

Clinica chirurgicală din Tirgu Mureș (cond.: prof. Z. Pápai)

POSIBILITAȚI ȘI GREUTAȚI ÎN COMBATAREA CANCERULUI BRONHO-PULMONAR*

Z. Pápai, Z. Csizér, Z. Naftali, T. Schapira, A. K. Keresztessy și F. Nagy

Prima rezecție pulmonară pentru cancer a fost efectuată de *Graham* în anul 1933. Optimismul pe care l-a provocat această intervenție se datorește și faptului că la 15 ani după operație bolnavul trăia încă.

Interesul deosebit față de tratamentul chirurgical al cancerului bronho-pulmonar se explică prin 2 circumstanțe: pe de o parte, după 1930 a devenit clar că numărul absolut al acestei afecțiuni se mărește progresiv, iar pe de altă parte s-a constatat că în afară de tratamentul chirurgical orice alt gen de tratament este ineficace.

Menetrier a atras atenția încă în anul 1906 asupra frecvenței crescînde a cancerului pulmonar, dar la început autorii și-au exprimat speranța că această creștere este aparentă. Explicația fenomenului s-a căutat atît în ridicarea duratei medii de viață cit și în perfecționarea mijloacelor de diagnostic. Observațiile ulterioare au dovedit însă că este vorba de o creștere reală.

În această privință *Georgescu* a prezentat date interesante în anul 1955. După acest autor, mortalitatea în cancerul pulmonar în anul 1931 a fost de 1,1 la 100.000 locuitori, iar în anul 1941 această cifră s-a ridicat la 4,1. Creșterea mortalității este mai accentuată la oraș și în rîndul bărbaților. Astfel în 1932 din mortalitatea canceroasă generală, mortalității cancerului pulmonar îi revenea 3,7%. Acest procent în mediul urban a fost de 7,2%. Peste 10 ani, din totalul bărbaților decedați în cancer, 1/5 a murit de cancer pulmonar. *Cărpinișan* evaluează proporția cancerului bronho-pulmonar la 6% din totalul tumorilor maligne. După datele lui *Strucicov* și *Grigorean* în Uniunea Sovietică tumorile bronho-pulmonare reprezintă 12—15% din totalitatea tumorilor. *Davidovschi* arată că tumorile bronho-pulmonare au atins numărul tumorilor gastrice. În alte regiuni ele urmează imediat după cancerul gastric la bărbați, iar la femei ocupă locul 3 după neoplasmul uterin și cel al sînilui.

Deosebit de semnificativ este creșterea cancerului bronho-pulmonar în Anglia și S.U.A. Conform datelor lui *Stocks* (Anglia) între 1934—44 mortalitatea canceroasă la bărbați s-a ridicat cu 86%, iar la femei cu 35%. Cam în același interval de timp în S.U.A. mortalitatea în cancerul bronho-pulmonar s-a ridicat cu 144% (*Hayder*).

Date fiind aceste date alarmante era natural că atenția literaturii de specialitate să se îndrepte și mai mult spre chirurgia toracică în plină dezvoltare. Într-adevăr chirurgia toracică a deșteptat speranțe justificate. Astfel chiar și analiza rezultatelor primelor serii de intervenții a furnizat date deosebit de încurajatoare, mergînd pînă la 15—40% supraviețuiri peste 5 ani (*Overholt*, *Ochsner*, *Oudet*, *Santy*, *Cărpinișan* și alții). În obținerea acestor rezultate un rol deosebit a revenit chirurgiei toracice în plină dezvoltare, care a reușit să

* Comunicare prezentată la ședința din 13 aprilie 1961 a S.S.M. Filiala Tg. Mureș.

scadă în mod sensibil mortalitatea postoperatorie precoce. *Sørensen* arată că în decurs de 10 ani, de la 1943—53, mortalitatea operatorie a scăzut de la 29,8% la 11,3%.

Un aspect cu totul diferit prezintă însă acele statistici care se ocupă nu numai de soarta bolnavilor operați, ci și de numărul global al bolnavilor de cancer bronho-pulmonar. După evaluarea lui *Georgescu*, dintre cei 1142 bolnavi la care între anii 1948—50 s-a pus diagnosticul de cancer pulmonar, au putut fi operați numai 25, adică 2,2%. *Cărpinișan* arată că 80% din bolnavi ajung prea tardiv în secțiile chirurgicale, iar din restul de 20% numai la 1/3 se poate executa o intervenție radicală. *Danilenco* relatează că din cei 612 bolnavi tratați între anii 1950—57, numai 27,7% au fost operabili, iar dintre aceștia, operație radicală s-a putut executa numai la 13,1% a cazurilor. În statistica lui *Daniello* se arată că din 376 bolnavi exereza s-a putut efectua numai la 15. Cu toate că 1/3 din numărul bolnavilor s-a prezentat precoce, adică în decurs de 1—3 luni după apariția primelor simptome, operabilitatea lor este incomparabil mai redusă decât cea relatată de alți autori în cazuri similare.

Aceste date statistice ne obligă să studiem din nou următoarele întrebări:

- de ce crește numărul relativ și absolut al bolnavilor de cancer pulmonar?
- care sînt cauzele faptului că bolnavii de cancer bronho-pulmonar se internază în marea lor majoritate în serviciile de chirurgie toracică în faza inoperabilă a afecțiunii?
- care este valoarea reală a mijloacelor noastre de investigație în stabilirea diagnosticului în stadiul precoce al bolii?
- unde se constată cele mai multe greșeli în neglijarea cazurilor de boală?

Problemele puse prezintă o deosebită importanță în regiunea noastră, cunoscută ca fiind printre primele, atât în privința morbidității canceroase, cît și sub aspectul procentului ridicat al cazurilor inoperabile. Ele interesează îndeaproape serviciile de pneumologie, boli interne, chirurgie, radiologie, oncologie și în primul rînd pe medicul de teret și organizatorul de sănătate. Deși în ultimii ani, situația cancerului bronho-pulmonar la noi în țară, a fost prezentată sub diferitele ei aspecte (*Cărpinișan*, *Daniello*, *Bumbăcescu*, *Anastasatu*) totuși credem că problema este departe de a fi epuizată, fiind convinși că orice date noi, orice nou aspect sau chiar și sistematizarea și reimprospătarea datelor apărute contribuie la mărirea eficacității luptei anticanceroase.

Tocmai aceste motive ne-au determinat să prelucrăm statistic datele din ultimii 5 ani (1956—1960) ale celor patru clinici (cl. medicală I., cl. medicală II., cl. chirurgicală și fiziologică) din Tg. Mureș, prezentînd experiența noastră în problema cancerului bronho-pulmonar. Din bogatul material studiat am căutat să descoperim toți acei factori care au îngreunat diagnosticul precoce, sub aspectul simptomatologiei inițiale, al eficacității metodelor de investigație aplicate și al atitudinii medicale față de simptomele găsite.

Studiul statistic efectuat ne arată că din totalul bolnavilor internați în ultimii 5 ani raportul canceroșilor a fost de 4,5%. Cancerul bronho-pulmonar reprezintă 0,65% din numărul bolnavilor internați și 14,4% din totalul afecțiunilor oncologice. Frecvența bolii canceroase în general a crescut între anii 1956—60 cu 4%, iar cea a cancerului pulmonar cu 56%.

Dintre 287 bolnavi suferind de cancer bronho-pulmonar am luat în studiu 277, *dzșpre care posedăm dosare aproximativ complete*. Dintre aceștia 246 au fost bărbați (88,8%) și 31 femei (11,2%).

a) Numai în 187 de cazuri am putut stabili ocupația de lungă durată:

— agricultori	121 bolnavi (64,17%)
— muncitori	32 „ (17,11%)
— funcționari	18 „ (9,62%)
— casnice	16 „ (8,55%)

b) Dintre cei 277 bolnavi, 193 au provenit din mediu rural (69,67%) și numai 84 (28,8%) din mediu urban.

c) Repartiția pe grupe de vîrstă a bolnavilor noștri corespunde datelor literaturii. Cel de al V-lea deceniu domină și în statistica noastră, (45,8%).

d) Studiind simptomatologia de debut și evoluția inițială a bolii am găsit următoarele date:

A) *Tusea*, în statistica noastră s-a prezentat ca prim simptom al bolii în 25% a cazurilor. Cu toate că tusea poate fi considerată ca un simptom precoce al maladiei, în majoritatea cazurilor nu a atras atenția bolnavului și nici a medicului curant. Ca un atribut obișnuit al bronșitelor banale acute și cronice, în special la vechii fumători, mult timp nu i se dă importanță suficientă, astfel ca o mare parte a tumorilor endo-bronșice rămîn nedescoperite timp îndelungat.

B) *Durerea toracică* urmează ca simptom inițial după tuse în ordinea frecvenței (21,8%). Durerile din cancerul bronho-pulmonar nefiind caracteristice, cel mai adesea sînt etichetate și de către medicul curant și specialist, ca dureri nevralgice, dureri reumatismale, spondilartroză etc. Apariția durerii în evoluția cancerului pulmonar constituie în sine de cele mai multe ori semnul inoperabilității. Unul dintre bolnavii noștri avînd o brahialgie tenace, a consultat timp îndelungat diferiți specialiști, pînă cînd la urmă a fost descoperită o tumoră apicală a lobului superior de tip Pancoast—Tobias, ce comprima plexul brahial. Durerile toracice de la baza toracelui, ivite în evoluția tumorilor bronho-pulmonare constituie semnul invadării mediastinului, a nervilor intercostali sau a pleurei (*Daniello*). Mai greu pot fi explicate durerile apărute în legătură cu tumorile ce se dezvoltă în centrul parenchimului pulmonar, neavînd nici o legătură cu elementele nervoase parietale sau mediastinale. Este posibil ca în acest caz, elementele nervoase proprii tumorilor dezvoltate o dată cu acestea să aibă rol preponderent în declanșarea durerii. (*Petrova, Soloviev*).

C) *Inapetența, slăbirea în greutate și forțe fizice*, ca simptome inițiale, ocupa locul al treilea în statistica noastră, prezentînd o frecvență de 18,7%. Mulți dintre bolnavii noștri au prezentat la început numai slăbirea în forțe fizice și buna lor dispoziție pentru muncă. Alții au remarcat de la început o scădere importantă în greutate. Aceste simptome în lipsa acuzelor toracice dirijează de obicei atenția bolnavului și medicului spre o eventuală suferință a tractului digestiv și întîrzie astfel stabilirea diagnosticului real. Această întîrziere devine fatală, cunoscut fiind faptul că inapetența și slăbirea reprezintă semnele intoxicației carcinomatoase a disproteinemiei avansate și implicit ale inoperabilității. Ca termen de comparație, să ne gîndim ce s-ar întîmpla dacă și cancerul de sin ar fi descoperit numai în faza slăbirii și a inapetenței?

D) *Starea de subfebrilitate și febra*, ca simptome inițiale se prezintă cu o frecvență remarcabilă în statistica noastră, anume în 17,6% a cazurilor. Am plasat aici febricitările persistente, precum și stările febrile acute sub masca unei gripe, pneumonii sau pleurezii. Procentul găsit este suficient de ridicat pentru a risipi falsa convingere, care mai dăinuie în public și chiar în lumea medicală, că febra ar fi un semn exclusiv al proceselor inflamatorii. Febra ca simptom inițial al cancerului bronho-pulmonar este cu atît mai înșelătoare, cu cît prin tratamentul antiinflamator poate să dispară.

E) *Expectorația sanguinolentă*, ca simptom de debut, în experiența noastră nu s-a găsit decît în 5,7% a cazurilor. Este un simptom valoros, fiindcă impresionează pe bolnav și-l îndrumă la medic. Majoritatea autorilor consideră expectorația sanguinolentă, mai ales cînd este însoțită de tuse rebelă și chinuitoare, ca simptomul cel mai caracteristic al cancerului pulmonar. Deși uneori se prezintă numai în faza tardivă a bolii, acest simptom ne ajută totuși în unele cazuri să descoperim tumori endobronșice ce nu au invadat încă parenchimul. Pe de altă parte, e regretabil faptul că acest simptom valoros în practica medicală curentă este considerat de prea multe ori ca o manifestare a tuberculozei. Astfel se explică de ce chiar în serviciile de specialitate, bolnavilor cu expectorație sanguinolentă și fără alt simptom, li s-a aplicat un tratament anti-tuberculos ex juvantibus, chiar în lipsa repetată a bacilului Koch în spută.

F) *Dispneea, expectorația fetidă și compresiunea mediastinală* s-au prezentat rar în statistica noastră ca simptome inițiale (2,7%). Ele pot fi considerate totdeauna ca semne ale unui proces tumoral avansat, inoperabil.

Un tablou mult mai real asupra debutului clinic, obținem analizând nu unele simptome izolate, ci întreg tabloul evolutiv al perioadei de debut, caracterul său acut sau cronic.

a) *Debut acut* am semnalat în 38,7% a cazurilor și anume:

— debut pneumonic	18,4%
— debut pleuritic	13,3%
— debut gripal	7,9%

În literatura studiată nu am găsit un procent atât de ridicat al debutului pneumonic. Credem că tocmai acest fapt a contribuit la ridicarea procentului: mare de inoperabilitate în materialul nostru. Debutul acut, precum se știe, maschează procesul tumoral care îl declanșează. Medicul curant nu vede decât pneumopatia acută, iar după dispariția sau ameliorarea fenomenelor alarmante, consideră cazul rezolvat. Merită o deosebită atenție în special pneumopatiile cu evoluție atipică, trenantă și pneumoniile recidivante. Din dosarul bolnavilor noștri a reieșit că dintre cei 51 bolnavi cu debut pneumonic, 7 au avut pneumonie recidivantă o dată sau chiar de 3—4 ori.

b) Debutul cronic a fost observat în 62,2% a cazurilor. Adesea evoluția clinică inițială a fost destul de tipică, adică după unele simptome nesigure s-au alăturat și altele mai caracteristice, completând tabloul clinic, având adesea următoarea succesiune:

- tuse, inapetență, slăbire, dureri toracice, sau
- expectorație, slăbire, dureri toracice, tuse.

În 7,9% a cazurilor cu debut cronic insidios, simptomele de mai sus au fost interpretate de către medicul curant sau de către specialist ca semne ale tuberculozei pulmonare. Aproximativ aceeași proporție o prezintă erorile de diagnostic legate de supurația pulmonară.

Cazurile cu simptomatologie săracă au dat naștere de asemenea la interpretări greșite, mai ales când a fost vorba de persoane relativ tinere, cu imagini radiologice neconcludente și imagini caracteristice afecțiunilor pulmonare benigne.

Analizând statistica noastră din punct de vedere al evoluției inițiale, constatăm că la aproape jumătate din bolnavi (42,2%) primul examen medical a pus în evidență simptome relativ caracteristice, care ar fi trebuit să trezească suspiciunea de cancer pulmonar. La cealaltă jumătate simptomele au fost necaracteristice, greu apreciable, croarea de diagnostic putând fi oarecum justificată.

Urmărind diagnosticurile și indicațiile chirurgicale puse prea tardiv, am căutat să stabilim timpul trecut de la apariția primelor simptome pînă la prima consultație medicală și timpul pierdut pînă la internarea într-un serviciu de specialitate.

Din datele noastre reiese că numai 25,6% din totalul bolnavilor s-au prezentat la consultație într-un termen relativ scurt, la maximum o lună. Marea majoritate (65,5%) s-a prezentat târziu peste termenul de 1 lună, uneori chiar peste un an de la primele simptome. Remarcăm de asemenea faptul că bolnavii au fost descoperiți ocazional sau prin depistări microcardiografice numai într-o proporție minimă (3,6—3,9%).

Situația este și mai tristă dacă urmărim timpul trecut de la debutul aparent, pînă la internare într-un serviciu de specialitate. Astfel internarea în servicii de specialitate s-a făcut în termen de 1 lună numai în 13% a cazurilor, în termen de 2—6 luni în jumătatea cazurilor, iar peste 7—12 luni aproape în 25%. Pînă la stabilirea diagnosticului, respectiv a indicației chirurgicale, chiar și în serviciile de specialitate s-au constatat uneori întârzieri, anume la 72 bolnavi din cei 277. Dintre aceștia numai la 36 întârzierea poate fi:

justificată printr-o simptomatologie ștearsă. În alte 13 cazuri, succesiunea prea distanțată a explorărilor clinice, radiologice și de laborator poate fi încredințată în prelungirea peste măsură a observațiilor. În sfârșit în 23 de cazuri s-au stabilit alte cauze.

Desigur că una din cauzele principale ale pierderii timpului util pentru intervenție o constituie imperfecțiunea metodelor noastre de investigație clinice și de laborator.

Viteza de sedimentare a hematiilor, probabil cea mai cunoscută și utilizată probă de laborator, nu furnizează argumente hotărâtoare în faza inițială a bolii. Valorile ridicate de 50—60 mm nu arată decît gradul disproteinemiei din perioada cînd orice indicație de intervenție este depășită.

— Valori V.S.H. ridicate am găsit în 160 cazuri	
— valori medii	„ „ 15 „
— valori limită, incerte	„ „ 102 „

Investigațiile radiologice curente (radioscopia, clișeele din diferite planuri, tomografiile și pneumografiile) furnizează date prețioase și cu toate că nu poate fi vorba de nici un simptom radiologic patognomonic în faza inițială, totuși coroborate cu simptomele clinice, aceste date ne ajută în majoritatea cazurilor să ne orientăm just la stabilirea diagnosticului. Analiza clișeeilor executate la bolnavii noștri ne arată că din 277 cazuri în 135 a fost vorba de imagini ce puteau fi bine încadrate ca simptome radiologice tumorale, în 59 cazuri am obținut imagini greu interpretabile cu totul necaracteristice, iar în restul de 82 cazuri clișeele nu au putut fi interpretate din diferite motive (imagini incomplete, execuție tehnică greșită, clișee deteriorate etc.).

S-a emis de astfel părerea susținută de o serie de autori că tumorile care prezintă deja modificări radiologice accentuate sînt practic inoperabile. Se cunoaște de asemenea și faptul că în stadiile precoce ale tumorilor bronșice, aspectul radiologic poate fi complet normal. Această posibilitate este evaluată la 4% din cazuri (*Lemoine* și colab.). Aici e vorba de obicei de tumori intrabronșice din trunchiurile principale ce nu obstruează încă lumenul și care pot fi descoperite numai prin bronhoscopie. Alții susțin că există totuși și în această fază unele simptome radiologice, ca hiluri mai bogate, mai largite, dar acestea sînt atît de discrete, încît numai un radiolog foarte versat le poate interpreta.

Urmărind cauzele greșelilor de diagnostic radiologic din materialul nostru am constatat că tabloul atelectaziilor tumorale se confundă adesea cu cel al pneumopatiilor atipice cu evoluție cronică. Această eroare are de obicei urmări grave cunoscut fiind faptul că însăși atelectazia înseamnă un stadiu avansat în evoluția tumorii, cînd lumenul bronșic este deja obstruat. *Chretien* și *Lemoine* au arătat că o atelectazie extinsă asupra unui segment înseamnă obstrucția unui trunchiular lobar, iar cea care cuprinde un lob întreg arată obstrucția bronșiei primitive de aceeași parte. Erorile de diagnostic radiologic se explică și prin bogăția și varietatea mare a imaginilor radiologice cauzate de tumori. Considerăm că e nevoie să stăruim în mod deosebit asupra constatării că în interpretarea cazurilor nu găsim de obicei și nici nu trebuie să ne așteptăm să descoperim apariția unor simptome caracteristice. Orice modificare în imaginea normală ne atrage atenția asupra unui singur fapt cert, anume că ceva se petrece în plămîn, și că originea acestui proces trebuie neîntirziat clarificată. O valoare deosebită au explorările radiologice repetate la scurte intervale, folosind toate posibilitățile tehnice moderne. Expectativa nu poate fi prelungită însă peste 3 săptămîni în speranța găsirii unor semne evidente, care aici echivalează cu inoperabilitatea.

Bronhografia am executat-o numai în 69 din cele 277 cazuri, deoarece în celelalte 208 fie că am întîmpinat contraindicații nete, fie că am socotit-o inutilă, fiind vorba de cazuri mult depășite. Cele 69 bronhografii ne-au adus 50 (72,4%) rezultate pozitive, 14

negative, 5 bronhografiu nu au putut fi interpretate. Acest rezultat confirmă încă o dată valoarea reală a acestei metode de explorare. Ea furnizează date prețioase mai ales acolo unde bronhosopia a fost negativă, sau unde tumoarea este situată în zone inaccesibile bronhoscopiei. Stopul materialului de contrast precum și micile defecte de umplere ale lumenului bronșic identifică sediul exact al neofarmației.

Bronhosopia am aplicat-o în 138 cazuri din 277.

- Rezultate pozitive am obținut în 77 cazuri (55,8%)
- rezultate negative „ „ „ 52 „ (37,6%)
- rezultate nesigure „ „ „ 9 „ (6,5%)

Avantajul incontestabil al acestei metode constă în faptul că poate descoperi tumoarea în faza precoce a dezvoltării ei, când e deci operabilă și în faptul că asigură biopsia directă din însăși formațiunea găsită. Ea furnizează date complete chiar când tumoarea cade în afara cimpului vederii directe și indirecte a bronhoscopului. Modificările mucoase, rigiditatea bronșică, compresiunea ei din exterior, dislocarea ei sînt tot atîtea simptome indirecte de neofarmație.

Prin mijloacele de explorare enumerate se poate stabili localizarea precisă a tumorii. În privința sediului tumorii în statistica noastră nu am găsit nici o diferență între plămînul drept și cel stîng. În schimb, în lobul superior tumorile au fost mult mai frecvente. Nu cunoaștem cauza acestei deosebiri. Clasificînd tumorile noastre din punct de vedere al localizării am găsit:

— localizare centrală	106 cazuri
— periferică	38 „
— localizare intralobară	39 „
— diseminare	9 „
— indeterminabile	85 „

În ceea ce privește examenul histopatologic, în afară de biopsia directă endoscopică mai sînt alte multe modalități de executare. În scopul elaborării unei metode de diagnostic precoce asupra acestora din urmă se insistă în ultimul timp din ce în ce mai mult.

Biopsia ganglionilor periferici, din nefericire nu asigură decît un diagnostic întîrziat și de aceea există tendința de a găsi material biopsic chiar din tumoare sau din imediata ei vecinătate. Noi am recurs la biopsia ganglionilor periferici în 32 cazuri, obținînd 22 rezultate pozitive.

Examenul histopatologic al ganglionilor prescalenici, conforma recomandării lui Daniels, nu asigură nici el un diagnostic precoce, fiind vorba tot de metastază; totuși poate aduce reale servicii, cînd e vorba de ganglionii periferici cei mai apropiați de tumoare, accesibili prin abord extratoracic. Am recurs la acest procedeu de 9 ori, obținînd 7 rezultate pozitive.

Puncția biopsică directă transparietală a tumorii am folosit-o în 3 cazuri, obținînd rezultate pozitive în 2 cazuri. Cu toate avantajele ei necontestabile, nu este o metodă de explorare lipsită de pericol și de aceea nu poate avea o aplicare largă. Au fost semnalate hemoptizii masive și însămînțarea cu celule neoplazice a traiectului acului de puncție.

În spută și expectorație am căutat celule neoplazice de 14 ori cu rezultate pozitive. Este dificil să ne facem o idee despre valoarea acestui procedeu. Nu avem încă suficientă experiență pentru a formula o părere și nici datele din literatură nu sînt concludente. Unii autori dau un procentaj de pozitivitate de 10%, alți ca Dor și colaboratorii, 85%. Se pare că rezultatele depind în mare măsura de execuția tehnică a metodei, de locul de unde se obține materialul, de metodele de fixare și colorare, de repetarea examinării și nu în ultimul rînd de experiența histopatologului. După unii, eficacitatea metodei se mărește prin aspirații energice făcute prin bronhoscop. Materialul obținut se prelucrează

simultan prin mai multe metode (omogenizare și concentrare, apoi colorația, Papanicolau), ori fixare în soluția lui Bouin, includere în parafină apoi colorații obișnuite).

Examenul histopatologic al lichidului pleural l-am efectuat în 8 cazuri, obținând 5 rezultate pozitive.

Determinarea celulelor tumorale din singele circulant nu am folosit-o încă. Citenna canceroasă constituie astăzi un vast teren de cercetări, o preocupare din cele mai actuale ale literaturii, ridicând o serie de probleme teoretice și practice interesante. Unele observații recente deschid perspective încurajatoare și în diagnosticul precoce al cancerului bronho-pulmonar. Astfel, cercetările lui Engel arată că în 59% a cazurilor operabile de cancer bronho-pulmonar celulele canceroase sînt prezente în venele pulmonare eferente tumorilor. Colombo și colaboratorii au demonstrat existența celulelor neoplazice și în circulația arterială într-un procent de 25%.

Analizînd statistica noastră în lumina examinărilor histopatologice am găsit că numai 27 din tumorile bronhopulmonare s-au dovedit a fi metastatice. În aproape 50% a cazurilor cercetate histologic am găsit cancere epiteliale, mult mai puține adenocarcinome și numai 4 cancere anaplastice cu celule mici a căror malignitate excesivă am avut ocazia s-o constatăm:

Seria explorărilor clinice de laborator, dacă ele nu au asigurat un diagnostic de certitudine, se încheie de obicei prin *toracotomie explorativă*. Este cea mai sigură și cea mai completă metodă de investigație în acest domeniu, fiind singura care oferă posibilitatea studierii directe, comode și multilaterale a neoformației. Cu toate că nici ea nu ne ajută întotdeauna să stabilim un diagnostic precoce și comportă unele riscuri, constituie totuși în cel mai rău caz trista consolare că am făcut totul în interesul bolnavului. Analiza materialului nostru clinic ne-a întărit convingerea că mulți bolnavi au ajuns în faza de inoperabilitate tocmai pentru faptul că ei înșiși sau medicul lor curant au amînat indicația toracotomiei. De asemenea sîntem convinși că secretul bunelor rezultate obținute de unii autori, cu 40% operabilitate și 31% supraviețuire de peste 5 ani, rezida tocmai în toracotomia precoce.

Unele secții de pneumologie la care se constată relativ puține indicații de toracotomie explorativă invocă refuzul bolnavilor. Desigur că unde și medicul șovăie, unde domnește spiritul unui conservatorism exagerat, acolo și refuzul bolnavului se constată mai des.

Dată fiind frecvența tumorilor pulmonare asimptomatice, în lupta pentru un diagnostic precoce s-au pus mari speranțe în *depistările în masă prin microradiografie*. Deși mai tirziu s-a dovedit că această metodă își are imperfecțiunile ei, totuși a rămas o armă valoroasă în lupta anticancerasă. O oarecare decepție a produs constatarea că nu orice cancer asimptomatic descoperit prin microradiografie a fost implicit operabil. S-a dovedit și faptul că interpretarea microfilmelor, chiar și a celor cu diametral de 7 cm, implică, de 3 ori mai multe posibilități de greșală ca filmele normale. La toate acestea mai trebuie să adăugăm că lipsa modificărilor radiologice nu exclude existența unui proces canceros.



Sa examinăm acum soarta tardivă a bolnavilor noștri suferind de cancer bronho-pulmonar. Iată rezultatele finale:

Din cei 277 bolnavi intervenția ar fi fost posibilă numai în 93 de cazuri (33,5%), celelalte dovedindu-se de la început inoperabile, fie din cauza extinderii tumorii, fie din cauza tarelor organice găsite. Au fost operați în total 22 bolnavi, adică numai 7,9%. Ceilalți operabili au refuzat intervenția, sau din diferite motive, necunoscute de noi, nu au fost îndrumați spre chirurgie. Intervenția eradicativă a fost posibilă numai la 4,3% a bolnavilor. Dintre aceștia trăiesc încă 2 bolnavi, adică numai 0,7% din totalul bolnavilor internați în ultimii 5 ani. Durata de supraviețuire este de 8 pînă la 13 luni.

Cauza acestei impresionante situații trebuie să o căutăm în următoarele fapte:

1. diagnosticul tardiv;
2. vîrsta înaintată a bolnavilor în 30—40% din cazuri, cînd insuficiențele organice accentuate sînt incompatibile cu orice intervenție chirurgicală radicală.

În ceea ce privește diagnosticul tardiv, indiferent de vîrsta bolnavilor, am căutat să determinăm factorii esențiali care au contribuit la întîrziere, precum și raportul de frecvență între acești factori. Am găsit următoarele cauze:

— natura bolii (evoluție asimptomatică, metastaze timpurii etc.)	în 19 cazuri
— bolnavul însuși (indolență, neștiință etc.)	„ 106 „
— medicul curant (interpretarea greșită a simptomelor, întîrzierea internării etc.)	„ 166 „
— unitatea spitalicească a contribuit și ea la întîrziere	„ 72 „

În datele de mai sus ne izbește de la prima vedere contribuția importantă la întîrzierea cazurilor din partea medicului de teren. Cum se explică aceasta? După părerea noastră, în opinia publică medicală prea s-a înrădăcinat falsă convingere că tumorile maligne sînt apanajul vîrstelor înaintate și că apariția lor ar fi urmată obligator de inapetență, slăbire, dureri toracice, VSH mult mărit etc. Practica curentă a dezmințit de mult această falsă impresie. În statistica noastră am găsit numeroase persoane în vîrsta de 40—50 ani, destul de robuste, fără nici un simptom subiectiv de boală, ale căror imagini pulmonare patologice descoperite radiologic în mod accidental, au determinat pe medicul curant să incline spre o afecțiune benignă, tuberculoză sau chist hidatic. Nu ne miră faptul că acești bolnavi sînt internați în secțiile chirurgicale în faza de inoperabilitate.

Cercetările noastre arată de asemenea că și serviciile de specialitate de pneumologie întîrzie frecvent punerea indicației chirurgicale. În lipsa unor simptome de certitudine, se așteaptă mai degrabă proba timpului sau proba tratamentului ex juvantibus, decît să se convingă bolnavul de necesitatea unei toracotomii exploratorii. Nehotărîrea unor secții medicale deșteaptă îndoială în mintea bolnavilor, care chiar dacă se decid pînă în cel din urmă, totul e prea tîrziu.

Pe baza experienței clinicilor noastre, sarcinile esențiale ale luptei contra tumorilor bronho-pulmonare maligne, pot fi rezumate în următoarele:

1. Extinderea depistărilor bronhologice la toate cazurile de bronșită cronică, tuse rebelă, hemoptizii, dureri toracice tenace, pneumonii recidivante cu evoluție atipică, la toți indivizii trecuți de vîrsta de 40 de ani, cînd simptomele nu se amendează în decurs de 3—4 săptămîni.

2. Extinderea depistărilor microradiografice periodice în păturile cele mai largi ale populației, atît în mediu urban, cit și în mediu rural.

3. Incadrarea și înzestrarea laboratoarelor regionale de histopatologie cu aparatură și personal de specialitate pentru a putea executa toate metodele histopatologice, inclusiv examenul histologic al sputei.

4. Toți bolnavii suspecți de cancer bronho-pulmonar trebuie internați în serviciile de specialitate de pneumologie bine înzestrate. Aici perioada explorărilor nu trebuie să depășească termenul maxim de 3—4 săptămîni. Cînd diagnosticul nu poate fi precizat altfel și nu sînt alte contraindicații vitale, toracotomia trebuie indicată neîntîrziat.

5. Trebuie continuată educația sanitară a populației și dusă în același timp o luptă activă și în cercurile medicale împotriva concepțiilor învechite, a conservatismului exagerat și împotriva pesimismului. Trebuie popularizate posibilitățile investigațiilor moderne precum și rezultatele tot mai bune obținute de chirurgia toracică modernă în faza precoce.

Sintem convinși că acționind pe baza acestor principii vom putea îmbunătăți în mod apreciabil rezultatele noastre și în condițiile actuale ale luptei anticanceroase.

Sosit la redacție: 18 aprilie 1961.

Bibliografie

1. ANASTASATU C. și colab.: Fiziologia (1959), 6, 515; 2. BARANOVA A. G.: Vopr. Onk. (1956) 160; 3. BUMBĂCESCU N.: Medicina Internă (1959), 9, 1383; 4. BUMBĂCESCU N. IONESCU I.: Rev. Med. Chir. Iași (1959), 3, 553; 5. CARPINIȘAN C., DUMITRESCU S.: Bul. Oncol. (1955), 4, 75; 6. CARPINIȘAN și colab.: Chirurgia (1958), 4, 533; 7. CARPINIȘAN C.: Chirurgia (1958), 6, 829; 8. COLOMBO C.: Minerva Med. (1958), 17, 725; 9. COLOMBO C., VIGLIONE: Minerva Med. (1957), 63/64, 2575; 10. DANIELLO L. și colab.: Comunicare S. S. M. Cluj 24. XI. 1960; 11. GRINSPUNT E. M.: Prbl. Tuberkuloza (1953), 5; 12. LEMOINE J. M.: Gaz. Med. Fr. (1959), 66/14, Excerpta (1960, 421); 13. OCIKIN K. F.: Klin. Med. (1954), 11, 61; 14. OCHSNER A. and M. de BAKEY: Arch. Surg. (1941), 42, 209; 15. OUDET P.: Le Poupon et le Cœur: (1957), 4, 273; 16. OVERHOLT R. H.: Amer. J. Surg. (1941), 54, 161; 17. POPPER M.: Spitalul (1958), 4, 327; 18. POPPER M.: Medicina Int. (1957), 12, 1829; 19. SAVICKII A. I.: Chirurgia (1950), 8; 20. SOKOLOV I. V.: Vestnik rad. i Rentgen. (1954), 4, 11; 21. STARICIKOV M. S.: Vopr. Onkol. (1960) 6, 5, 73; 22. UGLOV I.: Muncitorul Med. (1954), 91, 21.