

A POLIVACINAÇÃO NA PREVENÇÃO E NO TRATAMENTO AUXILIAR DOS TUMORES MALÍGNOS *

SEBASTIÃO DA SILVA CAMPOS**

Em 4 de agosto de 1942, apresentamos (1) uma nota prévia à *Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro*, que foi publicada na *Imprensa Médica* de novembro do mesmo ano. Nela, foram explanados os motivos que nos fizeram acreditar que a polivacinação contra processos infecciosos e parasitários talvez tornasse os indivíduos mais resistentes ao câncer.

Foi também admitida a possibilidade de que a polivacinação, associada ou não, a soros anti-infecciosos, ou substâncias de ação contra o referido tumor, talvez pudesse causar a sua regressão.

Desde março de 1943, o citado método vem sendo empregado no tratamento de cancerosos incuráveis, no *Serviço Nacional de Câncer*.

Na *Revista Brasileira de Cancero-logia* n.º 5, de Jan. a Agto. 1950, foram publicados os resultados obtidos, até então, com o referido processo.

No presente trabalho, são apresentados todos os resultados verificados até agora com o tratamento pela poli-

vacinação e pela associação da mesma com os hormônios sexuais, o que vem sendo feito mais recentemente.

Não usamos as vacinas de Coley e do tripanosoma, já empregadas contra algumas neoplasias.

Estamos tentando verificar se a polivacinação poderá tornar os animais de laboratório e o homem mais resistentes ao câncer.

Nos militares que são vacinados, embora muitos sem revacinação periódica, este tumor parece ser menos frequente do que nos civis.

Nas verificações que estamos realizando, separamos os militares que são permanentes, daqueles que têm até 3 anos de serviço. Em 38.000 do primeiro grupo, que foram apurados até agora, houve 31 casos de câncer, num período de 5 anos, ou 6,2 por ano, correspondendo a 16:100.000; em cerca de 63.000 do segundo grupo, a incidência foi de 11 casos, no mesmo período, ou 2,2, por ano, correspondendo a 2,9:100.000. O número computado é insuficiente, ainda.

Não foi averiguado quantos destes pacientes faleceram de neoplasia, para se comparar com as estatísticas gerais da doença, porque muitos deles não continuaram sob controle dos hospitais militares.

(*) Trabalho experimental apresentado ao VI Congresso Internacional de Câncer, em S. Paulo, 1954, com acréscimos.

(**) Instituto de Câncer. Serviço Nacional de Câncer. Rio de Janeiro. Brasil.

Quase todos os militares fumam e, apesar disso, neles o câncer pulmonar parece ser muito raro.

Nas penitenciárias, onde são comuns certas doenças e são feitas, algumas vezes, vacinações, o tumor canceroso é mais raro. No inquérito que fizemos nas penitenciárias do Brasil, não encontramos o câncer pulmonar nos presos, embora sejam grandes fumantes.

Tencionamos também apurar qual tem sido a incidência do câncer na marinha mercante, aviação comercial e outros serviços de todo o mundo, onde o pessoal é vacinado contra várias doenças, assim como naqueles que apresentarem imunidade contra a poliomielite ou outros processos.

Pode o indivíduo ter tido infecções que deixam imunidade, mas não a possuir mais no momento que apareceu o tumor maligno. Este fato constatamos em 5 cancerosos que tiveram varíola. Fizemos a vacinação anti-variólica neles e o resultado foi positivo. Apresentamos, neste trabalho, fotografias de 3 cancerosos, mostrando cicatrizes de varíola e vacina anti-variólica positiva. (Figs. 16, 17 e 18).

Verificamos, em mais de 1.000 cancerosos, resultado positivo da vacinação anti-variólica, na grande maioria.

O teor de substâncias originadas pela ação dos antígenos deve ser verificado nos cancerosos e naqueles que apresentam lesões pré-cancerosas, ou vários ascendentes que tiveram neoplasias, comparando-se com os que parecem resistir mais à doença.

Acreditamos que a polivacinação possa ter ação contra o câncer pelo estímulo das defesas do organismo, mo-

dificação do meio humoral, imunidade cruzada, ou outro mecanismo qualquer.

O método sendo aplicado antes, durante ou depois de tratamentos clássicos do tumor, talvez faça diminuir a percentagem de recidiva ou metástases. Associado aos referidos tratamentos, talvez os torne mais eficientes, principalmente por imunidades cruzadas com agentes da infecção secundária. Por essa última ação, possivelmente, é que tem dado resultados favoráveis contra as algias cancerosas, em cerca de 20% dos casos.

Quer na prevenção, quer no tratamento de várias doenças, podem ser utilizadas as reações cruzadas, o que já foi constatado em muitos casos.

Paulo de Góes, (3) apresentou, em 1947, a tese *Estudos Sobre a Imunidade Cruzada*. Nesse trabalho, o autor reuniu os numerosos casos de reações cruzadas, já constatadas graças aos métodos físico-químicos.

Dêste modo, não é impossível, também, que a polivacinação possa ter uma ação preventiva e curativa da infecção secundária do câncer e mesmo sobre este tumor se a sua origem fôr infecciosa.

Diz W. Berardinelli: (4) "O câncer prefere as pessoas robustas e anteriormente sãs. Ciaranfi, (5) na *Clínica Médica de Florença*, estudou a anamnese de 1.200 doentes, sendo 600 portadores de tumores malignos e 600 de outras doenças. A anamnese patológica dos cancerosos revelou-se sempre menos rica do que a dos outros doentes. Os resultados destas pesquisas confirmam, pois, as de Benedetti" (6).

Outros autores, também constataram esta preferência das neoplasias Câncer "ônus da saúde", escreveu Helion Póvoa (7).

As pessoas que não sofreram acometimentos de certos agentes infecciosos e parasitários, não têm imunidade para várias doenças.

Nos indivíduos que vivem em más condições de higiene, principalmente naqueles que andam descalços e maltrapilhos, não parece haver terreno propício às neoplasias.

Nos países muito atrasados, onde a maioria dos habitantes está nas condições acima, o referido tumor parece ser pouco comum.

Os estrangeiros que vivem nesses lugares atrasados e estão controlados pelos serviços médicos, são menos atingidos pelos tumores malignos do que os que habitam as suas pátrias. Naturalmente, aqueles indivíduos ficam imunizados para algumas doenças existentes nos lugares onde a higiene é precária.

Os índios e caboclos das selvas brasileiras, são acometidos de várias doenças, mas parecem oferecer resistência ao câncer, o que está sendo investigado.

Serão estudados os macroparasitas dos cancerosos e os anticorpos que produzem.

Além da falta de diagnóstico e da vida mais curta — fatores que justificam a pouca freqüência das neoplasias observada nos países muito atrasados — não existirá, também, uma ação preventiva das mesmas, em conseqüência de processos infecciosos e parasitários?

Terá a polivacinação alguma ação preventiva destes tumores?

TRATAMENTO DO CÂNCER INCURÁVEL PELA POLIVACINAÇÃO E ASSOCIAÇÃO DÊSTE MÉTODO COM HORMÔNIOS SEXUAIS

Em março de 1943, foi iniciado o tratamento do câncer incurável pela polivacinação, em docentes matriculados no *Serviço Nacional de Câncer*. Este tratamento é feito em cancerosos incuráveis, não mais passíveis, portanto, de tratamento, com possibilidades de bom êxito, pela cirurgia, raios X, rádio e substâncias químicas.

Os exames histo-patológicos foram efetuados pelo Professor Francisco Fialho, exceto o 3º, 5º e 10º casos, feitos em outros serviços.

São apresentados, também, casos de câncer do colo uterino, tratados inicialmente pelos processos clássicos, onde se instalaram, posteriormente, metástases parametriaes ou pélvicas. As metástases foram comprovadas clinicamente pelos médicos do *Serviço*, que as consideraram incuráveis, não tendo sido feita a comprovação histológica devido à localização. Nestas metástases é que a polivacinação tem dado melhores resultados.

Fizemos uma revisão nas fichas de câncer do colo uterino do *Serviço*, verificando que em todos os casos destes tumores, que foram diagnosticados clinicamente metástases parametriaes ou pélvicas, as pacientes, ou faleceram pela evolução dos mesmos, ou não se soube mais notícias delas. Não consta, em nenhuma das fichas, a regressão destas metástases, exceto em casos tratados pela polivacinação.

1 — RESULTADO DO TRATAMENTO PELA POLIVACINAÇÃO, DE MARÇO 1943 A JULHO 1954.

Número de cancerosos incuráveis tratados regularmente	780
Regressão total da neoplasia	12
Blastoma laringe c/ adenopatia cervical, quase sem evolução em 2 1/2 anos ..	1
Sobrevida de mais de 5 anos, sem evidência de tumor	8

LOCALIZAÇÃO DAS NEOPLASIAS QUE REGREDIRAM

Véu palatino, amígdala e gengiva	1
Colo uterino	1
Paramétrio ou pelve, secundário à blastoma do colo uterino	9
Cicatriz da mastectomia	1

2 — RESULTADO DO TRATAMENTO DO CÂNCER INCURÁVEL, PELA ASSOCIAÇÃO DA POLIVACINAÇÃO E HORMÔNIOS SEXUAIS

Regressão de nódulos sub-cutâneos, secundários à blastoma da mama	1
Regressão de adenopatia supra-clavicular, sec. à blastoma da mama	4
Regressão de adenopatia axilar, sec. à blastoma da mama	2
Número destas metástases tratadas	35
Regressão de metástase pulmonar, sec. à blastoma da mama	1
Número destas metástases tratadas	5
Regressão parcial de blastoma ulcerado da mama	2
Regressão quase total de recidiva, na cicatriz de mastectomia	1
Número de blastomas da mama e recidiva tratados	30
Consolidação de fratura patológica de fêmur, secundária à blastoma mama, num único caso tratado	1
Consolidação de fratura patológica do fêmur, secundária à blastoma do colo uterino, num único caso tratado	1
Regressão de 60% de metástase inguinocrural de melanoma maligno e evolução lenta de vários nódulos. Óbitos 2 anos	

depois de considerado incurável. Metástase cerebral? Hemorragia? Não foi aplicada a vacina anti-rábica

1

3 — RESULTADOS DO TRATAMENTO PELA POLIVACINAÇÃO ASSOCIADA AOS HORMÔNIOS SEXUAIS, VERIFICADOS DE AGOSTO DE 1954 A AGOSTO DE 1956.

Regressão quase total de blastoma com destruição da mama, cicatrização da ulceração do tumor e regressão da adenopatia supra-clavicular	1
(Após este resultado, foi feita a roentgenterapia).	
Regressão parcial de metástase esternal, sec. à blastoma da mama	1
Regressão de blastoma do laringe e da adenopatia sub-mandibular	1
(A laringectomia total e o exame histológico confirmaram a regressão do câncer).	
Regressão de metástases pélvicas sec. à blastoma do colo uterino	4
(Total de regressão destas metástases desde 1943: 13).	
Blastoma do maxilar sem evolução há 3 anos e regressão da adenopatia sub-mandibular	1
(Foi feita roentgenterapia, dose única de 1500 r. após a regressão da adenopatia).	
Blastoma do pulmão com metástases do mediastino, que teve evolução lenta, sendo o óbito verificado 3 anos depois deste diagnóstico	1
Blastoma do pulmão com metástases do mediastino, sem evolução há 1 1/2 ano	1
Blastoma do colo uterino IV grau, que teve evolução lenta, sendo o óbito verificado 3 anos depois deste diagnóstico	1
Metástases cervicais de blastoma da tireoide evoluindo lentamente há 3 anos	1
Número de blastomas da mama e suas metástases tratados regularmente, de agosto de 1954 a agosto de 1956	35
Número de outros blastomas tratados no mesmo período	85
Observação: O método também fez regredir, parcialmente, durante algum tempo, 6 neoplasias da mama e 6 de outros tumores malignos.	

Pela proporção dos resultados favoráveis verificados no câncer da mama e suas metástases, julgamos possível que nem todos tenham sido obtidos somente devido os hormônios sexuais. Alguns dos doentes, já vinham tomando estas substâncias, há algum tempo, sem resultado, que só foi obtido quando se associou a polivacinação. Experiências idênticas serão feitas em outros casos.

Os resultados da associação da polivacinação com os hormônios sexuais em outras neoplasias, talvez tenham sido causados, tão somente, pela primeira.

Vai ser verificada, no câncer de animais de laboratório, a ação dos macroparasitas e de seus antígenos e soros.

Iniciamos experiências com a associação da polivacinação e substâncias químicas usadas contra o câncer e antibióticos.

RESULTADOS FAVORÁVEIS DA POLIVACINAÇÃO SOBRE AS DORES DO CÂNCER

Em alguns casos, a ação deste tratamento contra as dores das neoplasias, foi extraordinária, pois desapareceram completamente. Na maioria dos casos favoráveis, o que observamos entretanto, foi o desaparecimento ou diminuição deste sintoma temporariamente. Em outros casos, as dores diminuíram e depois aumentaram de intensidade, mas não voltaram a ser tão fortes quanto antes do tratamento. Grande parte dos resultados favoráveis foram observados nas algias do blastoma do colo uterino e suas metástases.

A polivacinação tem sido útil contra as dores do câncer em cerca de 20% dos casos.

RESULTADOS FAVORÁVEIS DA POLIVACINAÇÃO CONTRA OUTROS SINTOMAS DO CÂNCER

Foram verificadas melhoras do estado geral e do apetite dos cancerosos. Alguns doentes que não se levantavam mais, passaram a andar e a fazer pequenos trabalhos, durante algum tempo. Em alguns casos, a polivacinação parece ter concorrido, também, para fazer cessar ou diminuir a hemorragia, o corrimento e o mau cheiro causados pelo câncer do colo uterino.

VACINAS EMPREGADAS NO TRATAMENTO DO CÂNCER INCURÁVEL

No tratamento pela polivacinação, já foram usados os seguintes produtos: anatoxinas tetânica, diftérica e estafilocócica, vacinas anti-tífica-paratífica, anti-variólica, anti-pestosa, anti-colérica, anti-disentérica, anti-amarelíca, anti-brucélica, anti-rábica, anti-pneumocócica, anti-gonocócica, anti-piogênica, anti-colibacilar, preventiva da gripe, contra a leishmania, contra a febre maculosa, contra micoses.

Achamos que devem ser experimentadas quaisquer vacinas, inclusive de agentes não patogênicos para o homem. Não conseguimos obter, ainda, muitas vacinas para experiências.

Vamos verificar quais são os antígenos e as associações mais úteis contra as neoplasias.

Serão também experimentados antígenos sintéticos.

CÂNCER INCURÁVEL

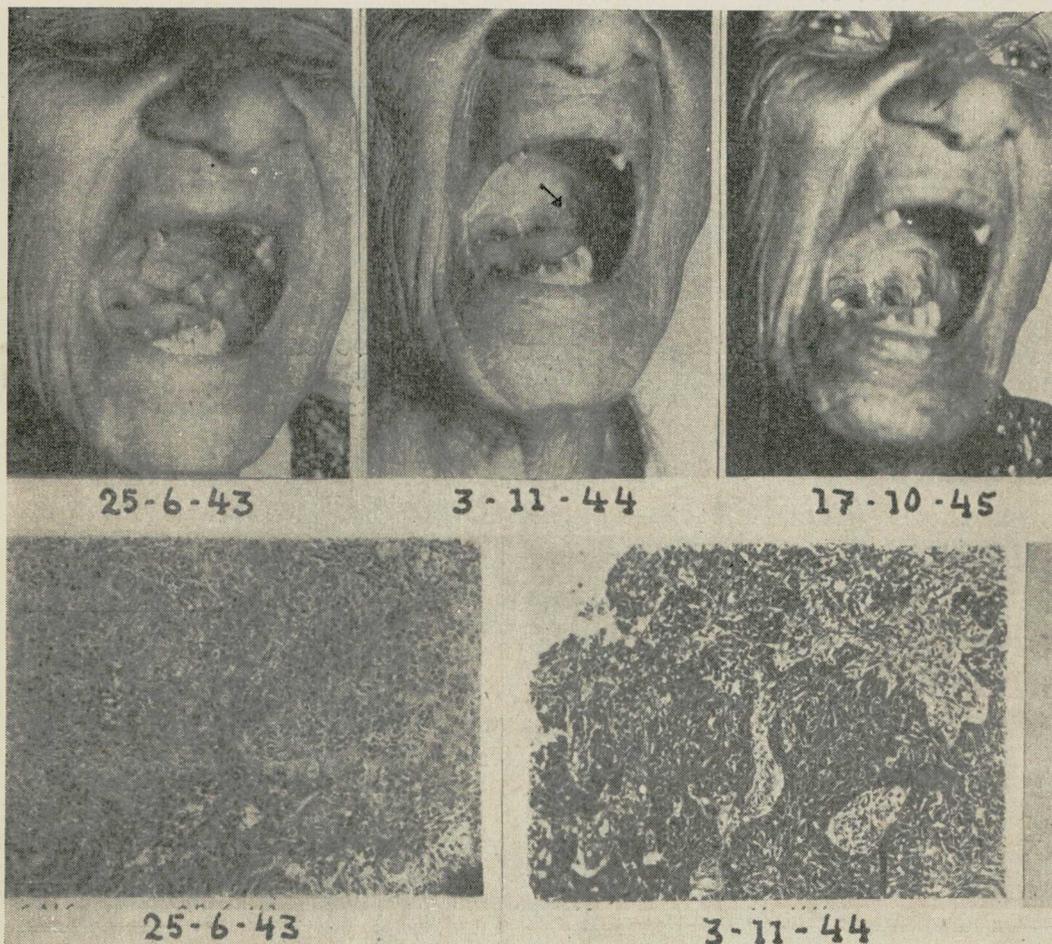
(Resumo das fichas)

CASO I — Reg. 1.645, do S. N. Câncer.
69 anos, feminina, branca.

Em 25-6-43: Blastoma ulcerado do véu palatino, com invasão da amígdala esquerda e gengiva superior e inferior correspondente.
Histo-pat.: Em 25-6-43 — Carcinoma epidermoide espino-cedular, grau 3.

Em 3-11-44 — Carcinoma espino-celular, grau 2. (Vide microfotografias). Em 25-6-1943: Foi iniciado o tratamento pela polivacinação.

Em 17-5-45: Foi constatada a regressão total do tumor (Fig. 1). A paciente foi, em seguida, para a cidade de Campos (Estado Rio) só voltando ao Serviço em 27-7-48, quando apresentava extensa recidiva e adenopatia cervical bilateral. Óbito em 25-1-49. Teve sobrevivência de 5 anos e 7 meses, depois de considerada incurável.



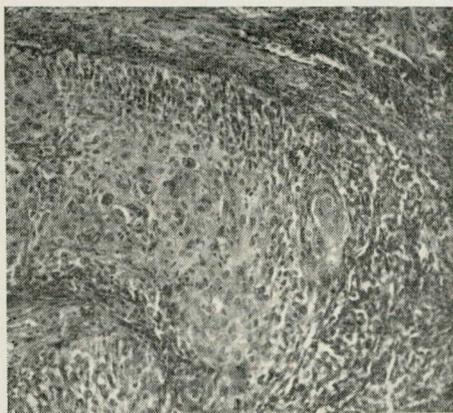
Caso I. Fig. I.

CASO II — Reg. 6.747, do S. N. Câncer. 63 anos, feminina, branca. Em 7-6-45: Blastoma do colo uterino, estágio 3, paramétrios. Histo-pat.: Carcinoma espino-celular, grau 2.3 (fig. 2). Blastoma ulcerado, ocupando a extremidade superior da vagina e porção vaginal do colo uterino. Fundos de saco laterais apagados. Infiltração parametrial de ambos os lados, atingindo o plano ósseo à direita. Mobilidade uterina muito pequena. Foi iniciado o tratamento pela polivacinação.

Em 26-6-46: Colo uterino desaparecido, pois o que resta é dificilmente sentido à direita, no fundo da vagina. Útero pequeno, móvel desviado para a direita. Fundos de saco livres. Paramétrios esq. inteiramente livres. Ligamento útero sacro direito duro como um tendão, podendo ser percebido em todo o seu percurso. Observa-se, no fundo da vagina, à direita, uma depressão que corresponde ao colo uterino.

Em 10-6-48: Ótimo estado geral. Útero móvel e indolor e colo pequeno e endurecido, no ponto que corresponde ao orifício externo. Ao espécuro, cisualizamos, neste ponto, suspeita de recidiva. Feita a biópsia. Histo-pat. (da recidiva): Carcinoma epidermoide, grau 3. Tratamento: Rádio e raios X, de 23-8-48 a 24-9-48.

Em 24-7-56: Não há evidência de recidiva ou metástase. Tempo de sobrevivência depois de considerada incurável: 11 anos.



Caso II. Fig. 2.

CASO III — Reg. 1.972-A, do S. N. Câncer. 46 anos, feminino, branca.

Em 9-9-33: Histerectomia total e anexectomia bi-lateral, pelo Dr. Clovis Corrêa da Costa, na Fundação Gaffrée-Guinle, Histo-pat.: P. C. — Fibrosarcoma. (Dr. Osvino Pena — Inst. O. Cruz).

Em 11-7-44, quando foi matriculada no S. N. Câncer: Pela palpação na fossa ilíaca esq., massa tumerosa difusa, mole e extremamente dolorosa. Ex. gin. Fossa ilíaca esq.: Tecido cicatricial, com massa tumerosa imprecisa e dolorosa, dando-nos a impressão que se prolonga para cima (pelvis alta). Pelo toque retal, sentimos o mesmo. Em 11-7-44: Foi iniciado o tratamento pela polivacinação. Em 19-12-44 e 17-4-45: Ao toque retal, massa tumerosa dura, de volume de laranja pêra, intimamente prêsá ao plano ósseo da bacia, do lado esquerdo. O tumor é de superfície irregular, doloroso, mas recoberta pela mucosa retal, que se apresenta íntegral

Em 27-8-45: Ao toque retal e vaginal, não foi sentido mais o tumor junto ao plano ósseo da bacia. Em 2-2-56: Não há evidência de recidiva ou metástase. Tempo de sobrevivência depois de considerada incurável: 12 anos.

CASO IV — Reg. 9.437, do S. N. Câncer. 46 anos, feminino, branca.

Em 2-6-47: Blastoma end. do colo uterino, estágio 3 paramétrio. Histo-pat. Carcinoma epidermoide espino-celular, grau 3. Tratamento: Rádio e raios X, de 27-6-47 e 30-9-47.

Em 22-12-47: Infiltração do paramétrio esq. Ligamentos úteros-sacro livres.

Em 22-1-48: Infiltração dos paramétrios ligamentos útero, sendo à esquerda até o plano ósseo, e à direita até suas proximidades. Não foi feita a dose única paliativa, porque a pele do abdome e da região glútea não suportaria e uma dose não é suficiente.

Em 25-11-48: A situação está agravada pelo seguinte: a) acentuação do funil vaginal; b) sensação de aumento do empastamento parametrial; c) aumento de volume do membro inferior esquerdo (de ordem mecânica?). Em 12-12-48: Foi iniciado o tratamento pela polivacinação.

Em 12-4-54: Bom estado geral. Não há edema dos membros inferiores. Pelo toque retal paramétrio esq. infiltrado em bloco, uniformemente duro, prêsá ao plano ósseo. Paramétrio dir. discretamente infiltrado.

Em 23-6-55: Ausência de recidiva e metástase. Em 9-9-56: Estado geral bom, tendo engordado 3 quilos.

Tempo de sobrevivência depois de considerada incurável. 8 1/2 anos.

CASO V — Reg. 8.899, do S. N. Câncer, 24 anos, feminino, preta.

Em 24-1-47: Blastoma do colo uterino, estágio 1, irradiado. Histo-pat.: Carcinoma epidermoide. Exame e tratamento feitos no Hosp. S. Francisco.

De 22-247 e 3-4-47, roentgenerapia, no S. N. Câncer. Em 23-6-947: Colo ut. um pouco endurecido. Paramétrios livres.

Em 18-847: Colo uterino muito duro. Infiltração intensa dos paramétrios laterais e do sacro dir. A mucosa retal está infiltrada nos quadrantes lateral dir. e superior, tumorosa desde 4 cm. do anus até mais ou menos 10 a 12 cms. para dentro. No centro desta infiltração, existe orifício permeável à polpa digital, que se dirige para cima e para fora. Em 18-8-47: foi iniciado o tratamento pela polivacinação.

Em 11-12-47: Colo de aspecto normal. Nenhuma infiltração parametrial. A lesão da mucosa retal não é mais encontrada. Em 15-12-48: Ausência de recidiva. Paramétrios livres.

Tempo de sobrevivência desde que foi considerada incurável, até dezembro de 1953, quando foi vista pela última vez: 6 anos.

CASO VI — Reg. 11.983, do S. N. de Câncer. 38 anos, feminino, branca.

Em 25-8-48: Blastoma ex. do colo ut., estágio 2, paramétrio vagina. Histo-pat. Carcinoma epidermoide, tipo transicional, grau 3.

Tratamento: Rádium e raios X, de 15-9-48 a 25-10-48. Em 28-12-48: Ausência de recidiva. Paramétrios dir. livres e à esquerda, volumoso tumor, do tamanho de laranja lima, fixo aos planos ósseos. Em 28-12-48: Foi iniciado o tratamento pela polivacinação.

Em 24-6-49: Paramétrio direito com infiltração dura até o plano ósseo, paramétrio esquerdo livre. Corpo uterino fixo. Em 31-10-52: Paramétrios espessados e elásticos; útero pequeno e móvel.

Em 14-6-56: Ótimas condições gerais. Ausência de recidiva e metástases.

Tempo de sobrevivência depois de considerada incurável: 7 1/2 anos.

CASO VII — Reg. 10.993, do S. N. Câncer. 44 anos, feminina, branca.

Em 4-4-48: Blastoma end. do colo uterino, estágio 2, paramétrico-vagina. Histo-patológico; carcinoma epidermoide, grau 3. Tratamento: de 14-4-48 a 19-4-48, rádio; de 10-6-48 a 7-7-48, raios X.

Em 27-7-48: A lesão do colo cicatrizou completamente. Ausência de infiltração parametrial.

Em 23-12-48: Colo do útero atrofiado e duro. Ao toque retal, sentimos um grande tumor envolvendo o reto de tal maneira que diminui a luz do mesmo. Apaciente não tem dor, porém dificuldade em defecar. O intervalo entre o rádio e raios X foi muito grande, pois a radiumterapia terminou em 19-4-48 e a doente só voltou em 10-6-48, quando foi iniciada a roentgenerapia. Em 28-12-48: Foi iniciado o tratamento pela polivacinação. Em 24-3-49, 14-5-50 e 15-3-51: Continua na mesma situação local.

Em 20-2-53: Infiltração dura dos ligamentos útero-sacro, que se aproximando da linha mediana, formam um verdadeiro V. Sentimos, ainda endurecimento pélvico para baixo dos mesmos ligamentos. Em 13-5-54: Empastamento pélvico bi-lateral, um pouco doloroso, sem sinais de processo blatomatoso em evolução.

Tempo de sobrevivência depois de considerada incurável: 7 1/2 anos.

CASO VIII — Reg. 15.680, do S. N. Câncer. 53 anos, feminina, branca.

Em 6-2-50: Blastoma exof. do colo uterino, estágio 2 vagina-paramétrio. Histo-patológico: Carcinoma epidermoide, grau 3. Tratamento: Raios X e rádio, de 7-3-50 a 14-4-50.

Em 18-8-50: Bom estado local. Ausência de infiltração parametrial. Em 3-4-51: Colo uterino cicatrizado. Paramétrios esquerdo livre e direito com um nódulo de cerca de 2 cm. de diâmetro, doloroso à palpação. Em 18-4-51: Foi iniciado o tratamento pela polivacinação.

Em 18-5-51: Discreta infiltração dos paramétrios. O nódulo acima referido está mais reduzido, apesar de continuar fixo ao assoa-

lho pélvico. Em 11-6-51: Regrediu o nódulo acima. Não há infiltração parametrial.

A paciente foi para João Pessoa (Est. Paraíba), depois deste exame.

CASO IX — Reg. 26.565, do S. N. Câncer. 43 anos, feminina, branca.

Em 11-5-53: Operação de Wertheim, no Hosp. Getúlio Vargas. Histo-pat.: (colo ut.) — Carcinoma epidermoide. (*H. Getúlio Vargas*).

Em 31-7-53, foi matriculada no S. N. Câncer. Vagina ampla e elástica, com 10 cm.: no seu fundo restante, endurecimento fibrosado de ambos os lados. Pelo toque retal, verificamos tumorações pélvicas nas fossas obturadas e ligamentos útero-sacro. Em

17-8-53: Foi iniciado o tratamento pela polivacinação.

Em 10-12-53: Paramétrios livres bem como a pelvis. Em 30-6-55: Mesmas condições anteriores.

Em 10-12-53: Vagina ampla e elástica, com 11 cm. e fundos em boas condições. Paramétrios livres, assim como a pelve.

Em 30-6-55: Ótimas condições gerais. Ausência de recidiva e metástases.

CASO X — Reg. 16.378, do S. N. Câncer. 60 anos, feminina, branca.

Em 15-5-50: Blastoma exof. do colo ut., estágio 2, paramétrios, Histopatológico: Adeno-carcinoma, grau 3. Tratamento: Rádio e raios X, de 2-6-50 e 21-8-50. Em 9-10-50:

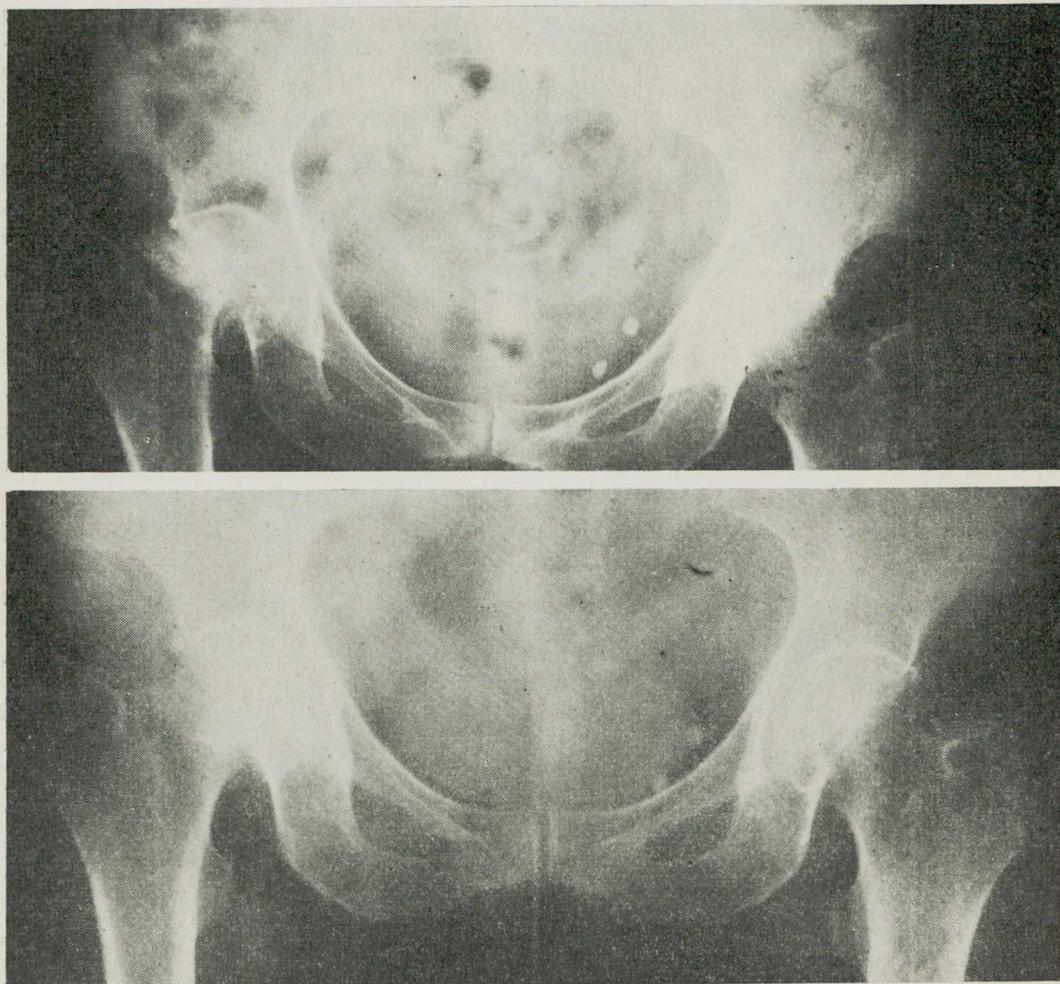


Fig. 3

Ótimo estado local. Ausência de infiltração parametrial. Em 7-12-50: Infiltração parametrial, à esquerda e, à direita, livre. Em 23-10-51: 4-12-51 e 7-11-52: Ausência de recidiva. Paramétrios infiltrados até o plano ósseo, dolorosos. Em 23-10-51: Foi iniciado o tratamento pela polivacinação. Em 13-3-53 e 15-3-54: Ausência de recidiva. Endurecimento pétreo dos paramétrios direitos até as proximidades do plano ósseo. Em 13-6-55: Infiltração pélvica de ambos os lados, sem progressão em relação ao exame feito há 1 ano.

Em 23-2-56: Vagina atresuada. Paramétrios livres.

CASO XI — Reg. 10.220, do S. N. *Câncer*. 54 anos, feminino, preta.

Em 28-11-47: Blastoma do colo uterino, estágio 2, paramétrios. Histo-patológico: Carcinoma espino-celular, grau 3. Tratamento: Rádio e raios X, de 28-11-47 a 15-1-48. Devido ao afunilamento da vagina, não foi feita a irradiação vaginal. Em 23-3-48; Grande infiltração dos ligamentos útero-sacro, notadamente do lado direito, onde há uma tumoração nodular, de cerca de 3 cm. de diâmetro. Em 14-7-48: Extensa infiltração dos paramétrios. Persiste a tumoração do ligamento útero-sacro direito. Foi iniciada a polivacinação.

Em 21-9-48: Diminuição da tumoração acima referida. Engordou 5 quilos. Em 20-12-48 a 6-11-53: Paramétrios fibrosados. Desapareceu o tumor do ligamento útero-sacro direito.

Em 24-1-56: Ausência de recidiva e metástase. Tempo de sobrevivência depois de considerava incurável: 8 anos.

CASO XII — Reg. 24.250, do S. N. *Câncer*, 60 anos, preto, masculino.

Em 3-1-53: Blastoma do laringe com adenopatia cervical esquerda, fixa. Histo-pat.: Carcinoma epidermoide grau 3. Foi iniciada a polivacinação. Em 16-7-53: A adenopatia cervical está menos fixa. Foi feita a extirpação da mesma, verificando-se que havia, também comprometimento dos gânglios de Gillette. Histopat.: (adenopatia) — Carcinoma ep. anaplástico, grau 4. Raios X complementar. Óbito em Março de 1956.

Em 16-6-54: (1 1/2 anos depois de considerado incurável): A lesão do laringe continua estacionária, não se percebendo adenopatias.

Em 20-6-55: (2 1/2 anos depois de considerado incurável): A lesão do laringe está progredindo, não se notando adenopatias.

CASO XIII — Reg. 23.176, do S. N. *Câncer*. 70 anos, feminina, branca.

Em 12-9-52: Blastoma do colo uterino, estágio 2, vagina-paramétrio. Histo-patológico: Carcinoma epidermoide, grau 3. Tratamento: Rádio e raios X, de 24-9-52 a 5-11-52.

Em 3-2-53: Ausência de recidiva. Paramétrios livres. Radiografia em 8-10-53: Fratura sub capital de fêmur direito (patológica). Em 18-3-54: Massas palpáveis na altura das fossas obturadoras. Paramétrios empastados, não parecendo atingir os planos ósseos. Foi iniciado o tratamento pela polivacinação associada à testosterona.

Em 7-5-54: Consolidação da fratura. (Fig. 3). Em 10-6-54: Ausência de recidiva e metástases.

CASO XIV. Rg. 9.353, do S. N. *Câncer*, 76 anos, feminina, branca.

Em 12-5-47: Blastoma da mama esquerda com metástases cutâneas. O tumor destruiu toda a mama. Histo-patológico: Adenocarcinoma, grau 4. Foi iniciado o tratamento pela polivacinação, somente.

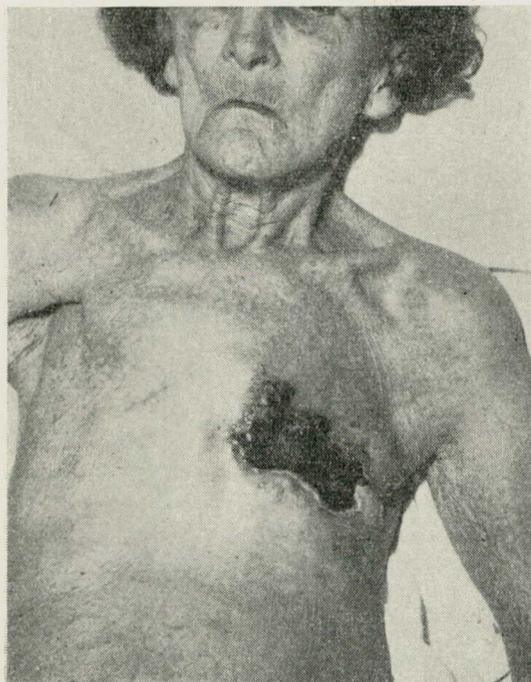
Em 27-8-47: Cicatrização completa da ferida do hemi-tórax esquerdo. As nodosidades ao longe da cicatriz foram removidas. Histo-patológico (nódulo): Carcinoma anaplástico, grau 4. O caso tornou-se curável, sendo feita a roentgenterapia curativa. Óbito em 9-3-49.

RESULTADOS FAVORÁVEIS DA ASSOCIAÇÃO DA POLIVACINAÇÃO E DOS HORMÔNIOS SEXUAIS, NO TRATAMENTO DO CÂNCER DA MAMA.

CASO XV — Reg. 10.982, do S. N. *Câncer*. 60 anos, feminina, branca.

Em 12-5-48: Mastectomia esquerda por blastoma. R. X. complementar. Em 9-2-49: Exérese ganglionar supra-clavicular esquerda R. X. complementar. Histo-pat.: Carcinoma metastático, grau 3.

Em 11-10-49 e 9-1-50: Ótimas condições locais e gerais. Em 24-7-50: Massa tumoral imóvel, parecendo calcificada, na região



2-5-47.

CASO XIV. Fig. 4.

9-12-47.



supra-clavicular esquerda. Foi iniciada a polivacinação associada ao estilbestrol.

Em 19-2-51: Não se sente mais a massa tumerosa. Cordão fibroso na fossa supra-clavicular esquerda. Em 12-6-56: Mesmas condições anteriores.

Tempo de sobrevivência depois de considerada incurável: 6 anos.

CASO XVI — Reg. 13.879, do S. N. Câncer. 67 anos, feminina preta.

Em 9-5-49: Blastoma da mama direita com adenopatia axilar homóloga. Feita a mastectomia. R. X. complementar. Histo-pat.: Adeno-carcinoma, grau 3. Em 13-8-52: Nódulo sub-cutâneo, suspeito de recidiva, ao nível do 6.º arco costal direito. Na axila direita, palpa-se nódulo idêntico. Adenopatias inguinais. Histo-pat.: (nódulo) — Diagnóstico de possibilidade: Carcinoma. Em 13-8-52: Iniciada a polivacinação associada à testosterona.

Em 11-2-54: Foi constatada a regressão das metástases anteriormente referidas (Fig. 5). Não se soube mais notícias da paciente.

CASO XVII — Reg. 28.290, do S. N. Câncer. 50 anos, feminina, branca.

Em 14-12-53: Blastoma da mama direita com adenopatia axilar homóloga. Histo-pat.: Carcinoma. R. X. pré-operatório. A lesão mamária regrediu bastante com o R. X. Há, entretanto, adenopatias supra-claviculares à direita, que contra-indicam a cirurgia. Em 18-3-54: Foi iniciada a polivacinação associada à testosterona.

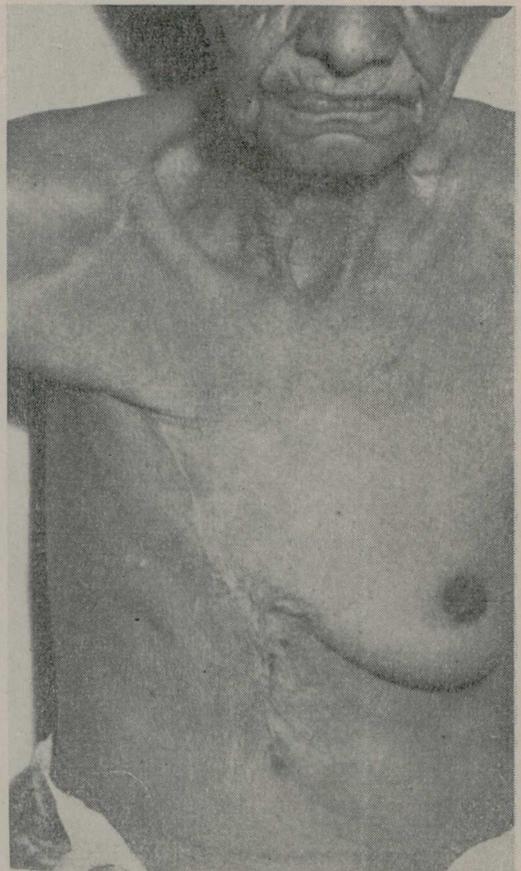
Em 28-4-54: Foi constatada a regressão das adenopatias das regiões supra-clavicular e axilar direita. O caso tornou-se operável, mas a paciente não permitiu a mastectomia e abandonou o tratamento. Óbito.

CASO XVIII — Reg. 20.853, do S. N. Câncer. 65 anos, feminina, preta.

Em 8-2-54: Blastoma ulcerado da mama direita com adenopatias axilar e supra-clavicular direita e metástase no pulmão direito. As adenopatias da fossa supra-clavicular direita são volumosas e fixas. Histo-pat.: (mama) — Carcinoma indiferenciado. Em



13-8-52.



11-2-54.

CASO XVI. Fig. 5.



11-2-54.



20-7-54.

CASO XVIII. Fig. 6.

8-2-54: Foi iniciada a polivacinação associada à testosterona.

Em 7-6-54: As adenopatias supra-claviculares direitas desapareceram por completo. O aspecto do tumor melhorou consideravelmente, sendo, agora, móvel e menor. (Fig. 6)

Em 10-3-55: Óbito, em consequência de metástase hepática.

CASO XIX — Reg. 28.843, do *S. N. Câncer*. 66 anos, feminina, preta.

Em 8-3-54: Mastectomia esquerda, feita no I.A.P.E.T.C. Roentgenterapia complementar. Histo-pat.: Adeno-carcinoma. Em 8-2-54: Foi matriculada no *S. N. Câncer*, apresentando adenopatia axilar direita e metástases pulmonares. A adenopatia é volumosa, de consistência dura, móvel e indolor. Foi iniciada a polivacinação associada à testosterona. Nada foi obtido pela punção da adenopatia.

Em 13-5-54: Foi constatada a regressão da adenopatia. A metástase pulmonar está com o mesmo aspecto de 6 meses passados.

Óbito em 20-8-56.

CASO XX — Reg. 24.610, do *S. N. Câncer*. 47 anos, feminina, preta.

Em 29-7-52: Mastectomia esquerda, no *Hospital Getúlio Vargas*. Raios X complementar. Histo-pat: (mama) — Adeno-carcinoma (*Hosp. G. Vargas*). Em 6-1-53: Radiografia do tórax: Pequeno nódulo junto ao arco anterior da 2.^a costela direita, contornos regulares, pouco denso e homogêneo. Em 4-2-53, após ter tomado testosterona: Aumento da referida condensação, além de sombreado pouco denso, não homogêneo, na união do terço superior com o terço médio. (*Hosp. G. Vargas*).

Em 10-2-53: Foi matriculada no *S. N. Câncer*, apresentando metástase supraclavicular direita. Radiografia do tórax: Em 10-2-53, 18-6-53 e 24-3-54: Presença de metástase no pulmão direito. Foi iniciada a polivacinação associada testosterona.

Em 15-6-54: Não é mais notada a metástase pulmonar (Fig. 7). Foi constatada, também, a regressão da adenopatia supra-clavicular direita.



29-3-54.



CASO XIX. Fig. 7.

23-6-54.

Em 25-1-56: Bom estado geral. Ausência de recidiva e metástases. Rad. do tórax: Trajes fibrosas na região inter-clido hilar direita.

CASO XXI — Reg. 30.103, do S. N. *Câncer*. 40 anos, feminina preta.

Em 1-6-54: Blastoma ulcerado da mama esquerda e metástases no pulmão direito. Histo-pat.: Carcinoma. Iniciada a polivacinação associada ao estilbestrol.

Em 20-7-54: Foi constatada a regressão de grande parte do tumor da mama.

Em 13-10-54: O tumor da mama está completamente cicatrizado (Fig. 10). Foi feita dose única de raios X, em 20-10-54.

Em 13-4-54: O tumor está novamente ulcerado. Óbito.

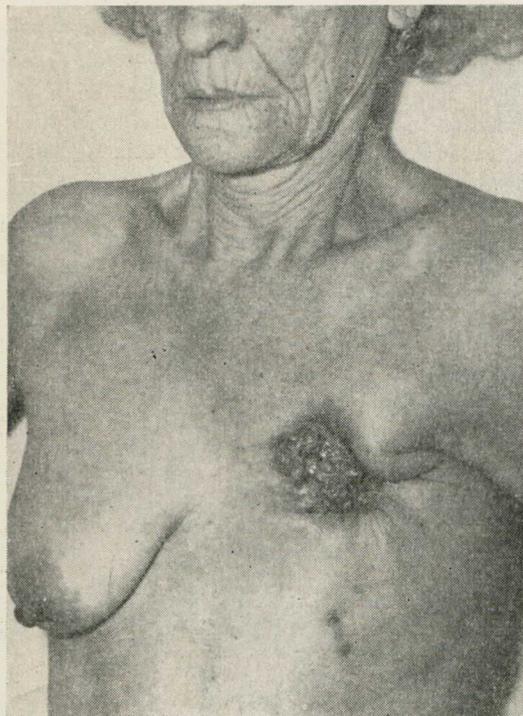
atriz da mastectomia. Em 2-12-53: Foi iniciada a polivacinação associada à testosterona.

Em 4-3-54: Radiografia — Consolidação da fratura do colo de fêmur dir. Alguns dos nódulos cutâneos regrediram, mas apareceram outros. Óbito em março de 1955.

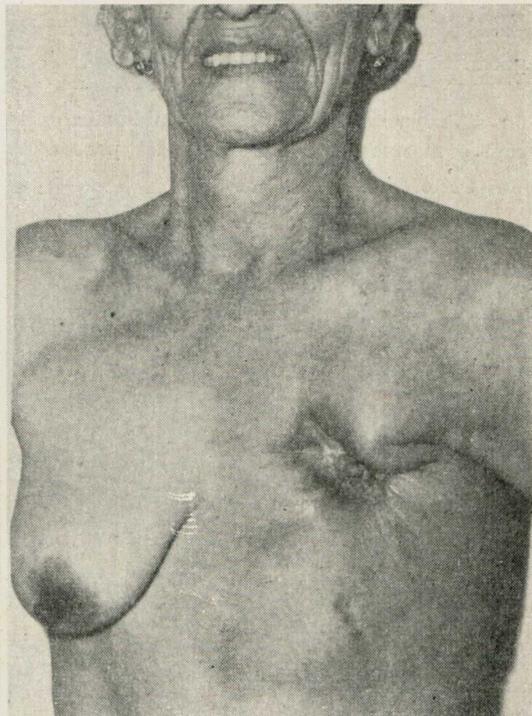
RESULTADOS FAVORÁVEIS DO TRATAMENTO VERIFICADOS DE AGOSTO DE 1954 ATÉ JULHO DE 1956.

CASO XXIII — Reg. 30.292, do S. N. *Câncer*. 64 anos, fem., branca.

Em 18-6-54: Blastoma ulc. da mama esquerda, fixo ao gradil costal, com adenopatia supra-clavicular homóloga. Histo-pat.:



7-754.



CASO XXI. Fig. 8.

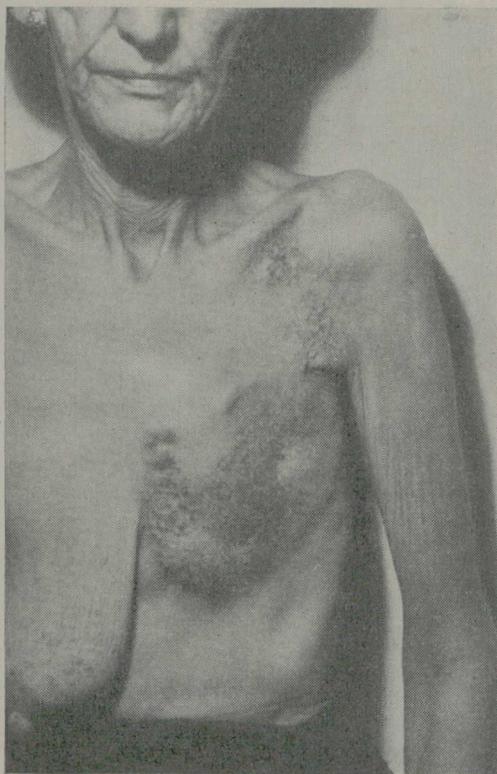
16-8-54

CASO XXII — Reg. 20.813, do S. N. *Câncer*. 40 anos, fem., branca.

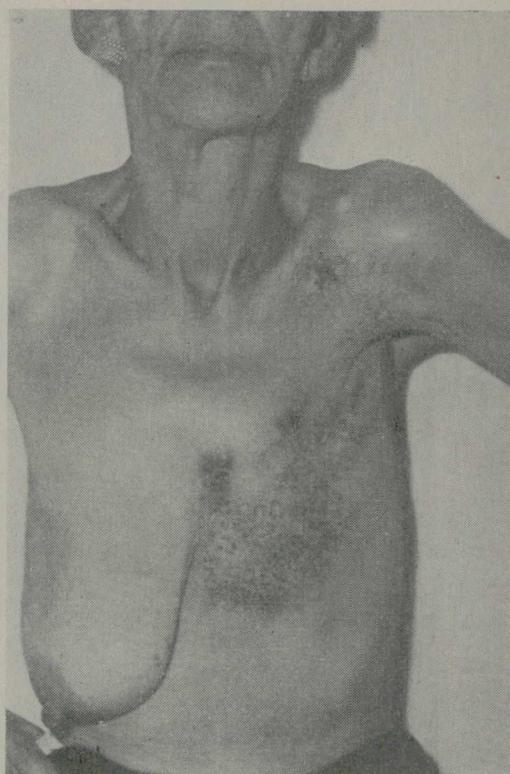
Em 10-11-51: Mastectomia dir. por adenocarcinoma, feita fora do Serviço. Em 1-12-53: Fratura patológica do colo de fêmur dir. Nódulos cutâneos em tórno da ci-

(mama) — Em 19-10-54: Êmbolos linfáticos da natureza neoplástica. Em 2-2-55: Carcinoma de tipo ductal. Tratamento: Polivacinação associada à testosterona.

Em 15-8-54: Regressão quase total do tumor da mama, que não é mais ulcerado,



7-7-54.



15-7-55.

CÁSO XXIV. Fig. 9.



8-6-54



13-10-54.

CASO XXI. Fig. 10.

não sendo mais percebida, também, a adenopatia supra-clavicular. (Fig. 8). Em 7-6-55: Mesmas condições anteriores. Foi iniciada a roentgenterapia, que terminou em 5-7-55. Em 23-6-56: Ausência de recidiva e metástase.

CASO XXIV — Reg. 30.327, do S. N. *Câncer*. 64 anos, fem., branca.

Em 1942, a paciente sofreu mastectomia esquerda por blastoma maligno e roentgenterapia complementar.

Em 21-6-54, foi matriculada no S. N. *Câncer*, com metástases esternal, cutânea da região costal) — Carcinoma metastático. Trata-se à blastoma da mama. Histo-patológico: (região costal) — Carcinoma metastático. Tratamento: Polivacinação associada à testosterona.

Em 15-9-54: Regressão de grande parte da metástase esternal (Fig. 9). Em 2-8-56: Bom estado geral. Metástases cutâneas com pouca evolução. Radiografias de 4-5-56: Pulmão esquerdo com o mesmo aspecto do exame de 4-10-54; quanto ao esterno, nota-se progressivo desaparecimento das peças que o compõem.

CASO XXVI — Reg. 28.482, do S. N. *Câncer*. 36 anos, fem., branca.

Em 5-1-54: Blastoma do colo uterino, estágio 2, vagina-paramétrio. Histo-pat.: Carcinoma epid. grau 1: 2. Tratamento: De 22-1-54 a 27-1-54: Radiumterapia; de 3-2-54 a 4-3-54: Roentgenterapia.

Em 20-5-54 e 10-12-54: Bom estado local e geral. Paramétrios livres.

Em 17-3-55: Extensa tumoração invadindo a bacia pelo lado direito, aderindo ao plano ósseo. Foi iniciada a polivacinação associada à testosterona.

Em 28-7-55: Pelo toque retal, não foi sentido mais a tumoração constatada no exame anterior.

CASO XXVI — Reg. 25.872, do S. N. *Câncer*. 66 anos, masc., preto.

Em 12-6-53: Blastoma do maxilar, lado esquerdo, com adenopatias sub-mandibulares. Histo-pat. (maxilar) — Adeno-carcinoma, grau 3. Radiografias: Em 12-6-53: Ausência de sinais evidentes de lesão dos seios maxilares. Alteração de estrutura, por lesão osteolítica, da apófise alveolar do maxilar sup. esquerdo, parecendo não comprometer ainda, o seio maxilar. Em 23-7-56: Mesmo aspecto

do exame anterior. Em 12-8-53, foi iniciada a polivacinação associada ao estilbestrol.

Em 24-5-54: Não se percebe mais as adenopatias sub-mandibulares. A lesão do maxilar continua estacionária.

Em 26-6-54: Foi feita dose única paliativa de 1.500 r., no tumor do maxilar. Em 26-6-56: Estado geral bom. O tumor do maxilar continua estacionário.

CASO XXV — Reg. 28.821, do S. N. *Câncer*. 40 anos, feminina, branca.

Em 4-2-54: Blastoma do colo uterino, estágio III, paramétrios-vagina. Histo-pat. Carcinoma espino-celular, grau 2. Tratamento: Radium e raios X, de 8-2 a 17-3-54.

Em 6-4-54: Boas condições locais e gerais. Em 29-3- e 23-4-55: Massas tumorosas junto às paredes pélvicas. Em 26-4-55: Iniciado o tratamento pela polivacinação associada à testosterona. Em 7-4-56: Não foram mais encontradas as metástases pélvicas anteriormente verificadas.

CASO XXVI — Reg. 34.668, do S. N. *Câncer*. 69 anos, feminina, branca.

Em 6-1-55: Operação de Meigs, no Hosp. Miguel Couto, por blastoma do colo uterino, estágio II. Histo-pat. Carcinoma epidermóide, grau 3 (Hosp. Miguel Couto).

Em 5-8-55: Foi matriculada no S. N. *Câncer*. O exame revelou invasão neoplásica dos tecidos parametriaes e retais, até o plano ósseo, constituindo-se num só bloco. Foi iniciado o tratamento pela polivacinação associada à testosterona. Em 2-1-56: Extensa tumoração pélvica, endurecida, indolor e aderente à pelvis. Em 6-4-56: Ausência de recidiva ou metástase.

CASO XXVIII — Reg. 35.360, do S. N. *Câncer*. 50 anos, feminina, preta.

Em agosto de 1955, tratamento pelo radium, de blastoma do colo uterino, estágio III, paramétrio-vagina, no Hosp. da Gamboa. Histo-pat. Carcinoma epidermóide, grau III (Hosp. da Gamboa).

Em 4-10-55: Foi matriculada no S. N. *Câncer*. Roentgenterapia, de 5-10-55 a 3-11-55.

Em 1-12-55: Tumoração parametrial direita. Iniciada a polivacinação associada à testosterona. Em 15-3-56: Extensa tumoração ocupando toda a pelvis, atingindo o plano ós-

seo e comprimindo o reto. Em 7-6-56: Formação em arco envolvendo o reto, de consistência endurecida como se fôsse calcificada. Não se sente mais a tumoração da pelvis.

CASO XXIX — Reg. 25.887, do *S. N. Câncer*. 53 anos, masculino, branco.

Em 10-5-1953: Toracotomia, na Policlínica Geral do Rio de Janeiro, sendo constatado o seguinte: "Câncer brônquico esquerdo, localizado no segmento apical anterior, inoperável devido a metástases e aderências com os órgãos do mediastino".

Em 13-6-53, foi matriculado no *S. N. Câncer*. Adenopatias supra-claviculares, em ambos os lados, duras móveis e indolores, sendo a mais volumosa delas à esquerda, medindo cerca de 2 x 1 1/2 cm. de diâmetro. Palpam-se gânglios inguinais em ambos os lados. Iniciada a polivacinação, associada ao estilbestrol de 5 mg., 3 comprimidos por dia.

Exames do escarro: — Em 23-11-55: Células e agrupamentos celulares com características de malignidade, sugestivo de carcinoma epidermoide Classe V. Em 5-3-56: Frequentes elementos celulares e agrupamentos celulares com características de malignidade.

Em 21-6-56: O paciente está emagrecido, porém relativamente bem disposto. Ausência de adenopatias palpáveis, cervicais, axilares e inguinais.

A última radiografia, feita em 27-2-56, revelou opacidade não homogênea de todo o hemitórax esq. com elevação da cúpula frênica, que parece estar alcançando o terço médio. Imagens areolares na metade superior e sinais de espessamento pleural. Aspiração para êste lado dos órgãos do mediastino. Óbito em 6-8-56. Tempo de sobrevivência depois de considerado incurável: 3 anos.

CASO XXX — Reg. 25.142, do *S. N. Câncer*. 43 anos, feminina, preta.

Em 8-4-53: Blastoma do colo uterino, estágio IV, com invasão da vagina e paramétrio. (Tumor ulcerado, crateriforme, destruindo completamente o colo uterino e invadindo o fundo de sacos. Brida circular estreitando a vagina, dificultando o exame especular. Paramétrios infiltrados até o plano ósseo, em ambos os lados. Massas tumorosas em ambos os paramétrios, duras e aderentes às bordas laterais do útero). Histo-pat. (co-

lo ut.) — Adeno-carcinoma grau 3. Foi iniciado o tratamento pela polivacinação associada à testosterona.

Em 27-5-54: Estado geral, bom, tendo engordado 4 quilos. Exame ginecológico — Lesão ulcerada anular da vagina, terço médio, deixando passar dificilmente o dedo explorador, pela reação fibrótica. Massa tumoral dura, indolor, fixa ao septo reto-vaginal. Infiltração da pelve até os planos ósseos.

Em 23-6-55: Lesão ulcerada crateriforme na parede vaginal posterior e respectivo septo. Pelo toque retal, volumosa massa tumoral enchendo toda a pelve e estrangulando mesmo a luz retal.

Óbito em 9-6-56, 3 anos depois do diagnóstico de blastoma do colo uterino, estágio IV.

CASO XXXI — Reg. 23.354, do *S. N. Câncer*, 41 anos, feminina, preta.

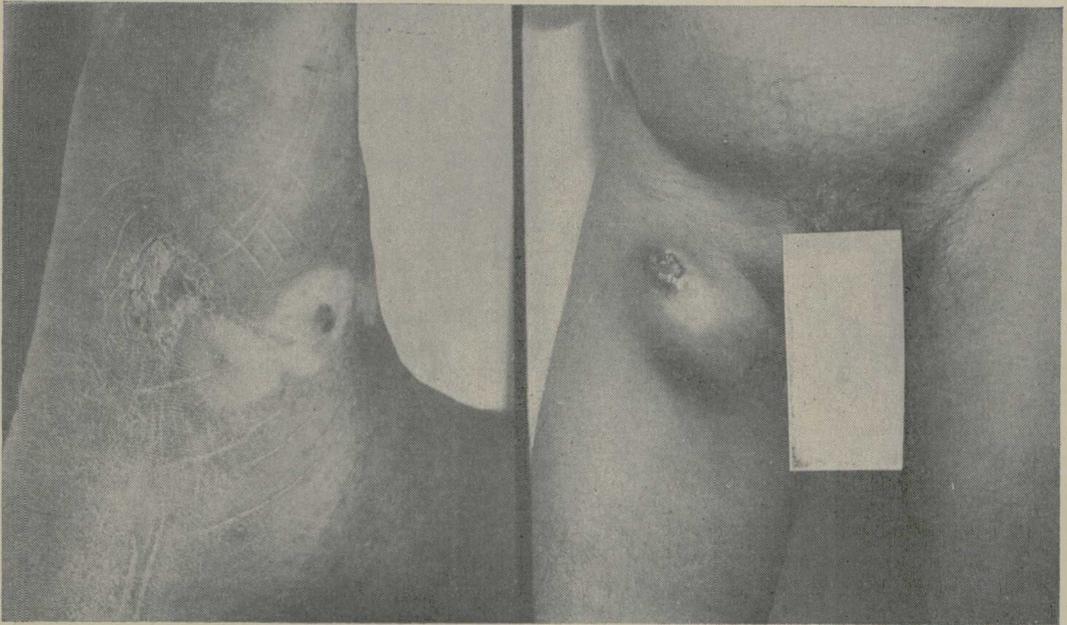
Em 27-12-52: Foi operada de bócio tóxico, na Policlínica de Botafogo. Nos exames efetuados no *S. N. Câncer*, foi constatado o seguinte: Em 8-6-53: Adenopatias duras e fixas, na região cervical e supra-clavicular direito. Histo-pat. (adenopatia) — Adenoma maligno metastático. Foi iniciada a polivacinação.

Em 12-4-54: Foi retirado um fragmento de gânglio cervical, na Policlínica de Botafogo, cujo exame revelou tecido fibroso. Em 3-6-54: Tumoração cervical direita, constituída provavelmente por tecido fibroso. Gânglio aumentado de volume, móvel e indolor, na região supra-clavicular esquerda e massa tumoral pouco móvel e indolor, sub ângulo mandibular direito. Na fossa supra-clavicular direita, intensa fibrose. Foi associada à polivacinação a testosterona. Em 3-3-56, foi extirpada uma adenopatia cervical direita, na Policlínica de Botafogo.

Em 27-7-55: Lesão osteolítica redonda, de cerca de 3 1/2 cm. de diâmetro, acima da cavidade cotiloide direita. Em 23-8-56: Volumoso tumor destrutivo do ilíaco direito, junto ao acetábulo.

Em 8-10-56: Estado geral melhorado, alimentando-se bem. Os nódulos cervicais regressaram completamente. Palpa-se apenas pequeno gânglio sub-mandibular direito, amolecido e ligeiramente doloroso, de 1 1/2 x 1 x 1 cm.

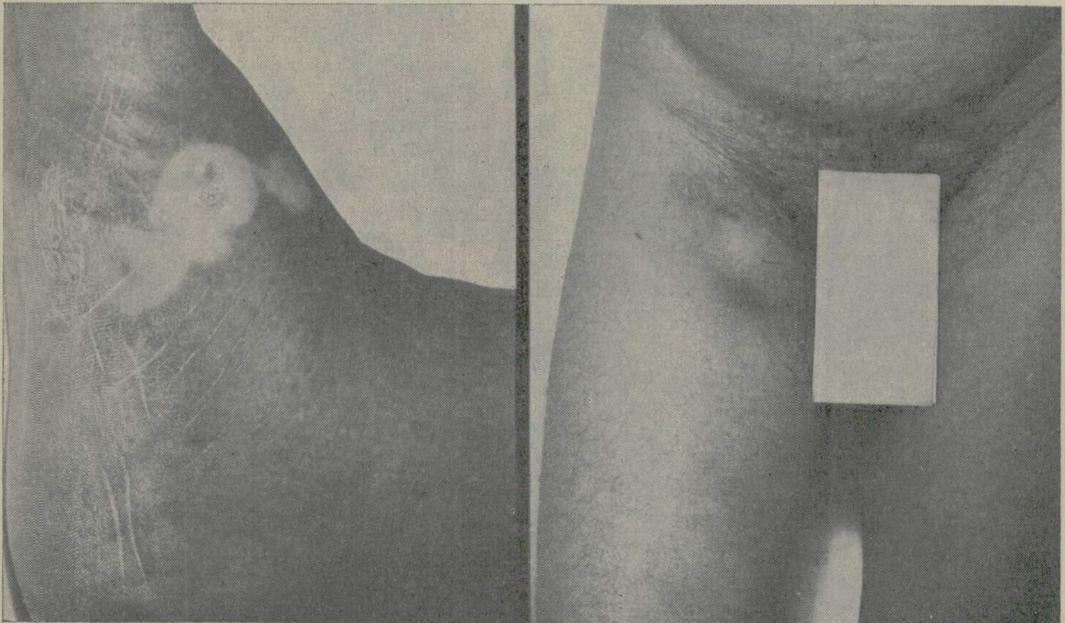
Tempo de sobrevivência depois de considerada incurável: 3 anos.



10-6-49.

CASO XXXII. Fig. 11.

10-6-49.



16-11-49.

CASO XXXII. Fig. 12.

16-11-49.

CASO XXXII — Reg. 8.935, do S. N. *Câncer*, 64 anos, masculino, branco.

Em 4-2-47: Foi matriculado no S. N. *Câncer*, com lesão ulcerosa da planta do pé direito, resultante de electrocoagulação de tumor efetuada no Pavilhão Miguel Couto. Histo-pat. Nevo-câncer (Pavilhão S. Miguel).

Em 25-2-49: Nas proximidades da antiga lesão, existem 2 nódulos de coloração escura, que surgiram há 1 ano. Na região inguino-crural direita, volumosa massa tumoral medindo cerca de 12 x 8 cm., de consistência bem firme, móvel em relação à pele e aos planos profundos.

Em 12-6-49, foi iniciado o tratamento pela polivacinação. Obs. A vacina anti-rábica, já empregada no melanoma maligno, não foi aplicada neste caso.

Em 17-11-49: Houve regressão de cerca de 60% da massa tumoral da região inguino-crural, tornando-se extirpável, e cicatrização da ulceração que existia na mesma. Os nódulos da planta do pé, assim como outros palpáveis na fossa ilíaca esquerda não evoluíram. (Fig. 11 e 12).

Óbito em fevereiro de 1951, alguns dias depois de ter ficado hemiplégico. Metástase cerebral? Hemorragia cerebral?

Tempo de sobrevivência depois de constatadas as metástases no S. N. *Câncer*: 2 anos.

CASO XXXIII — Reg. 33.400, do S. N. *Câncer*. 75 anos, feminina, branca.

Em 11-4-55: Melanoma maligno da região malar direita. Histo-pat. Melanoma maligno. Em 29-6-55: Extirpação do melanoma maligno recidivante das regiões masseterina geniana direita, com exérese ganglionar supra-hioidéa à direita. Histo-pat. Melanoma maligno.

Em 10-10-56: Volumoso nódulo duro, móvel, na fossa supra-clavicular direita, medindo mais ou menos 3 x 3 cms. Histo-pat. do nódulo (punção). Além de substância amorfa, encontramos grupos celulares epidermoides e outros de células altas. Foi iniciada a polivacinação. Obs. Não foi aplicada a vacina anti-rábica nesta paciente.

Em 29-12-55: A metástase da região supra-clavicular direita referida em 10-10-55, regrediu, existindo apenas um pequeno nódulo de 2 a 3 milímetros.

A paciente foi para fora da cidade, falecendo em maio de 1956, de causa que ignoramos.

CASO XXXIV — Reg. 23.543, do S. N. *Câncer*, 50 anos, feminina, branca.

Em 24-10-52: Blastoma sub-glótico. Histo-pat. Carcinoma espinocelular, grau 3 (Fig. 13). Foi praticada a traqueotomia de urgência, sendo feita a biópsia por laringoscopia indireta.

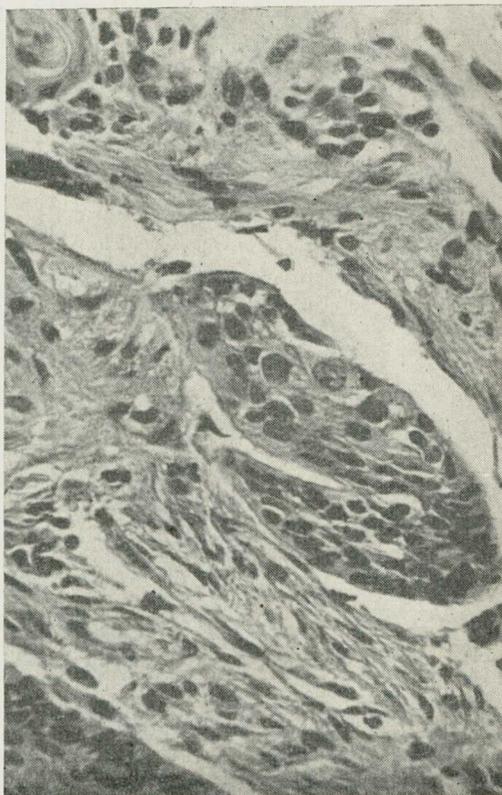


Fig. 13 — CASO XXXV

Em 8-2-53: A paciente compareceu ao Serviço, tendo o exame revelado obstrução total da luz glótica e empastamento cervical com predominância à esquerda. Foi iniciado o tratamento pela polivacinação.

Em 26-11-54: Obstrução total do vestíbulo laringeo. Adenopatia sub-ângulo mandibular esquerdo, dura, indolor, pouco móvel em relação aos planos profundos de mais ou menos 2 1/2 cm. de diâmetro.

Em 21-1-55, foi associado à polivacinação o estilbestrol, comprimidos de 5 mg. 3 vezes ao dia.

Em 13-7-56: Obstrução total do vestibulo laringeo. Não evidenciamos lesão. Ausência de adenopatias satélites palpáveis. Radiografias do laringe. (Fot. 14 e 15). Foi feita a laringectomia total. Não foi constatado nenhum tumor. Histo-patológico (em muitos cortes da P. C.): Hiperplasia do tecido glandular. Não foram encontradas lesões malignas.

SEM REFERÊNCIA NO TEXTO

1. MONTPELLIER, J. e M. — Le Cancer d'Ou-tre Mer — Alger. 1947.
2. BAINBRIDGE, W. — Le Probleme du Cancer — Paris. 1922.
3. BULLETIN Algérien de Cancerologie —N. 1-2-3-7-8-9-12 e 17.
4. NICOLE, C. — Destin des Maladies infec-tieuses — Paris. 1937.

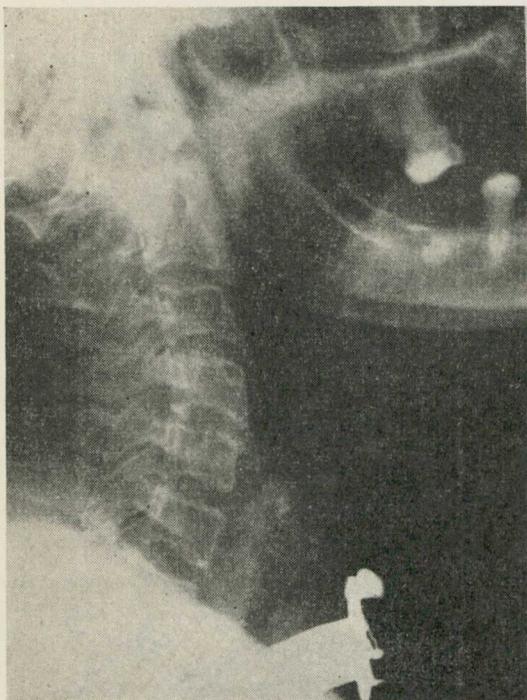


Fig. 14. 26-11-54.

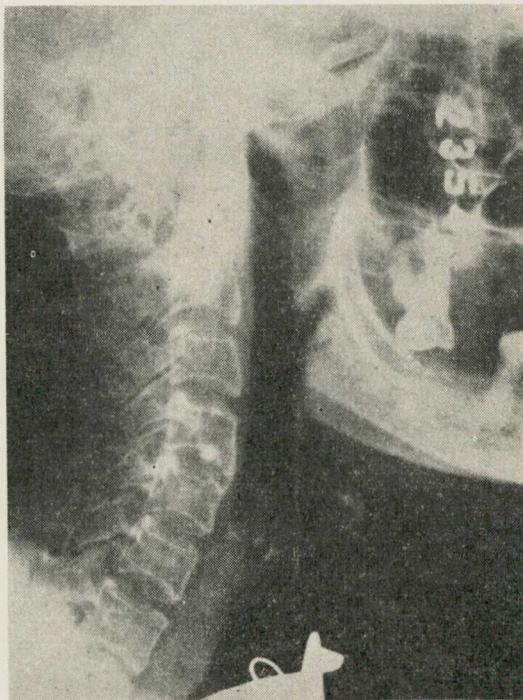


Fig. 15. 13-7-56.

CASO XXXV

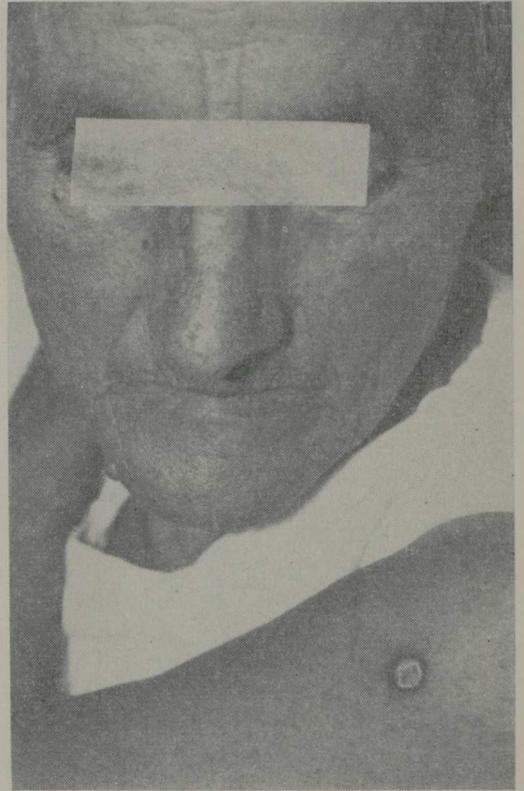
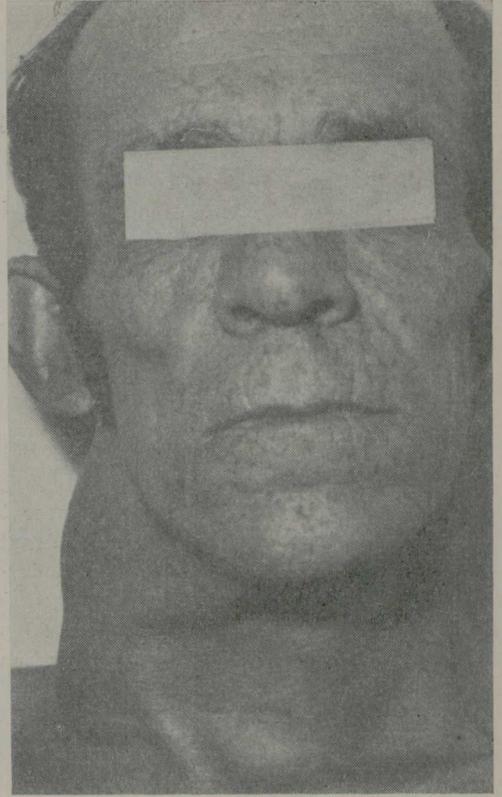
CITAÇÕES BIBLIOGRÁFICAS

1. CAMPOS, S. SILVA — Hipóteses Sobre o Câncer. Imprensa Médica 1942. N.º 337. 97-102.
2. CAMPOS, S. SILVA — A Polivacinação no Tratamento do Câncer. Resultado Obtidos. Rev. Bras. Cancerologia — 1950. Vol. 3. N.º 5. 17-26.
3. GÓES, PAULO — Estudo Sobre a Imunidade Cruzada — R. Janeiro. 1947. 1-30.
4. BERARDINELLI, W. Biotipologia. R. Janeiro. 1936.
5. CIARANFI — apud. Berardinelli (4).
6. BENEDETTI — apud. Berardinelli (4).
7. PÓVOA, HELION — apud Berardinelli (4).
5. HIRSZFELD, H. — Rôle de la constitution dans les maladies infectieuses des enfants — Paris. 1939.

SUMMARY

POLYVACCINATION AS A PROPHYLACTIC AND AUXILIARY TREATMENT FOR MALIGNANT TUMORS.

On August 1942, the A. read a paper at the Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, explaining the reasons he believed that polyvaccination against several infections and parasitic diseases could make



Fotografias de 3 cancerosos, mostrando as cicatrizes da varíola e a vacina anti-variolíca positiva.

patients more resistant towards cancer. He also admitted the possibility that such method associated or not to antiinfectious sera or other substances with known anticancer activity could give place to total or partial regression of malignant tumor.

Since March, 1943 polyvaccination has been employed by the A. at the Serviço Nacional de Câncer do Brasil in far advanced cancer cases.

This paper is based on results since 1943 using polyvaccination alone or this associated to sexual hormones.

A total of 840 patients with cancer too far advanced to be treated with any advantage by surgery or by irradiation were submitted to polyvaccination. There was regression of tumors in 20 cases. Among these 20 patients 8 are still living with no signs of can-

cer for over 5 years since the time such cases were considered beyond hope of cure and when polyvaccination was initiated.

Favorable results were obtained against pain in 20% of the cases. The A. believes that such results may be obtained by crossed reactions.

The vaccines used were mostly antitetanic, antidiphtheria, anticholera, antismall pox, antityphoid, antiparatyphoid, antidysenteric, antiplague, yellow fever, brucellosis, rabie, gripp, whooping cough, pneumonia, typhus fever, leishmanioses, gonorrhoea, pyogenic infections and mycosis.

The A. believes that polyvaccination may have a preventive action against cancer.

In a recent inquiry he realized among Brazilian Indians he found out that cancer was not known.