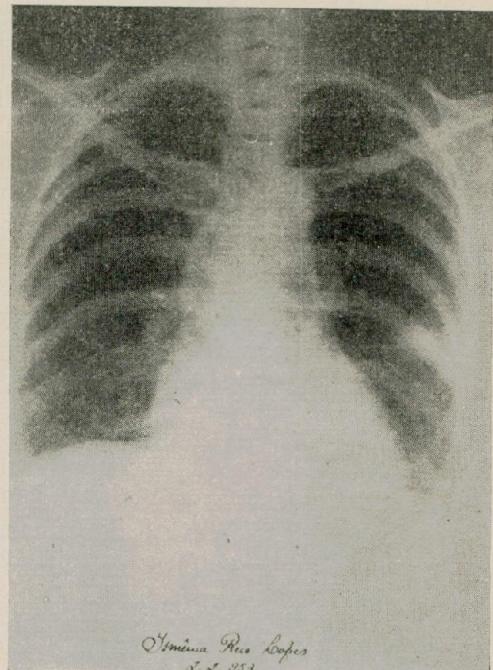


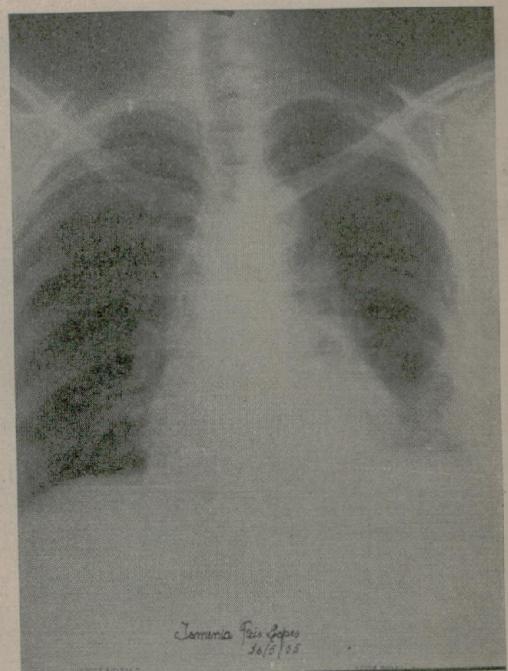
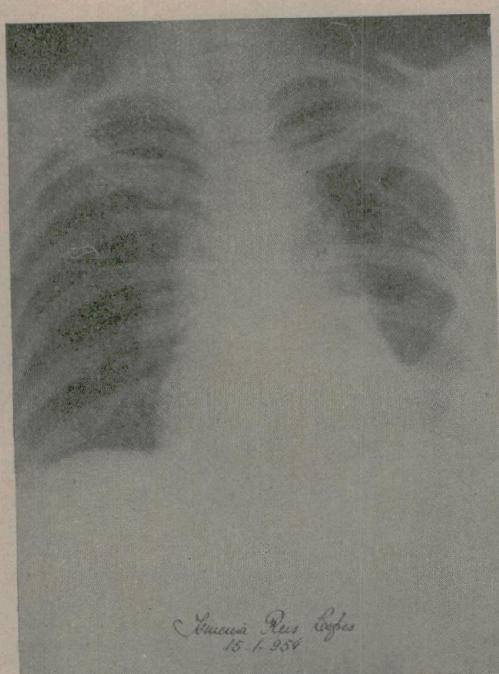
Fotografia de I.R.L. ao dar entrada no S.N.C. em Setembro de 1938, portadora de volumoso tumor abdominal, um fibrosarcoma.



meio depois, nova sombra de metástase pulmonar restante era evidenciada, justamente na parte inferior do lobo superior. Re-operada, foi dada como F.P.T. (fora de possibilidades terapêuticas), pela multiplicidade de metástases pleuro-pulmonares. O estado geral da enferma entretanto, continua muito bom, porque sómente quando pelo número e volume dos tumores,

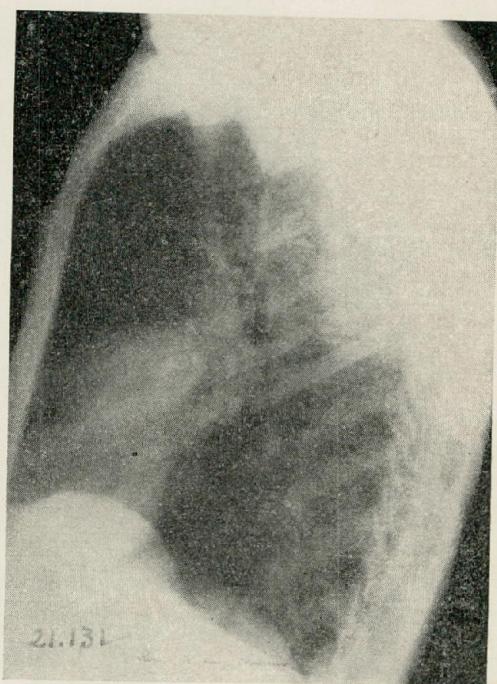
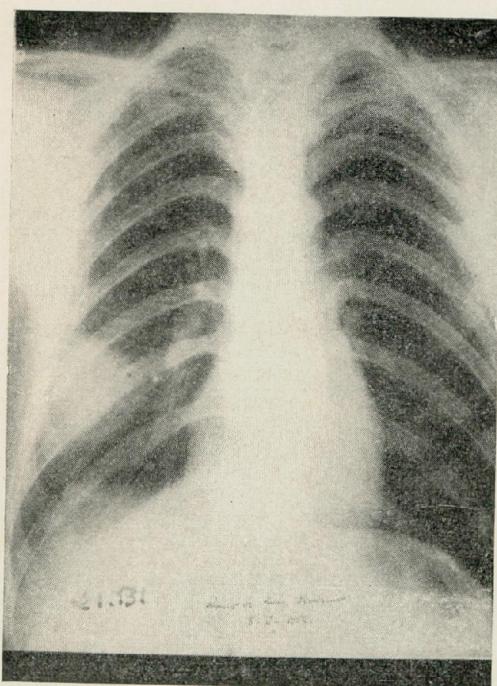
começar a interferência no funcionamento pulmonar é que realmente o estado geral começará a decair e daí, rapidamente teremos o desenlace.





VII — Por fim, para esclarecimento do diagnóstico diferencial entre outras lesões não cancerosas do pulmão (cistos, abcessos, bronquiectasis etc.).

O caso n.º 21.131, do Instituto de Câncer é muito demonstrativo, das dificuldades entre o ca. pulmonar e o abcesso. Tratava-se do paciente Luiz S.V. ema-



grecido, pálido, com tosse, dor torácica, sem temperatura. Foi encaminhado ao Instituto, com radiografias que mostravam mancha arredondada no lobo médio do pulmão direito. Nenhum esclarecimento pelos meios habituais de exame. A toracotomia exploradora identificou um abcesso pulmonar, que foi drenado por via trans-pleural, com dreno sub-aquático.

A radiografia posterior mostra o desaparecimento da mancha pulmonar, mas o derrame pleural cedeu em cerca de um mês de drenagem bem conduzida.

VIII — Igualmente é elucidativo o caso de J.V.B. n.º 28.725, de abcesso sub-frênico, aberto espontaneamente para um grosso brônquio e consequente vômitica. Foi internado na Clínica de Tórax com o diagnóstico de abcesso pulmonar e operada por colega por via

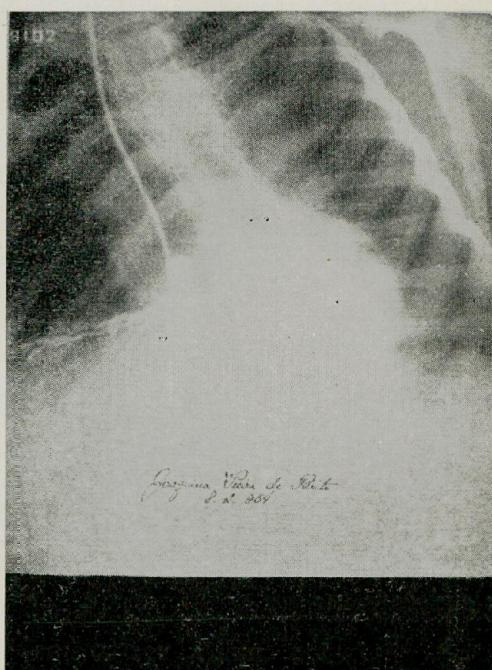
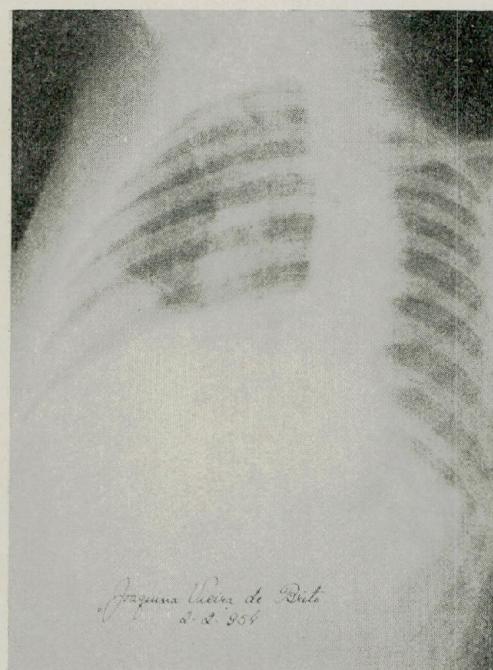
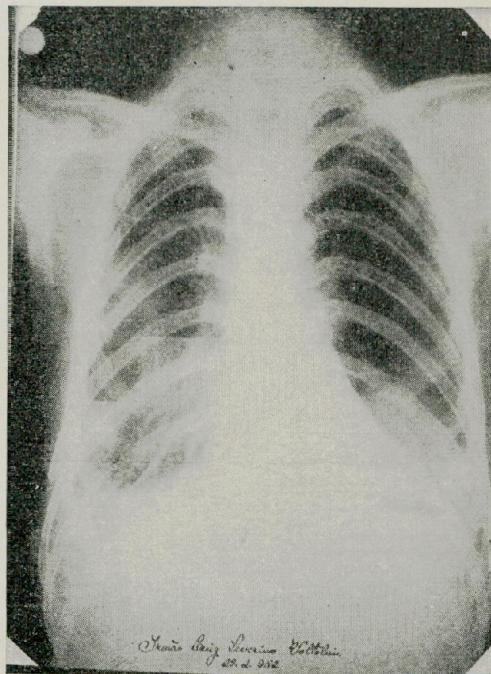
transtorácica e consequente drenagem por via torácica. O contraste injetado mostra que o abcesso sub-frênico mantinha uma cavidade na face superior do fígado a ponto de se visualizar a trauma hepática. Melhorada a paciente, foi-lhe dada alta. Pouco tempo depois voltou a internar-se com a mesma sintomatologia. Vista por nós, indicamos cirurgia, com drenagem por via abdominal. A radiografia em Junho de 54, mostra completo apagamento do seio costo-frênico direito. A outra mostra o dreno colocado na cavidade hepática, por via abdominal e trans-hepática. O dreno, grosso, do tipo Pezzer, mantinha um mais fino no seu interior, para injeção de antibióticos. Alta curada com um mês de operada.

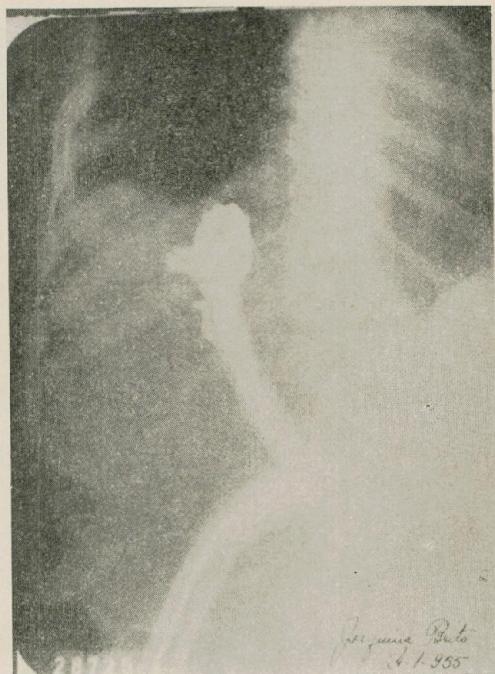
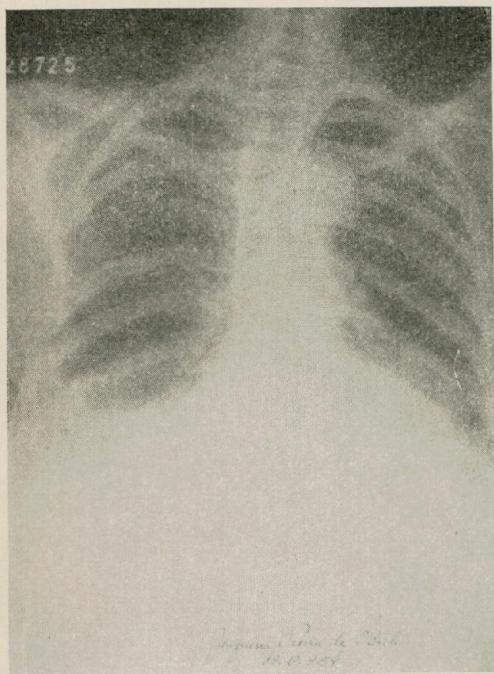
b) — *Esôfago*: tumores ou apenas pequenas alterações das paredes e da elasticidade das mesmas, quando

não, sómente alterações da sua fisiologia normal, que estão enquadradas dentro das indicações da toracotomia exploradora, pela imperiosa necessidade de elucidação, pela possibilidade de se despistar o câncer inicial.

Cabe aqui o caso n.º 25.867 do Instituto de Câncer, P.O.C., em que instados pelo radiologista, que chamaava a atenção para defeito permanente na luz esofagiana, por múltiplas e repetidas chapas, levamos a paciente à mesa de operações, mesmo com a negatividade do exame endoscópico praticado. Pelas radiografias pre-operatórias podemos verificar quanta razão assistia ao radiologista em insistir na toracotomia. O ato operatório entretanto veio mostrar a ausência de lesão do tubo esofágiano. Havia para explicar o bloqueio do esôfago 2 fatos: pela frente e lados, a aurícula esquerda comprimia o canal de encontro à múltiplos

gânglios traqueo-brônquicos, dos quais, um, de forma triangular, mantinha sua ponta voltada para a luz esofagiana,





explicando até certo ponto o aspecto polipoide da mucosa esofagiana, entrevista pela esofagoscopia e donde foi retirado o material para histopatologia.

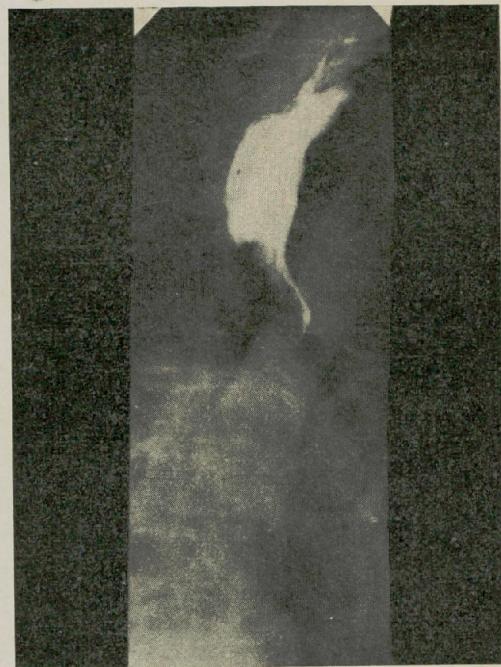
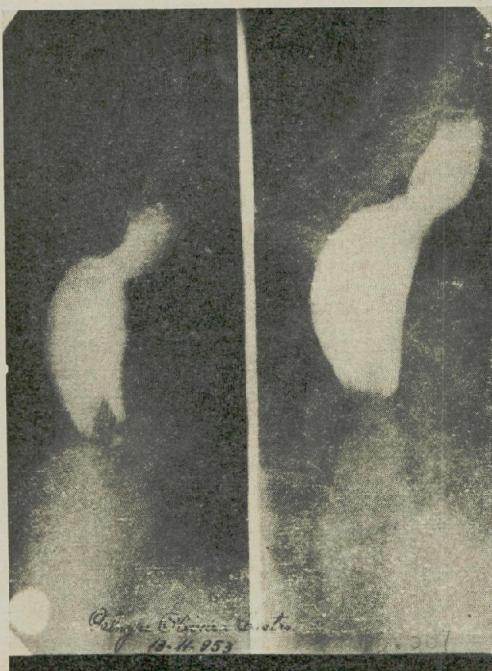
c) *Mediastino*: podemos pela toracotomia evidenciar com a biopsia per-operatória, a natureza tumorosa e indicar então a terapêutica radical, pela exérese, se possível, ou marcar com fragmentos de vitálium os limites do tumor e tentar uma terapêutica paliativa pelos raios X. Esta última poderá tambem ser curativa, desde que a natureza tumorosa seja da linhagem dos linfomas: retículo ou linfo-sarcoma, moléstia de Hodgkin etc.

3 — *Para confirmação da suspeita pelo lavado, com negatividade da biopsia endoscópica:*

a) *Pulmão*: muita vez a imagem radiológica fala a favor de tumor

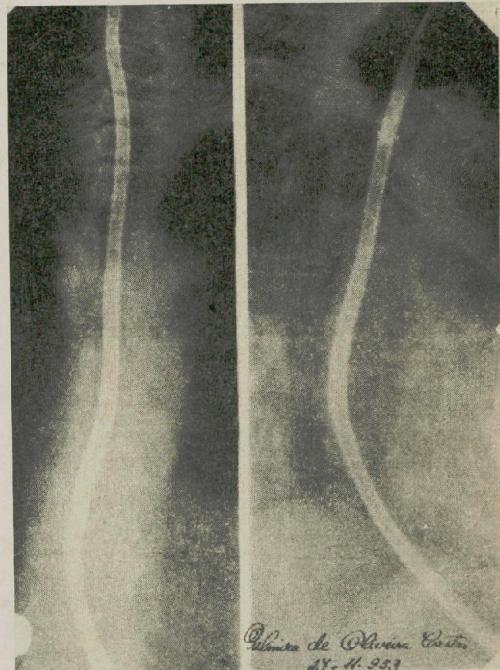
pulmonar, mas não se consegue pelos exames senão suspeita pelo lavado brônquico, seja por ser tumor de invasão peri-bronquial, seja por ser em brônquio superior de difícil visualização ou seja por se tratar de brônquio de pequeno calibre. A toracotomia nestes casos é definitiva para o diagnóstico, pela biopsia per-operatória, como realmente foi no caso de P.A.V. reg.^º: 20.070, que sofreu pneumonectomia total após confirmação per-operatória do tumor pulmonar esquerdo pela biopsia per-operatória, positiva para "Carcinoma epidermoide".

b) *esôfago*: são excepcionais as indicações de cirurgia no tubo esofágiano sem a devida confirmação pela biopsia endoscópica, salvo no caso já relatado n.^º 25.867, de P. O. C. em que o exame radiológico nos impôs a inter-



venção apesar da negatividade da biopsia. Desta vez a toracotomia veio confirmar o exame endoscópico, contrariando assim o resultado radiológico.

c) mediastino: nos tumores do mediastino, temos poucas vezes oportunidade de com a toracotomia confirmarmos o diagnóstico anatomiopatológico prévio, porque via de regra, a primeira intervenção é que vem dar o diagnóstico histológico e também a indicação do tratamento cirúrgico ou não. O diagnóstico dos tumores do mediastino é clínico e radiológico apenas, salvo nos casos de linfomas, cujas manifestações torácicas são apenas um sintoma local de uma manifestação geral. Só excepcionalmente o diagnóstico dos linfomas é estabelecido com a toracotomia exploradora, nos casos de manifestação única da chamada forma mediastinal pura dos linfomas, sem



grave alteração do estado geral e pouca alteração para o hemograma.

4.^o — *Para confirmação da biopsia positiva pela endoscopia:*

a) *Pulmão:* São indicadas a toracotomia exploradora em todos os casos em que sejam positivados pela biopsia endoscópica, os tumores torácicos, sejam pulmonares ou esofágianos. Nem o aspecto radiológico, nem a clínica, podem com certeza afirmar da operabilidade ou não do caso. Só a TORACOTOMIA EXPLORADORA é soberana nesta indicação. É verdade que, na maioria dos casos a presunção de operabilidade é prevista com aproximação de cerca de 90%, pelos meios habituais de exploração, mas existem 10% de casos de surpresas.

Em geral, a dor torácica nos informa da pouca possibilidade de aproveitamento do caso, pelo comprometimento o mais das vezes das estruturas das paredes torácicas. O derrame é

igualmente um fator clínico de inoperabilidade o mais das vezes.

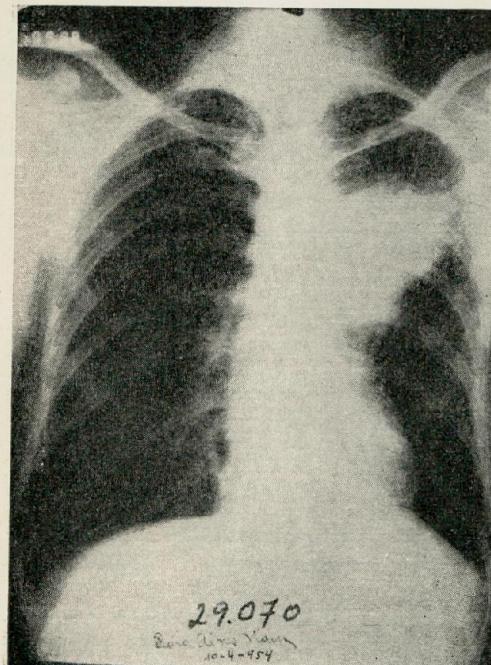
Já vimos entretanto, atelecta as totais e volumoso tumor mediastínico secundário, compatíveis com ressecções em boas condições:

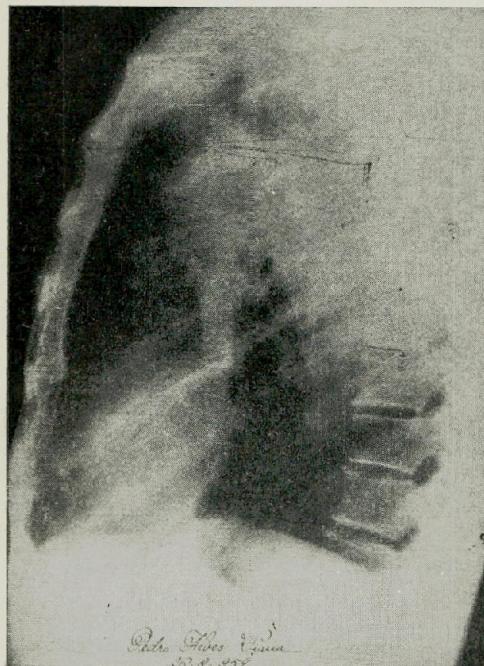
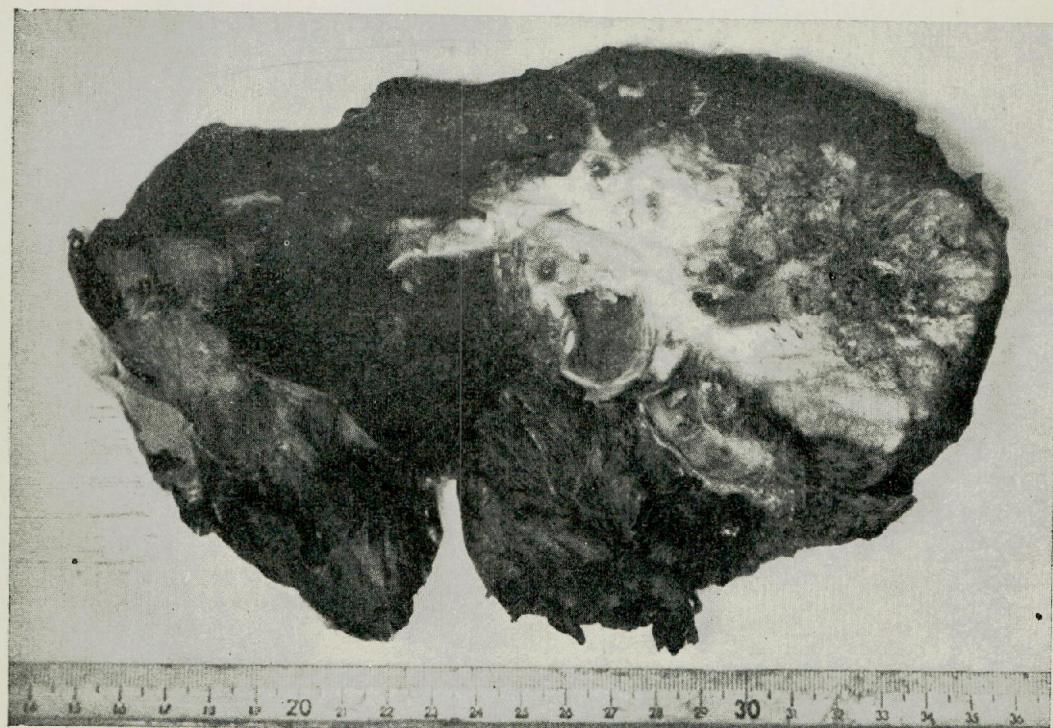
Mesmo com o diagnóstico histológico prévio, a indicação imediata da toracotomia exploradora é baseada na possibilidade de ressecção, levando-se em conta o volume do tumor, sua localização e a extensão e volume dos gânglios do mediastino invadidos — é portanto, definitiva para a indicação da operabilidade ou não do caso.

As contra-indicações da toracotomia exploradora, obtida a positividade da biopsia endoscópica estão inscritas nos casos de mal estado geral, presença de gânglio supra-clavicular ou evidência de metástases à distância, em outros órgãos ou sub-cutânea, como tivemos três casos.

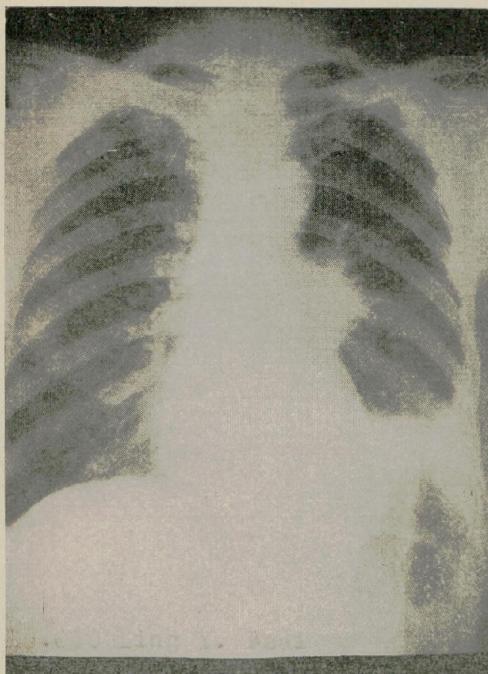
b) *Esôfago:* todo tumor esofágiano diagnosticado endoscopicamente é via de regra levado à toracotomia exploradora, salvo quando o estado geral não permite (lesão grave do coração e grande debilidade com baixa irreversível das proteínas), evidência de metástases à distância, invasão comprovada do pedículo pulmonar ou grande invasão mediastinal. Mesmo quando durante o ato cirúrgico evidenciamos a inoperabilidade do caso, assim mesmo a indicação da toracotomia exploradora foi útil, porque podemos marcar com pequenos fragmentos de vitálium os limites tumorosos e encaminhá-lo à roentgenterapia com melhores chances de tratamento pelas irradiações. Fe-

O caso de P.A.V., está assim enquadrado nos tumores do lobo pulmonar superior, cuja





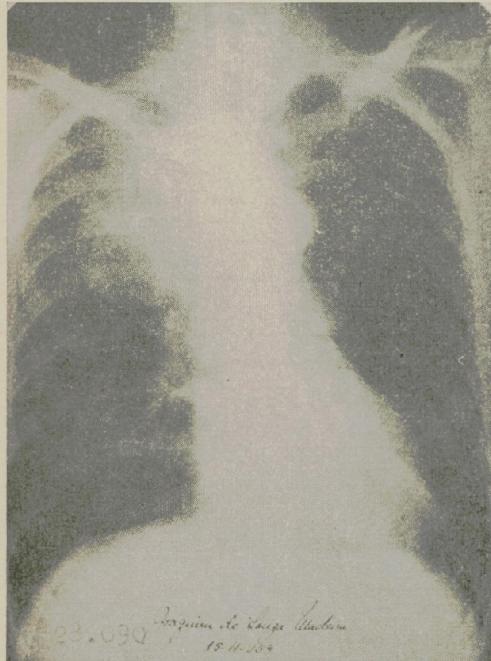
biopsia endoscópica é dificultada tanto pela má visualização como pela dificuldade de fazer chegar até ao tumor a pinça para colheita do material para exame histopatológico.



Caso 19.056 de L.Y.T., igualmente de Carcinoma epidermoide, resultado obtido pela biopsia per-operatória, não tendo havido senão suspeita de células neoplásicas pelo lavado.

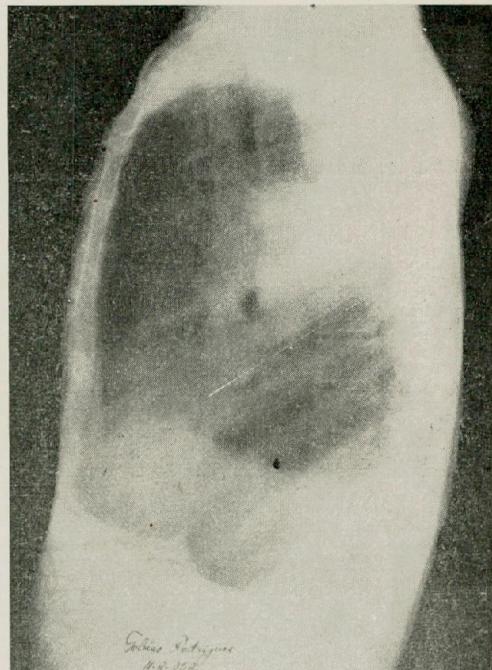
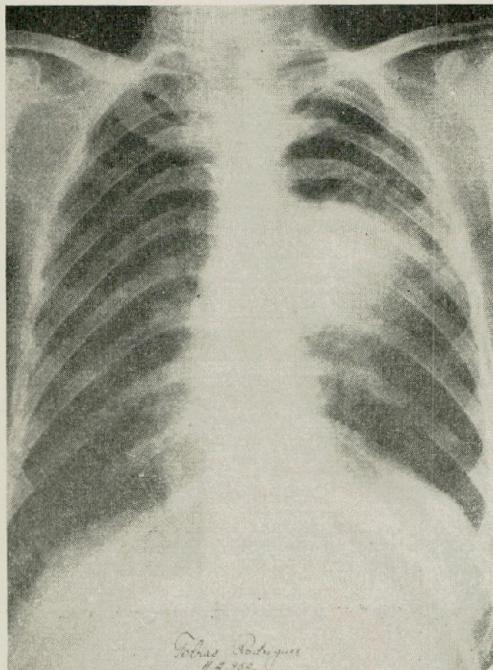
Pela broncoscopia apenas foi encontrado um achatamento do grosso brônquio, que impossibilitou a passagem do broncoscópio e portanto a visualização e consequente biopsia.

Sofreu a toracotomia, porém foi considerado fora de possibilidades terapêuticas pela grande invasão ganglionar mediastínica.

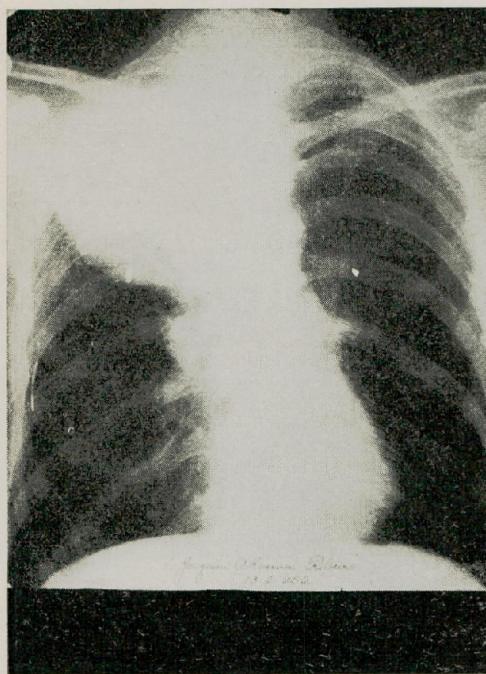


Caso 28.000, de J.S.M. com tumor do lobo superior direito, confirmado pela biopsia per-operatória para "Carcinoma epidermoide", enquanto que pela biopsia endoscópica nada de positivo se obteve. O lavado mostrava agrupamentos celulares do tipo

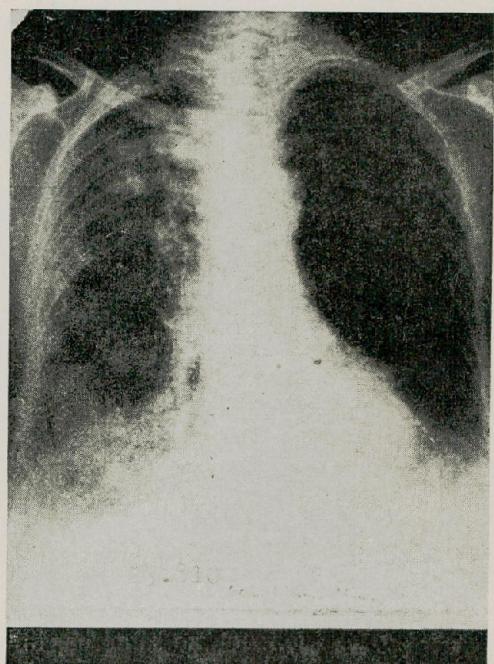
IV, com evidentes características de malignidade.



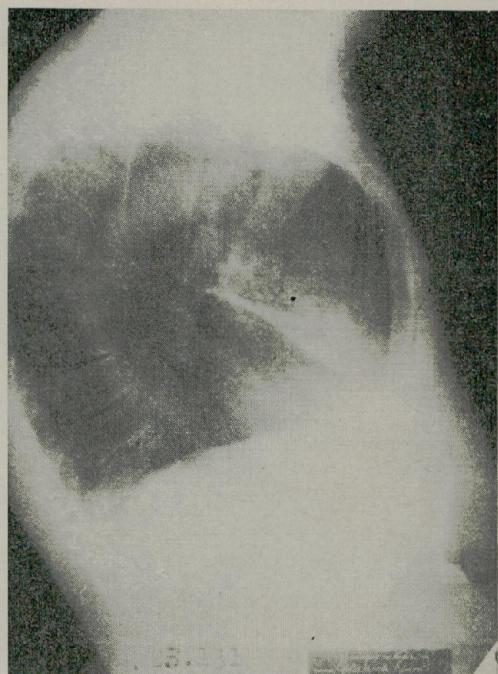
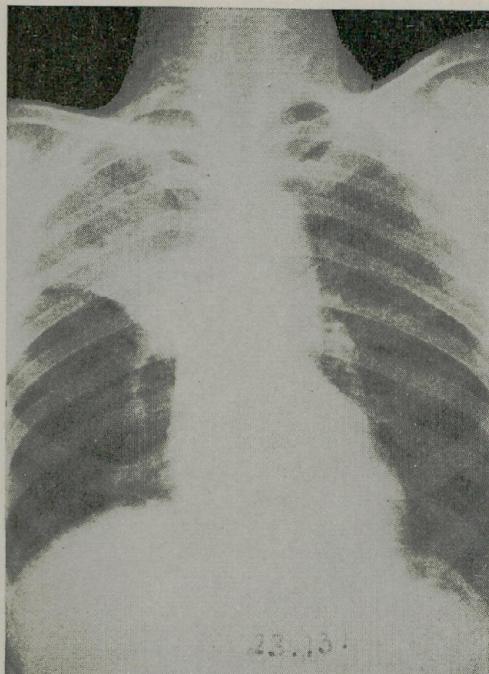
Caso 21.103, de T. R., portador de tumor do pulmão esquerdo, impossível de se obter material para histopatologia pela broncoscopia e apenas suspeita de malignidade pelo lavado. Sofreu a biopsia per-operatória com a evidenciação de "Carcinoma bronco-genico, do tipo intérmediário. Caso inoperável, pelas múltiplas metástases na pleura parietal.



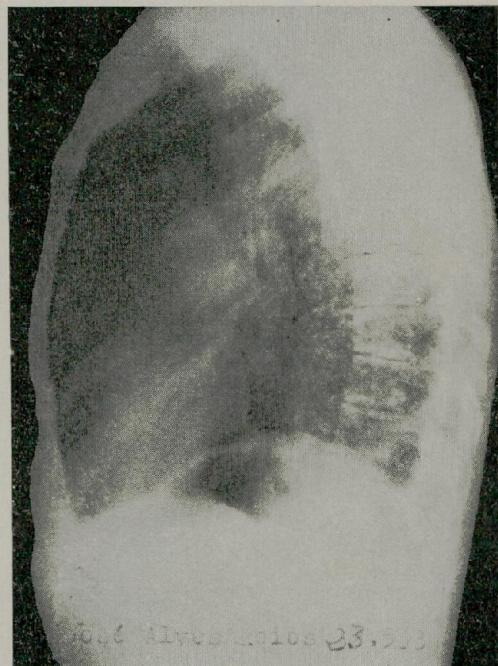
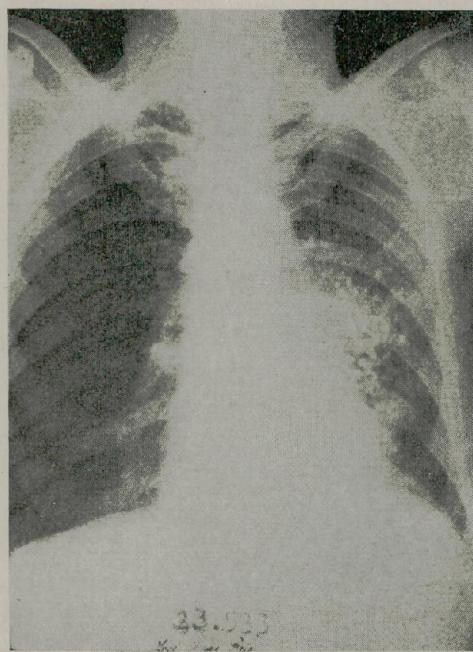
Caso 21.936, de J.M.R. diagnosticado pela biopsia per-operatória e inoperável pelo comprometimento da cúpula diafragmática (Pancoast).



Caso 23.810 de P.N.M., portador de tumor do lobo inferior do pulmão direito, com resultado negativo pela biopsia endoscópica e lavado. Sofreu pneumonectomia total dir. após diagnóstico de carcinoma pela biopsia per-operatória.



Caso 23.131, de J. R., negativo pela biopsia endoscópica e revelando células do tipo de fibrose pulmonar, pelo lavado; confirmado na mesa de operações para fibrose e processo inflamatório crônico.



Caso 23.533 de J. A. R., com tumor do pulmão esquerdo e nenhuma indicação pela biopsia endoscópica e apenas suspeitas pelo lavado. Pela biopsia per-operatória obtivemos o diagnóstico de carcinoma epidermoide grau 3. Inoperável pela invasão mediastinal, indisssecável.

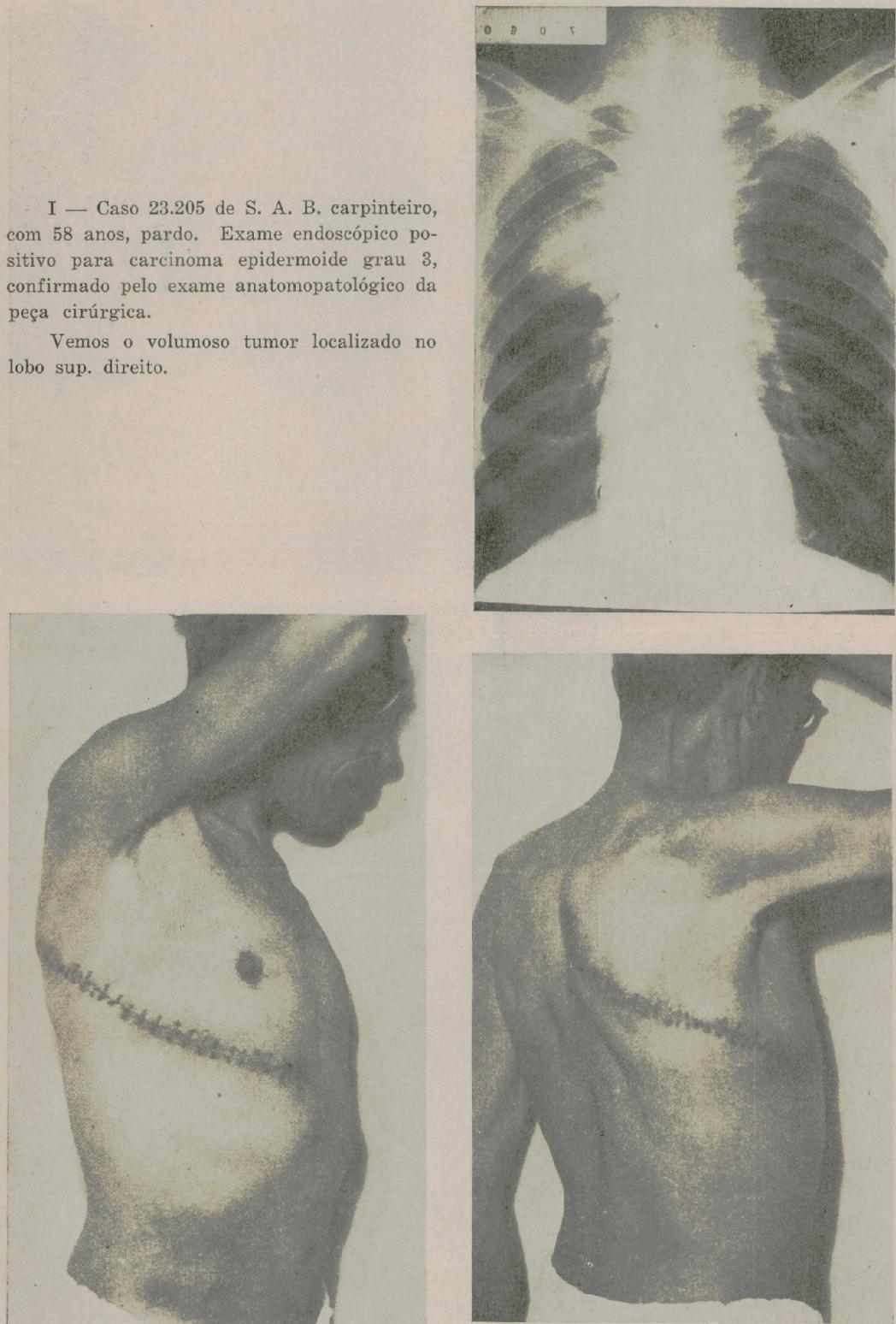
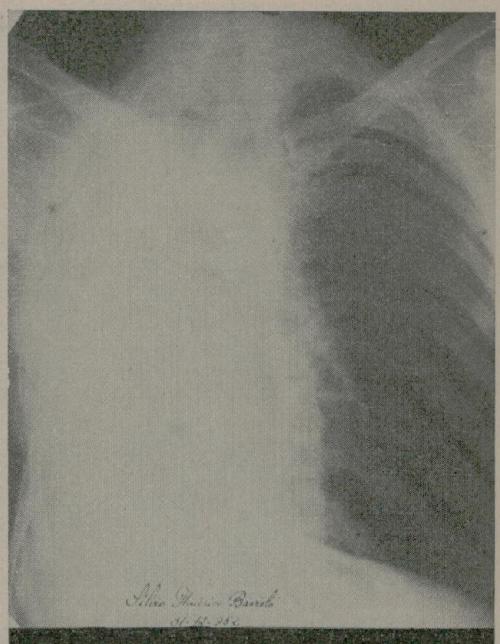
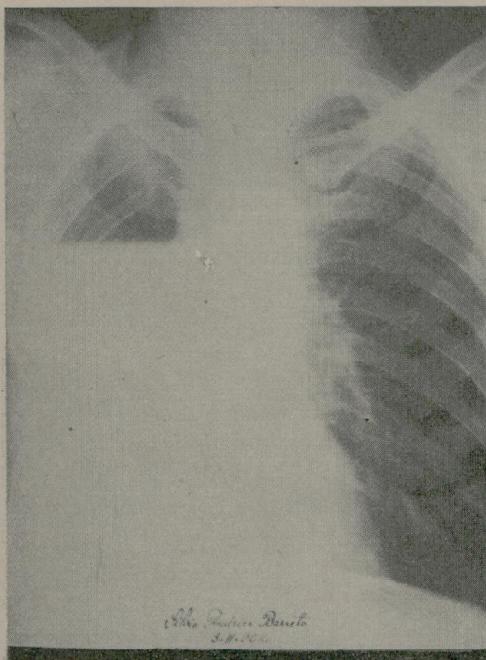
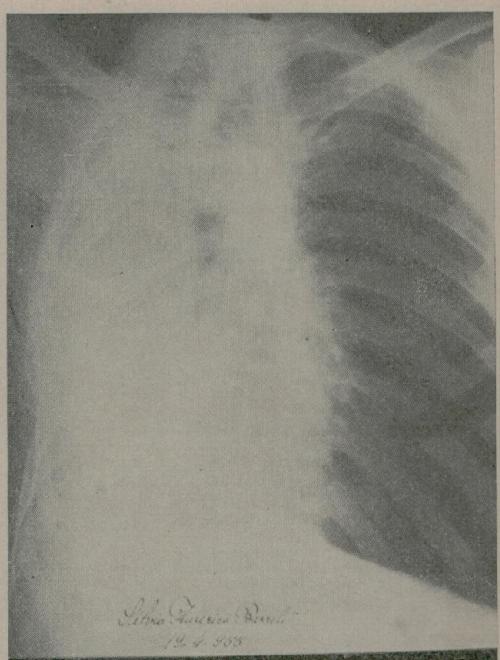
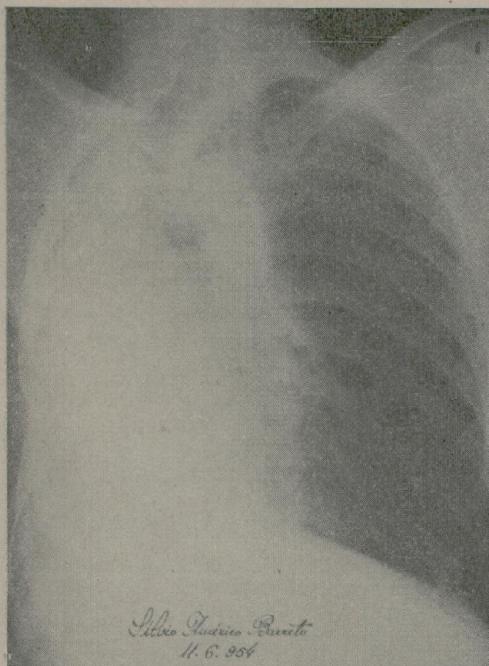


Foto do paciente S. A. B. com 8 dias de operado.



Radiografias obtidas com 3 dias e 1 mês após a pneumonectomia total direita do paciente S.A.B. Já se nota da rad. de dez. 952 uma distensão compensatória do pulmão esquerdo, com desvio da traquéa e deslocamento do coração para o lado direito.



Radiografias de S.A.B. com 2 e 3 anos depois da pneumonectomia, onde se vê a acentuação do desvio dos órgãos do mediastino pela distensão compensatória do pulmão esquerdo. Nota-se mesmo que esta distensão é de tal forma que parte da transparência pulmonar é percebida bem à direita da coluna vertebral, portanto, já em pleno hemitorace oposto.



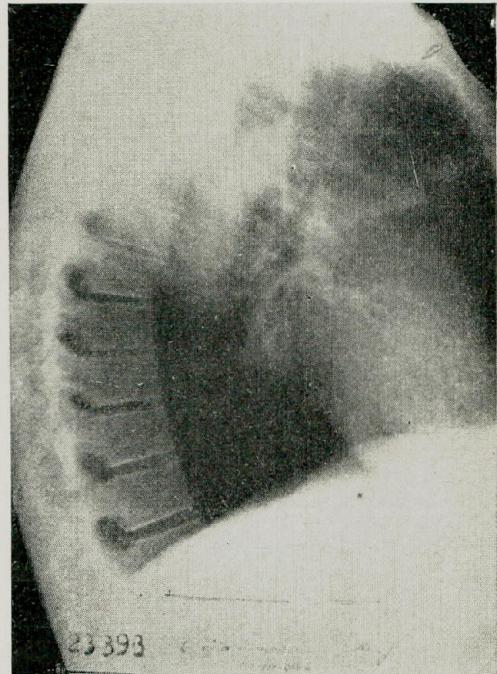
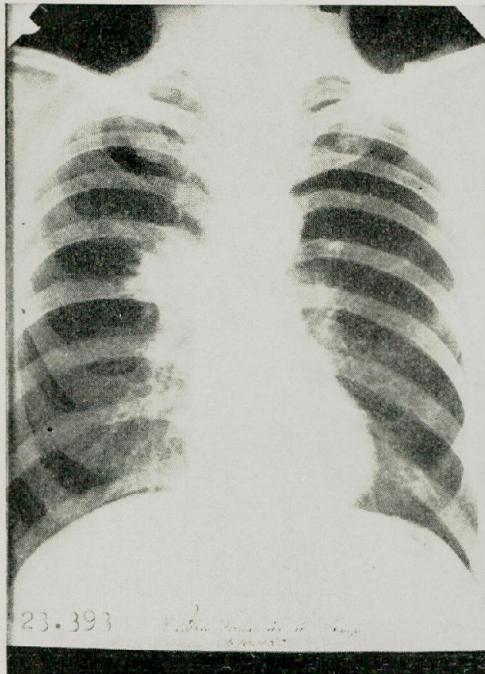
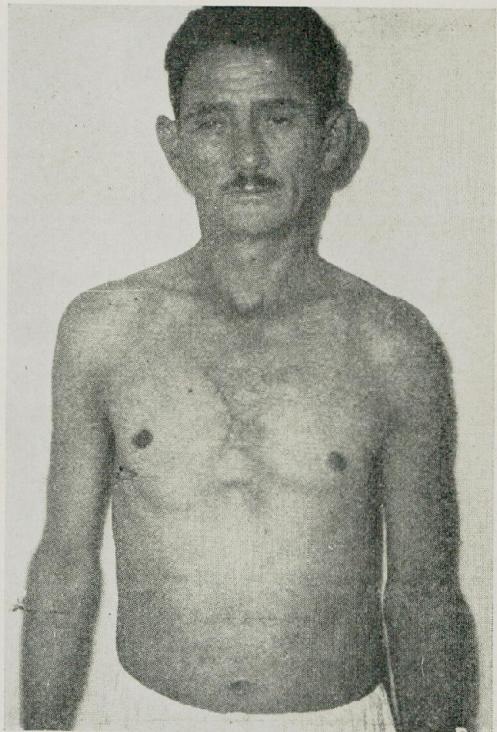
Peça cirúrgica de S.A.B. vendo-se a face mediastínica do pulmão, onde um fio mantém aberto o brônquio fonte correspondente.



Ainda a peça cirúrgica de S.A.B. mostrando o tumor do lobo superior do pulmão.

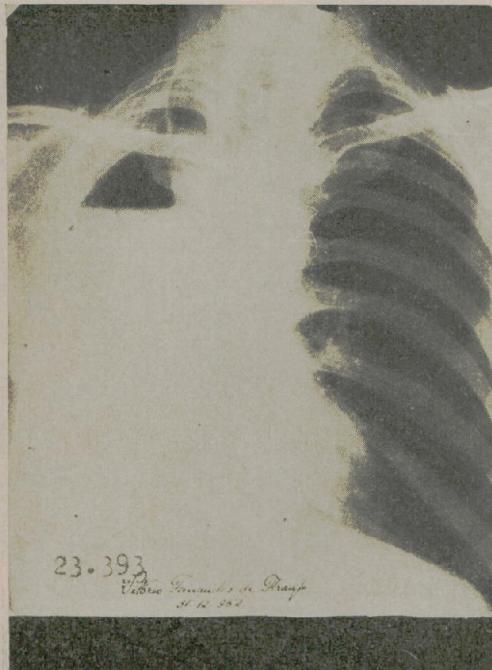
II — Caso 23.393 de V.F.A. funcionário público, de 46 anos, portador de um tumor do lobo médio do pulmão direito, cuja imagem radiológica é típica dos tumores desenvolvidos em grossos brônquios, imagem chamada "estrelar".

Portador de biopsia endoscópica positiva para carcinoma epidermoide grau 3, confirmado pelo exame da peça cirúrgica. Sofreu pneumonectomia total com dissecação mediastínica.





Fotografia post-operatória de V.F.A., com 8 dias de operado.

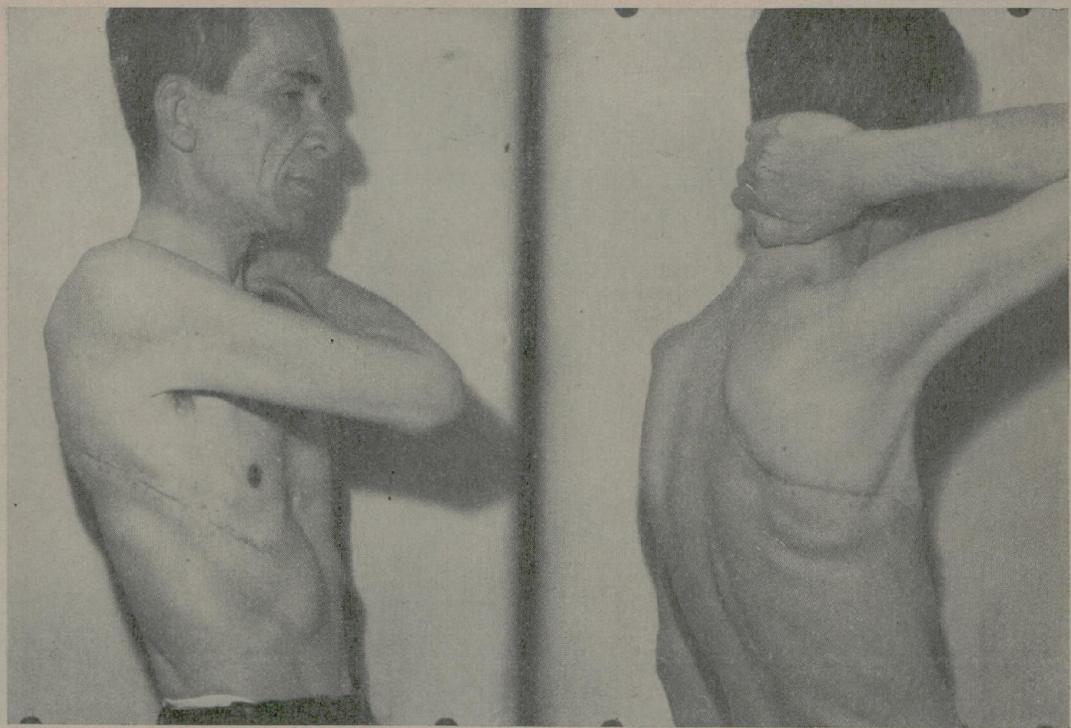


Radiografia de V.F.A. com uma semana de operado, vendo-se o nível líquido à direita já bem alto.



Peça cirúrgica de V.F.A. mostrando o tumor de desenvolvimento peri-bronquial, no interior dos quais vemos inúmeros embolos neoplásicos.

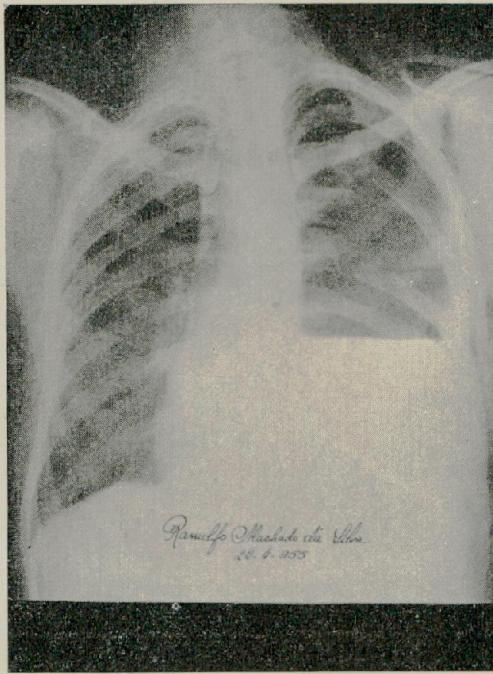
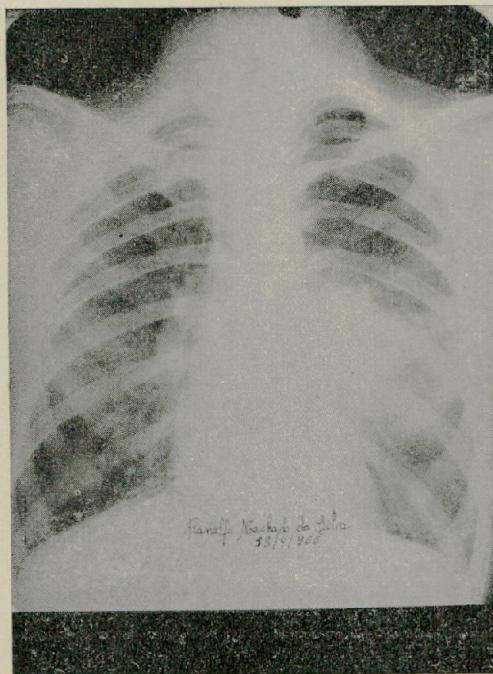
III — Caso de Clínica particular do Dr. Alberto Coutinho em que entrei como colaborador cirúrgico, portador de Blastoma do lobo superior do pulmão direito, cujo exame histopatológico revelou tratar-se de Carcinoma epidermoide.



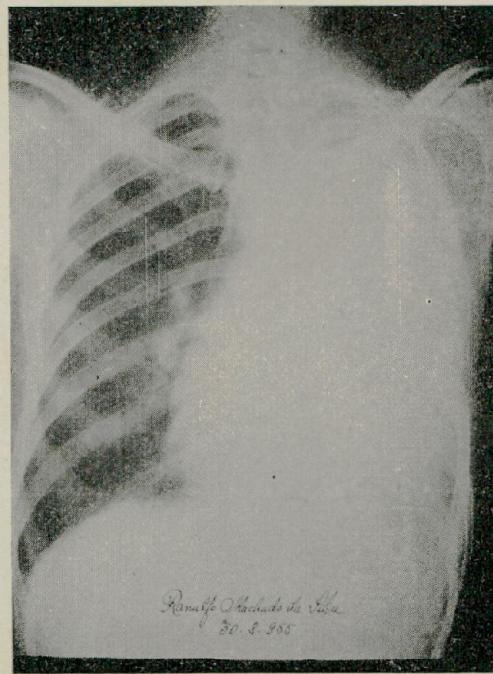
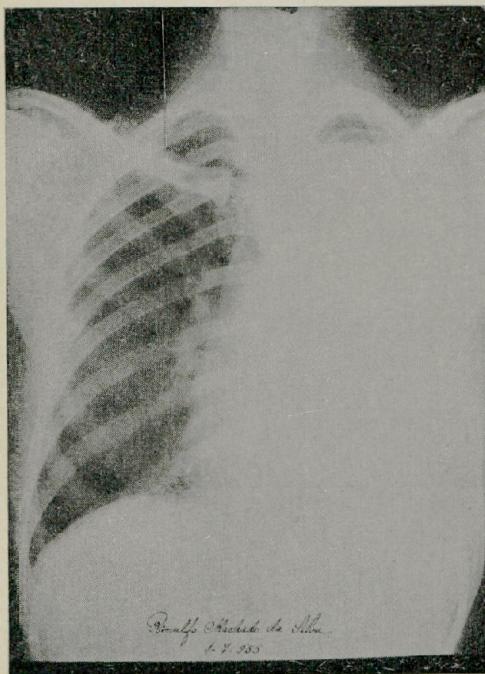
Fotografia de D.C.F. no dia de sua alta, com 8 dias de operado.



Peça cirúrgica mostrando o volumoso tumor do lobo superior.

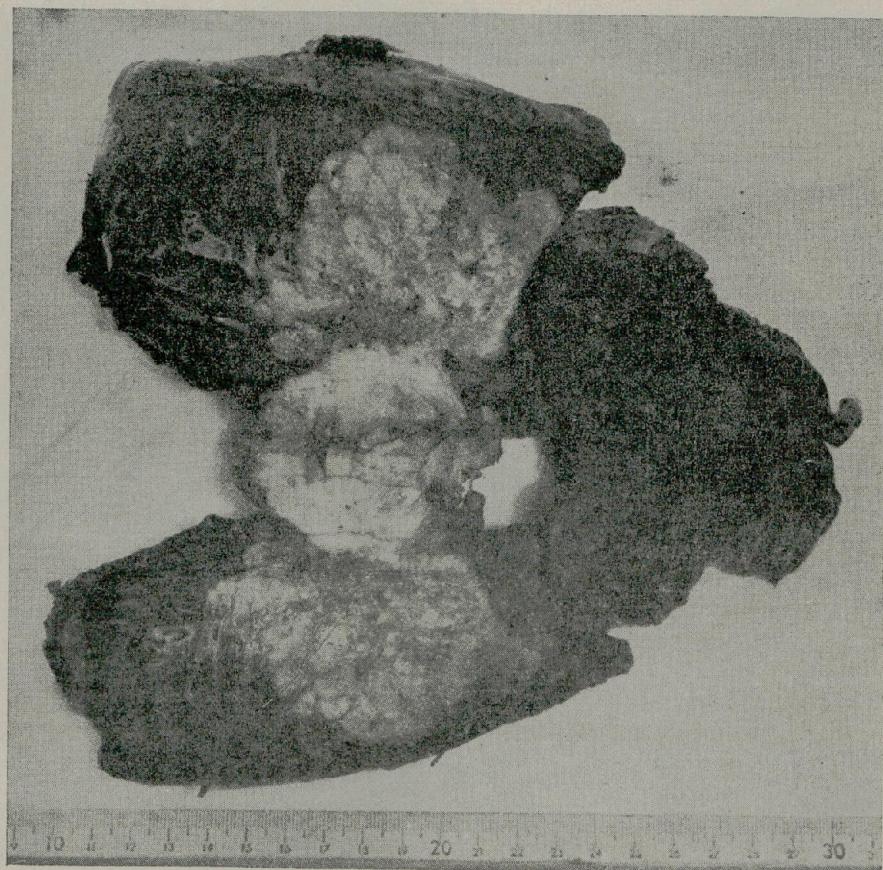


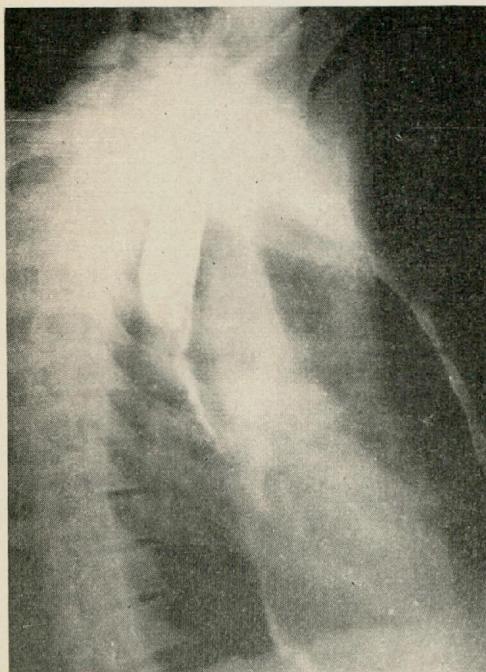
IV — Caso 32.713 de R.M.S. de 42 anos, pardo, cômico. Portador de tumor da lingula, com volumosa adenopatia traqueo-brônquica. Com diagnóstico endoscópico de Carcinoma epidermoide sofreu a pneumonectomia total esquerda, com completa e total dissecção do mediastino. Nas radiografias, vemos a pré-operatória e as do pos-operatório, com a evolução e organização do hematoma no vazio do hemitorace esquerdo.





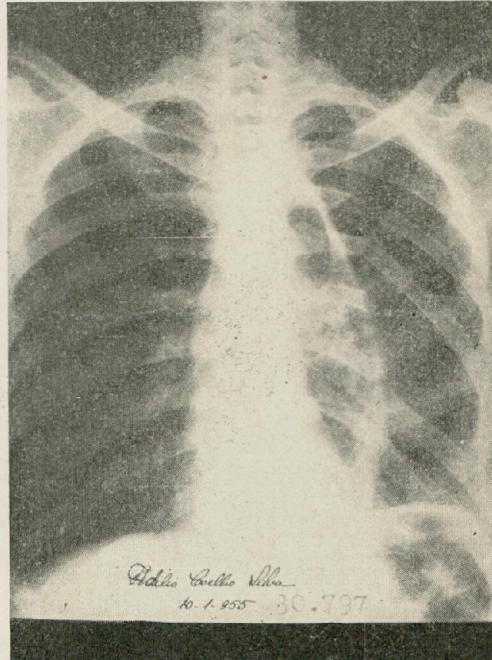
Peça cirúrgica vista pela face mediastinal, deixando evidenciado o volumoso tumor mediastinal, que foi muito dificultoso para as manobras cirúrgicas de dissecção mediastínica. Na peça cirúrgica aberta podemos ver claramente o tumor do tipo central se comunicando diretamente com a volumosa massa mediastínica, antes descrita.



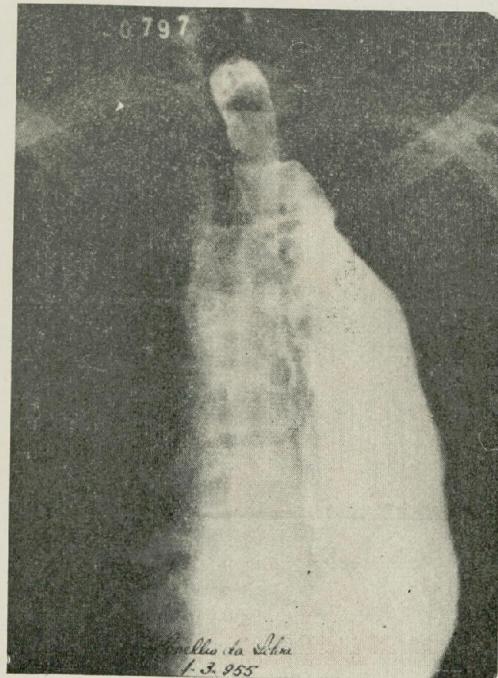
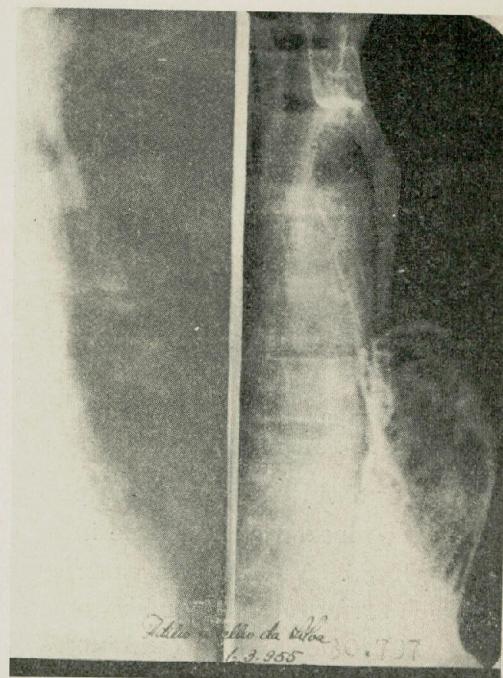


Radiografia de A.C.S. pré-operatória, com aspecto típico de lesão do terço médio do esôfago.

Radiografia de A.C.S. com 23 dias de operado, tendo-se feito radiografia sem contraste pelo perigo de usar o bário, material pesado, pondo assim em risco a ressentente sutura. Vemos entretanto a altura da anastomose, pouco abaixo da clavícula e a sombra da massa do estômago, dentro do tórax.



Radiografias de A.C.S. com 4 meses de operado, vendo-se com fino contraste a extensão e perfeita permeabilidade da bôca anastomótica.



Radiografias de A.C.S. igualmente com 4 meses de operado, vendo-se mais uma vez a extensa comunicação entre o esôfago e estômago, quase imediatamente abaixo da clavícula. Casos como êstes é que nos fazem esperar para nos decidirmos pela indicação entre a cirurgia e a radioterapia, frente a um caso de tumor esofágiano.

lizmente, temos obtido com a radioterapia, tão bons resultados, que estamos entusiasmados, principalmente naqueles casos em que pela localização são considerados mau risco operatório. Se com a radioterapia já obtemos sobrevidas comparáveis aos da cirurgia, novas esperanças se abrem com a aquisição da bomba de cobalto. Nossas esperanças na melhoria do prognóstico dos tumores de esôfago, são grandes com as irradiações, mas ainda é cedo para afirmarmos se os resultados são melhores do que os obtidos pela cirurgia, pelo menos nos de localização média e inferior do esôfago. Vejamos por exemplo um caso de esofagectomia por blastoma do terço médio do esôfago (carcinoma epidermoide grau 3) em que praticamos a esofagectomia sub-total com esofagostomia ante e supra aórtica.

Trata-se do caso n.º 30.797 de A.C.S. de 50 anos.

5.º — *Para diagnóstico da multiplicidade de lesões:* até mesmo os raios X diagnóstico e as endoscopias podem falhar nos casos de localizações múltiplas de lesões.

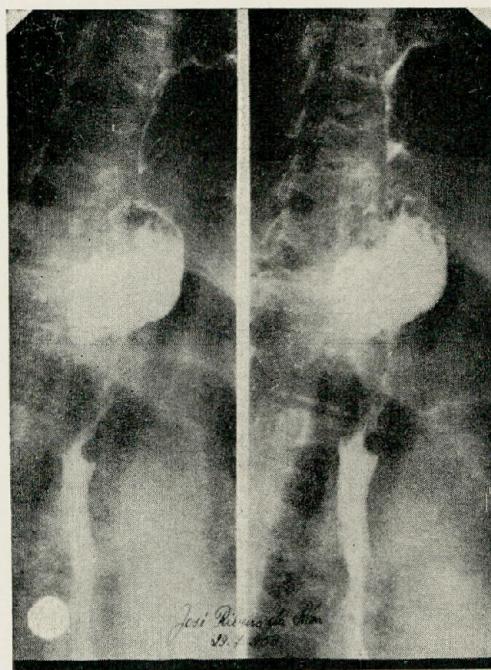
a) *Pulmão:* nos tumores do pulmão não raras vezes evidenciamos lesões múltiplas do parênquima, que ficaram veladas pelas inúmeras eventualidades que se apresentam de braços dados aos tumores pulmonares, tais como: bolhas de enfisema, atelectasias parciais e totais, derrames etc. Assim, só a toracotomia exploradora é realmente capaz de dizer se só há lesão primitiva ou se já há outros departamentos pulmonares, a parede do tórax,

a pleura, estão ou não comprometidas, indicando ou não a ressecção.

b) *Esôfago:* igualmente acontece como o tubo esofágiano; a impossibilidade de visualização abaixo do tumor, pela estenose, implica numa má exploração deste segmento, que oculta por vezes, lesões aí localizadas.

Da mesma forma, só a toracotomia pode informar com certeza se estas ou outras lesões estão apenas localizadas ou se já compromete estruturas vizinhas.

c) *Mediastino:* aqui então, os informes dados pela toracotomia, são inestimáveis. A opacidade cardíaca e



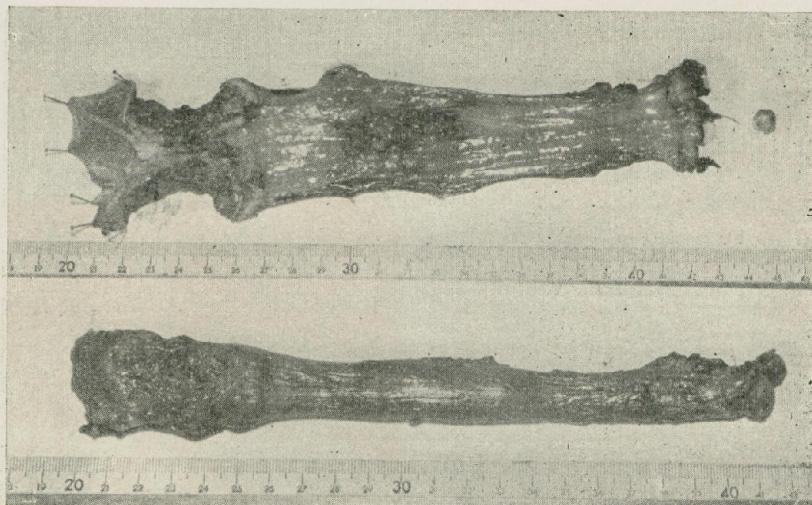
O caso de J.R.S., n.º 26.331, é evidente. A radiologia, não pôde evidenciar abaixo da estenose tumorosa uma lesão aí localizada e que só depois de identificada anatomicamente é que se percebe radiologicamente uma sombra correspondente, como podem por comparação verificar.

dos grossos brônquios, podem velar a multiplicidade e a extensão dos tumores do mediastino, que nem mesmo os recursos da técnica radiológica podem superar.

6.^o — *Para o primeiro tempo das intervenções cárdo-vasculares*, verificando-se após a abertura do tórax, das condições de operabilidade ou não, confirmado ou informando o diagnóstico

clínico e radiológico das afecções cárdo-vasculares.

7.^o — Por fim, a toracotomia é de indicação de urgência toda vez que por parada cardíaca tem-se necessidade de abordar o coração para aplicação direta sobre o órgão de injeções e massagens, principalmente, seja por acidente nas enfermarias ou nas salas de operações.



Peça operatória de J.R.S. fechada e aberta, mostrando a duplicidade de lesões do tubo digestivo, impossível de ser vista e identificada no pre-operatório, tanto pela endoscopia como pelos raios X.