

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TOSSE E DA DOR EM CASO DE CARCINOMA BRONCOGENICO INOPERÁVEL

CESAR AVILA

Catedrático de Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre — Membro da S.B. de Ortopedia — Membro do Colégio Brasileiro de Cirurgões

JOÃO B. FERNANDES

Assistente voluntário da Cadeira de Clínica Propedêutica Médica.

Por certo o título de nossa comunicação há de causar estranheza. Relatamos o caso clínico que por si só explicará tal denominação.

Em agosto de 1948, examinamos B.M. doente internado na Enfermaria 31, da Santa Casa de Porto Alegre. Homem emagrecido, de cor branca, com 48 anos de idade, natural da cidade do Rio Grande, neste Estado.

Veiu à Porto Alegre numa tentativa de minorar seus sofrimentos, que se agravavam nos ultimos meses. Sofria de dores torácicas à esquerda e uma tosse coqueluchoide que o atormentava dia e noite.

Conta que, há seis anos, começou a sentir dores vagas no hemitorax esquerdo, seguidas de agulhadas. Essas dores desapareciam totalmente, por longos periodos.

Há um ano e dois meses, essas dores se exacerbaram e do torax se irradiavam até ao pescoço do mesmo lado esquerdo. Foi então que começou a tossir. Logo em seguida, passou a eliminar com a tosse, uma expectoração mucoide e pegajosa que chegava a atingir quasi um litro por dia. Meses mais tarde, procurou um médico. Por esta ocasião, 26 de abril de 1948, foram batidas as chapas radiográficas n.ºs 1 e 2 que mostraram junto à sombra dos vasos, à esquerda, uma imagem anormal, prolongando-se por digitações que já invadiam o parenquima. As broncografias, feitas em seguida, confirmaram a hipótese de um tumor, como se póde ver nos clichês 3 e 4.

Diversas pesquisas do bacilo de Koch foram feitas no escarro e sempre negativos. A eliminação do material mucoide e gomoso foi paulatinamente diminuindo, à medida que a tosse e as dores aumentavam. Procurou agora o serviço da Santa Casa, principalmente por causa da tosse continua que exacerbava as dores.

Emagreceu, nos ultimos meses, 12 quilos. Alimenta-se muito mal. Também, por causa da tosse, não dorme. Não n'a acalmam os opiáceos em grandes doses. Morfina e barbitúricos em vão foram receitados para que dormisse.

Seus antecedentes mórbidos nada de interesse apresentam, fóra da reação de Wassermann e Kahn positivas. Ao exame clínico nada que chamasse atenção, além de um desvio da coluna cervical ao nível de C7, de concavidade esquerda.

As imagens radiológicas, de chapas então batidas, pouca diferença apresentaram dos clichês 1 e 2. Não havia quasi dúvida de se tratar de um caso de carcinoma bronco-pulmonar. No entanto, embora clinicamente o julgássemos inoperável, iniciamos os exames para mais completa elucidação do caso. Os exames de laboratório foram normais, com excepção de Wassermann e Kahn positivos e de um tempo de sangramento de 55 segundos e de coagulação de 30 minutos.

Em 18 de agosto de 1948, foi praticada uma angio-cardiografia pelos Drs. Darcy Ilha e José M. Job, que demonstrou a pre-

sença de uma sobre tumoral mediastínica à esquerda, perfeitamente isolável da aorta, excluindo a possibilidade da existência de um aneurisma.

Em 19 de agosto, instalamos um pneumotorax artificial a esquerda, com toda facilidade, visando fazer depois um estudo toracoscópico do mediastino.

Três dias após, tendo sido praticados reinsuflações, a toracoscopia esquerda nos mostrou a existência de um tumor do tamanho de uma laranja, de cor cinzenta, envolvendo o hilo esquerdo, atingindo o lobo superior com o qual se confundia.

O tumor também se alargava pelo mediastino, encobrindo suas formações anatômicas. Todo o tumor visível era coberto de pequenos nódulos, do tamanho de uma cabeça de alfinete, arredondados e simetricamente distribuídos. Com a pinça de biópsia, conseguimos retirar três módulos destes para exame anatomo-patológico.

O resultado deste exame foi o seguinte: "Exame anátomo-patológico A. P. 1.783-48.

Qualidade de peça: fragmento de tumor mediastínico. **Diagnostico anatomo-patológico:**

Carcinoma. Nota: Não se pode dar o grau nem o tipo dada a exiguidade de dados no material examinado.

Porto Alegre, 31 de agosto de 1948.

assinado: Professor Paulo Tibiriça".

Já então podíamos ter a certeza de se tratar de tumor maligno inoperável.

As chapas 5 e 6 mostram, a contento, a localização da neoplasia.

A dor irradiante para o pescoço, base do torax e costas, provocada pela tosse contínua, não cedeu com medicação alguma.

A tosse era aquela tão bem descrita por Ramond, em suas conferências sobre "Tumores do Mediastino".

1) "La toux est rauque, forte et bruyante, sonore, toux aboyante, toux de compression de Garel, sèche, quinteuse, par fois coqueluchoide. Elle aussi est sous la dependance d'une irritation nerveuse".

Repetiam-se as quintas de minuto a minuto, dia e noite.

Urgia tentar algo para aliviar o doente. A dor muito semelhante à da frenalgia nos deu a ideia de seccionar o frênico. A situação do tumor, comprimido o plexo pulmonar e o pneumogástrico, também serviu para que pensássemos em interromper o nervo vago. A via de acesso cirúrgico

seria a cervical anterior e nos serviria também para interrompermos o simpático nessa altura.

Kuntz em seu "Anatomic Nervous System" escreve:

"The coughing reflex may be elicited by stimulation of the vagus fibers distributed to any part of the respiratory tract (Stackelin 1914) but is not elicited from all the areas of vagus distribution in the respiratory tract with equal facility. Stimulation of the deeper parts of the larynx is most effective. The facility with which this reflex is elicited gradually decreases, approaching the smaller subdivisions of the bronchial tree. It also is rarely elicited by irritation of the pharynx and the base of the tongue. On the other hand, the coughing reflex may be elicited by stimulation of the afferent vagus fibres supplying various visceral organs e. g., the liver and spleen.

It has also been observed clinically that under certain conditions irritation of the parietal pleura elicits the coughing reflex".

E Livingstone, em "Pain Mechanisms" é textual:

"The are different methods where by the vicious circle may be broken. Posterior rhizotomy and antero lateral chordotomy may relieve pain, but these radical procedures should be used only as a last resort. The underlying process is a physiologic disturbance, and there should be better methods for correcting it than a permanent sacrifice of anatomical pathways. If done early enough, as imple removal of the trigger point may be sufficient to this cure. If this fails, a sympathetic ganglionectomy, or possibly some less drastic method of a attack on the sympathetic pathways may be successful".

Animados por esses autores e, em vista da situação aflitiva do enfermo, a 2 de setembro, auxiliados pelo doutor Tauphick Saadi, resolvemos tentar a intervenção. Com anestesia local, via de acesso transversal larga, paralela à clavícula. Sucessivamente, seccionamos o pneumogástrico e frenicos esquerdos e extirpamos o ganglio estrelado.

O ganglio, examinado no serviço anatomo patológico da F. de Medicina pelo docente Dr. Paulo F. L. Becker, apresentava: **Neuroniofagia, exsudato polimorfonuclear, neutrofilos peri-vasculares.** (10 de setembro de 1948).

O resultado foi excelente, tanto sobre a dor, quanto sobre a tosse.

A dôr desapareceu quasi totalmente e a tosse passou a apresentar apenas quatro a cinco quintas nas 24 horas.

De tal maneira se sentiu aliviado o doente que se considerava curado. Antes de sair do hospital, foi submetido a roentgenerapia profunda no serviço do Professor Saint Pastous. Conseguimos seguí-lo por mais quatro meses. Continuava bem. Depois, não foi possível obter mais notícias do paciente. Na literatura compulsada, nada encontramos sobre tais intervenções para combater a tósse e a dôr do carcinoma bronco pulmonar inoperável.

A seguir, o Dr. João B. Fernandes, clínico e cardiologista, vai tecer algumas considerações sobre o caso.

O paciente foi submetido, dois dias antes da intervenção, a exame clínico e cardiológico completo, levando em consideração particular a natureza da intervenção a ser praticada. O exame clínico geral, a não ser os fatos já relatados anteriormente, inerentes ao processo carcinoso pulmonar, nada de particular revelava. O exame do aparelho cardio-vascular, afôra taquicardia (108 b.p.m.), também nada de particular revelou. As cifras tensionais eram de 130x80 ms. Hg. Os tempos de velocidade circulatória (braço-lingua e braço pulmão) eram normais. Pressão venosa normal. O exame eletrocardiográfico, obtido na mesma ocasião, fig. n.º 7, foi o seguinte:

Ritmo: sinusal regular. **Frequência:** 106 s. p.m. **Derivações clássicas:** complexos auriculares e ventriculares normais em amplitude, duração e forma. Eixo médio manifesto de QRS e gradiente ventricular apontando para 97.º e 66.º, com grandezas respectivas de 5,0 e 6,3 u. A. Eixo anatômico projetado no plano frontal igual a 42.º e gradiente ventricular teórico igual a 67.º, com grandeza de 8,8 u. A. Coração apresentando forte rotação horária em torno do eixo longitudinal. **Derivações Unipolares dos Membros:** Normais. **Posição elétrica:** vertical. **Derivações precordiais:** Normais.

Quarenta e oito horas após a intervenção, foi obtido novo traçado eletrocardiográfico, fig. n.º 8, que nos deu o seguinte resultado:

Ritmo: sinusal regular. **Frequência:** 104 s. p.m. **Derivações clássicas:** complexos auriculares e ventriculares normais em amplitude, duração e forma. Eixo médio manifesto de que QRS e gradiente ventricular apontando para 60.º e 68.º, com grandezas respectivas de 4,9 e 9,4 u. A. Eixo anatômico projetado no plano frontal igual a 48.º. Gradiente ventricular teórico igual a 53.º com grandeza de 9,4 u. A. Coração com moderada rotação horária em torno do eixo longitudinal. **Derivações Unipolares dos Membros:** Normais. **Posição elétrica:** semi-vertical.

Os tempos de velocidade circulatória (tempo braço-lingua e braço pulmão) e pressão venosa normais, sem variação sensível em relação aos obtidos antes do ato operatório. As cifras tensionais permaneceram as mesmas.

Vemos, pelos dados acima apresentados, que a complexa intervenção praticada nada influiu sobre a situação cardíaca do paciente. Pela análise dos eletrocardiogramas, verificamos que a frequência cardíaca praticamente permanece inalterada. Houve um deslocamento para a esquerda do eixo médio manifesto de QRS, que passou de 97.º para 60.º, enquanto que o gradiente ventricular permaneceu na mesma situação, praticamente. Do mesmo modo, diminuiu a rotação horária do coração em torno do eixo longitudinal, tendo, em relação ao eixo antero-posterior, passado da posição vertical para a semi-vertical, havendo, pois, em torno desse eixo, uma rotação anti-horária. Ademais, apesar de ter permanecido a mesma grandeza A QRS, houve um aumento da grandeza do gradiente ventricular, traduzindo uma melhora na fase de repolarização do miocárdio. Essas modificações de posição podem ser atribuídas à paralisia frênica esquerda.

Em relação às demais funções vegetativas, não houve qualquer modificação assinalável.

NOTA: Após publicado esse artigo, repetimos algumas vezes a intervenção com resultados menos brilhantes. Acreditamos hoje que o método paliativo de eleição quando possível, deva ser a pneumonectomia.

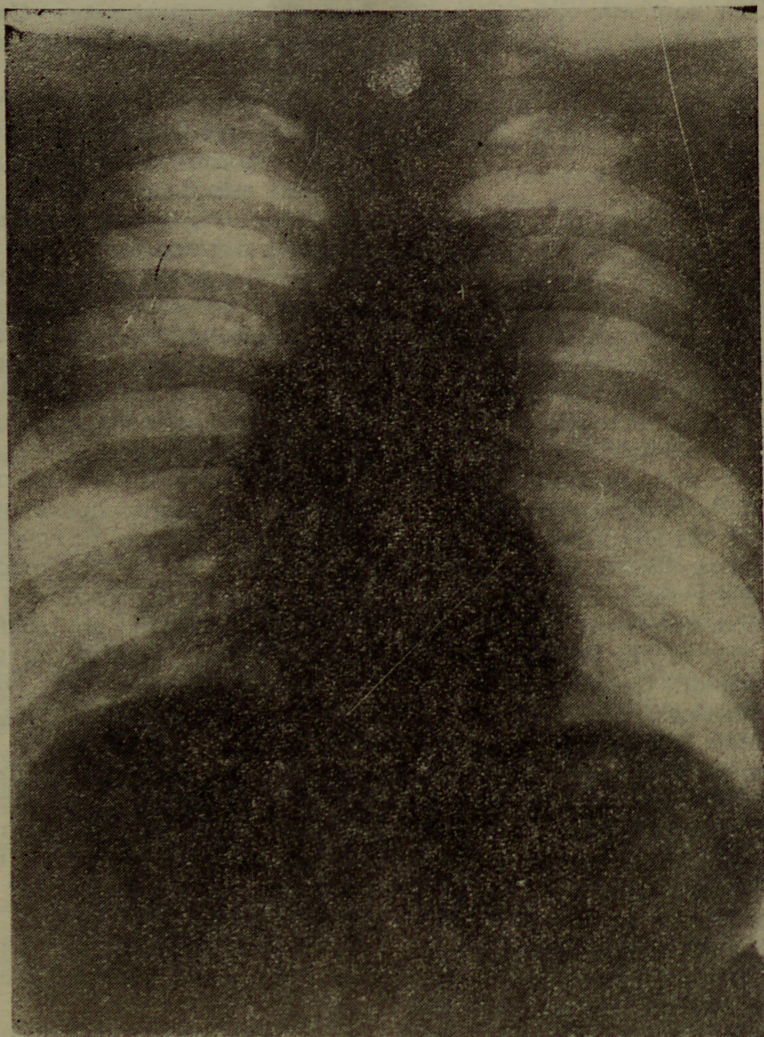


Fig. 1



Fig. 2

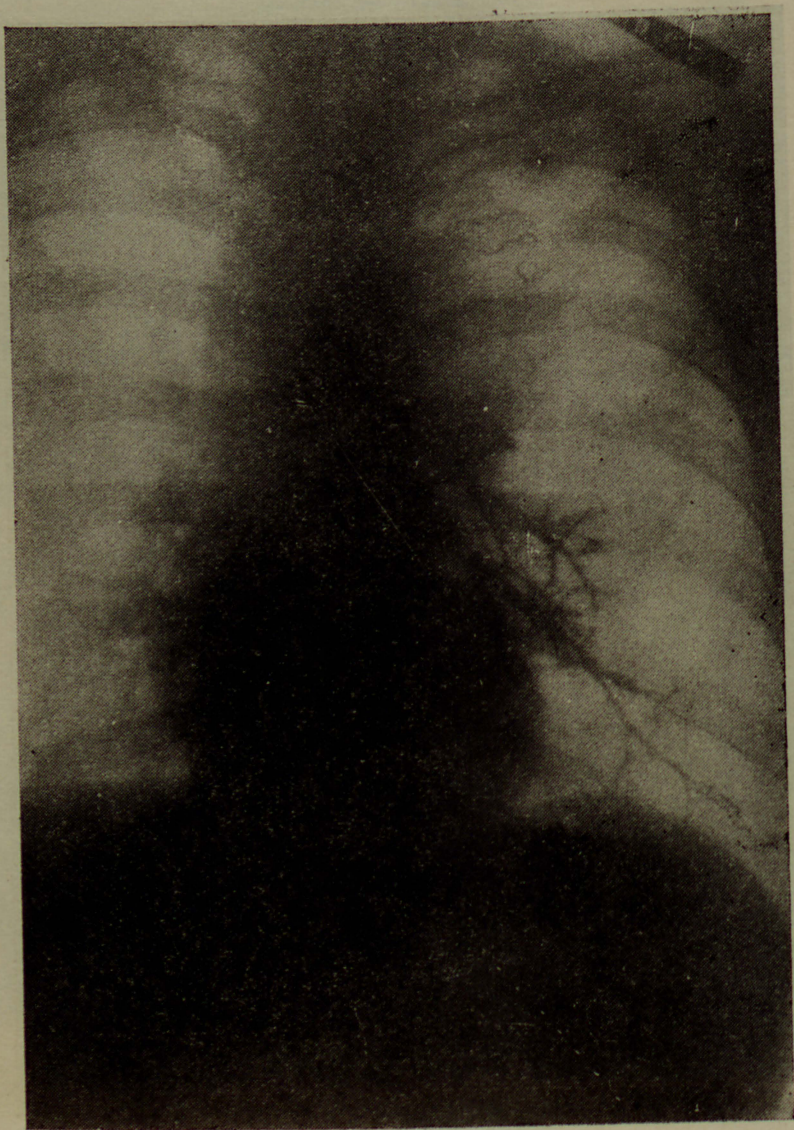


Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

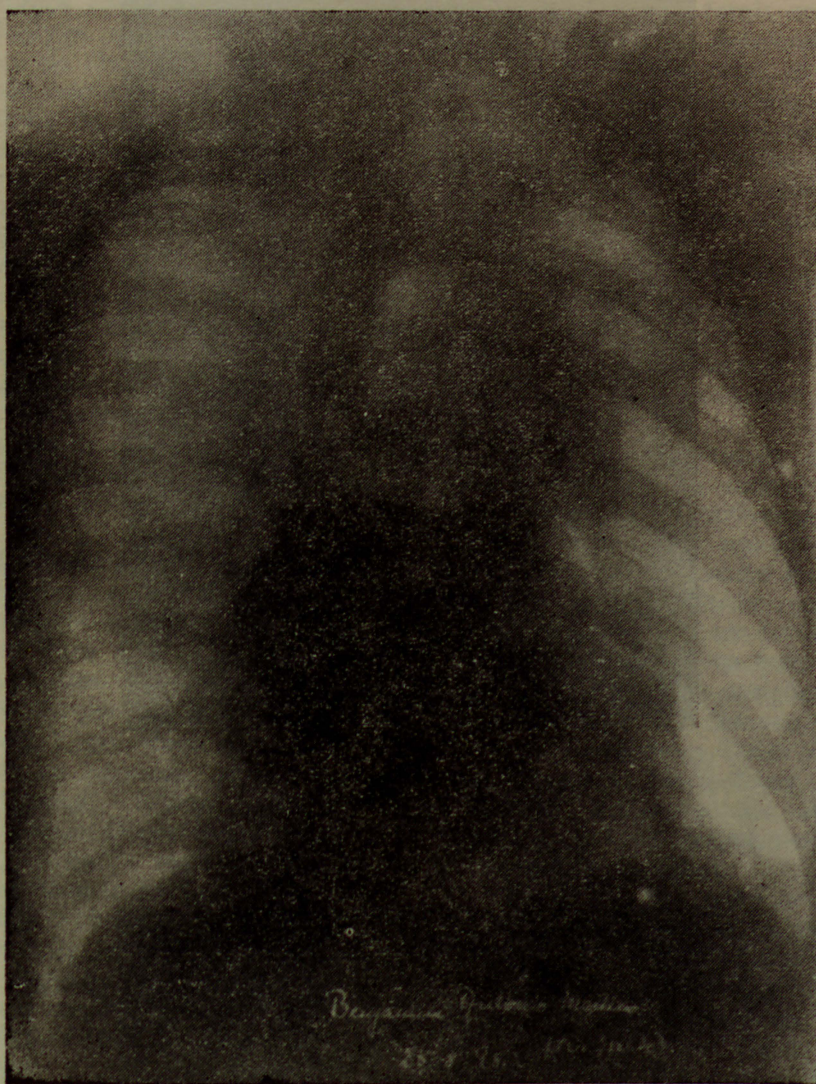


Fig. 6

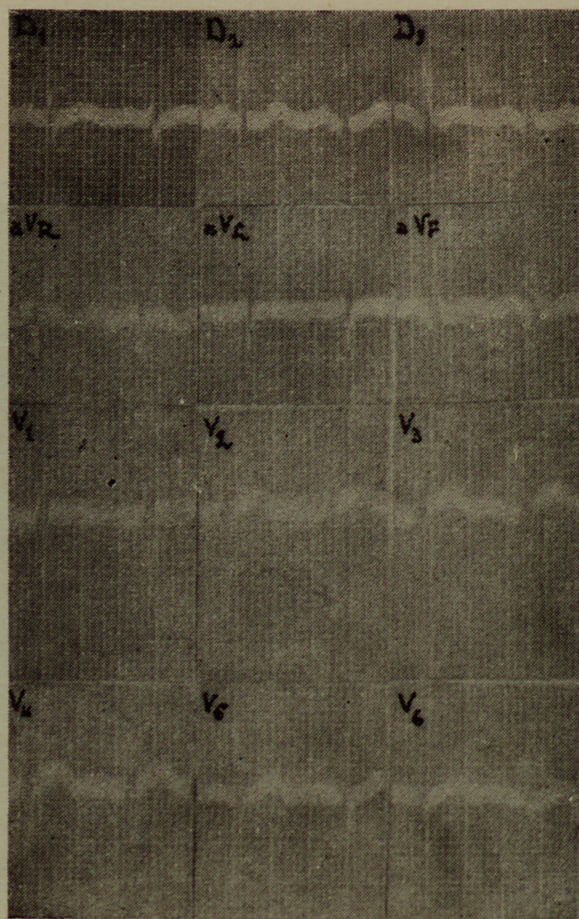


Fig. 7

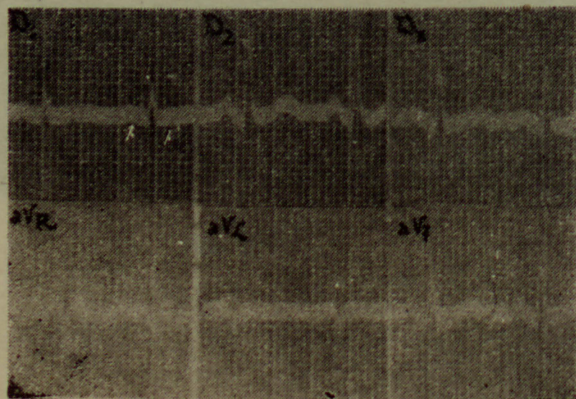


Fig. 8