

vol. 23

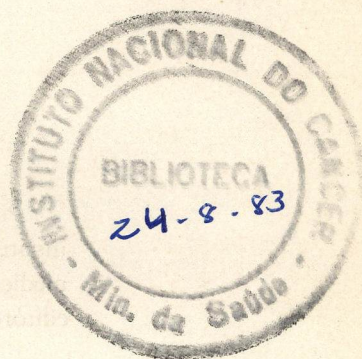
número

34

revista
brasileira
de
cancerologia

revista brasileira de cancerologia

- I — FUNDADORES :
Mário Kroeff
Alberto Lima de Moraes Coutinho
Sérgio Lima de Barros Azevedo
Jorge Sampaio de Marsillac Motta
- II — DIRETOR DO SERVIÇO NACIONAL DE CÂNCER :
Adayr Eiras de Araújo
- III — DIRETOR RESPONSÁVEL :
Lourival Perri Chefaly
- IV — DIRETORES CIENTÍFICOS :
Ary Frauzino Pereira
Alexandre Campos
David Michalevicz
- V — REDAÇÃO :
A. Saul Gutman
Cesar Lima Santos
Hiram Silveira Lucas
Onofre de Castro
- VI — CORRESPONDENTES :
Presidentes e Diretores das Associações Nacionais de Combate ao Câncer.
- VII — SECRETARIA DA REVISTA :
Helena Teixeira Manço.
- VIII — DIAGRAMAÇÃO
David Berditchevsky
- IX — COLABORAM NESTE NÚMERO :
Aristides Pinto Coelho, Antônio Pedro Mirra, R. de Barros Coelho,
Bertoldo Kruse Grande de Arruda, Manoel Ricardo Costa Carvalho,
Adonis, R. L. de Carvalho, Maria Berilla Conceição, Mário Kroeff.
- X — CONSELHO CONSULTIVO :
Alberto Lima de Moraes Coutinho, Amaury Barbosa, Antônio Pinto
Vieira, Ataliba M. Bellizzi, Aloisio José Almendra, Ary Frauzino
Pereira, Edésio Maesse Neves, Egberto Moreira Penido Burnier,
Evaristo Machado Netto Junior, Felix Horácio de Mello Gollo,
Francisco Fialho, Georges da Silva, Hugo Caire Castro Faria, João
Bancroft Vianna, João Carlos Cabral, Jorge Sampaio de Marsillac
Motta (Diretor do INC), José Leonardo M. Vaz, Mário Kroeff,
Moacyr Alves dos Santos Silva, Osolando Júdice Machado, Ronald Alonso
da Costa, Sérgio Lima de Barros Azevedo, Severino Fonseca da Silva
Júnior, Turibio Braz, Walter Correa de Souza, Ugo Pinheiro Guimarães.



REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

Publicação trimestral de distribuição gratuita às instituições médicas do País e do Estrangeiro e aos médicos em geral, de acôrdo com o critério dos editôres.

Solicita-se permuta com Revistas Médicas.

SERVIÇO NACIONAL DE CÂNCER
SECÇÃO DE ORGANIZAÇÃO E CONTRÔLE
Praça Cruz Vermelha, 23 - 3.º andar
RIO DE JANEIRO — BRASIL

revista brasileira de cancerologia

índice

Editorial	5
Registro de Câncer — Importância e Problemática	7
<i>Antonio Pedro Mirra</i>	
Plano de Trabalho da Seção de Epidemiologia e Estatística do Serviço Nacional de Câncer	13
<i>Maria Berilla Conceição</i>	
Projeto de Instalação do Registro de Câncer da Guanabara	17
<i>Maria Berilla Conceição</i>	
Registro de Câncer de Pernambuco	21
<i>R. de Barros Coelho</i>	
IX Congresso Internacional de Câncer	37
<i>Aristides Pinto Coelho</i>	
Pioneiros da Luta Contra o Câncer no Brasil	
Evolução da Cirurgia Brasileira	47
<i>Mario Kroeff</i>	

setembro, 1967 — guanabara — brasil

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE
SERVIÇO NACIONAL DE CÂNCER

INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÕES

Os artigos deverão ser datilografados em duplo espaço e de um só lado do papel, com cópia, acampanhados de resumo em português, inglês e francês. Os desenhos deverão ser feitos a nanquim e trazer a indicação numérica da ordem a ser obedecida no texto. As legendas devem ser feitas em folhas à parte.

A ortografia adotada é a oficial. As referências bibliográficas serão relacionadas na última página do trabalho e obedecendo à seguinte uniformização: nome do autor (ou autores), título do trabalho, título do período (abreviado segundo a "Abbreviation listing of the Index Medicus), ano, volume, páginas inicial e final.

Os conceitos contidos nos artigos publicados pela Revista serão da responsabilidade dos autores.

Todos os trabalhos entregues para publicação serão previamente submetidos à Comissão da Revista para a respectiva aprovação. Nenhum original será devolvido, mesmo quando não publicado.

É permitida a reprodução parcial ou total da matéria publicada quando indicada a origem.

EDITORIAL

A Revista Brasileira de Cancerologia nasceu há 26 anos, de um sonho de Alberto Lima de Moraes Coutinho e se tornou realidade graças ao esforço de Mário Kroeff e Sérgio Azevedo.

Seus primeiros dirigentes, Alberto Lima de Moraes Coutinho, Jorge de Marsillac Motta, Egberto Penido Burnier e Moacyr Santos Silva lutaram com uma série de dificuldades de ordem científica, financeira e administrativa e as venceram uma a uma com o esforço e a boa vontade de todos. Hoje é, a Revista Brasileira de Cancerologia, apreciada e solicitada por todos aqueles que fazem a especialidade e desejam se atualizar na matéria. E revista respeitada pelo seu passado e possui uma bagagem científica de grande valor.

Sempre foi veículo de um ensino especializado, levando-o às mais longínquas regiões desse extenso Brasil.

Hoje, as técnicas modernas de divulgação são aplicadas na feitura de livros e revistas, com a finalidade de agradar ao leitor e tornar a matéria mais receptiva.

A Revista Brasileira de Cancerologia diante dessa nova fase da imprensa universal, com uma tradição a zelar, não podia se furtar a acompanhar o progresso.

Desta forma reuniu uma equipe especializada para estudar, discutir e traçar novos rumos.

Algumas dificuldades surgiram e foram, a pouco e pouco, sendo solucionadas, motivando algum atraso na apresentação deste número. Agora o novo aspecto gráfico já pode ser observado. Isto, certamente, ampliará a divulgação e justificará a integração à "Campanha Nacional de Combate ao Câncer". Dessa forma usufruirá maiores verbas, podendo passar de 4 para 6 ou 12 números anuais.

Com essas providências estaremos habilitados a figurar no Index Medicus.

A Diretoria Científica está recebendo e estudando os trabalhos e pede que os próximos sejam remetidos com maior antecedência, a fim de que a Revista seja editada com mais regularidade.

Assim, esperamos que esta Revista cresça e, cada vez mais, honre o seu passado e acompanhe a evolução científica.

A Direção

REGISTRO DE CÂNCER
IMPORTÂNCIA E PROBLEMÁTICA

ANTONIO PEDRO MIRRA

Diretor do Registro de Câncer de São Paulo.

* Relatório apresentado à mesa redonda da V Jornada Brasileira de Cancerologia - Belo Horizonte - 2 a 7-7-67.

A importância dos Registros de Câncer, nos nossos dias, é inegável, pois, são os órgãos que possibilitam a coleta de uma série enorme de dados, que caracterizarão a situação oncológica de uma determinada área geográfica e sua correspondente população; e mais particularmente, é a base fundamental para o desenvolvimento dos estudos epidemiológicos das neoplásias malignas.

Assim, no último Congresso Internacional de Câncer, realizado em Tóquio, houve uma reunião sobre Registros de Câncer, em que se discutiu os seus vários aspectos, criando-se mesmo uma Associação Internacional dos Registros de Câncer, de modo a permitir um maior intercâmbio entre seus membros; um levantamento dos Registros de Câncer está sendo feito pela OMS, com a finalidade de se obter o máximo de informações válidas de todos os registros existentes no mundo. São manifestações que retratam bem a importância que esses órgãos vêm adquirindo na oncologia.

Um registro de câncer deve coletar e centralizar informações detalhadas e exatas de todos os novos casos de câncer surgidos a partir de uma data determinada, pertencentes a uma população de tamanho e características conhecidas, e referentes a uma área geográfica bem delimitada.

Suas principais finalidades são:

a) — Determinação da incidência e prevalência global do câncer, bem como, das várias localizações;

b) — Determinação dos coeficientes de mortalidade real do câncer;

c) — Promoção de pesquisas epidemiológicas e possibilidade de profilaxia do câncer através dos dados obtidos;

d) — Fornecimento de indicações para pesquisas experimentais e clínicas;

e) — Avaliação das possibilidades das organizações médicas a serem aproveitadas num plano de controle de câncer;

f) — Coleta de dados indispensáveis para quaisquer planejamento de luta contra o câncer; e

g) — Servir e cooperar com os médicos e organizações ligadas ao problema do câncer.

Entre nós as duas principais finalidades devem ser o motivo da nossa preocupação inicial.

Os dados de mortalidade (fornecidos pelos atestados de óbitos) não são suficientes para representar o nível de morbidade numa determinada população. Além dos atestados de óbitos serem incompletos e falhos (apenas 5% deles são preenchidos corretamente — Estudo Inter-americano de Mortalidade, realizado sob os auspícios da Oficina Pan-americana nos anos de 1963 e 1964), verificamos que certas localizações tumorais — pele, lábio inferior, mama, colo de útero — apresentam uma mortalidade relativamente baixa.

Os dados de arquivos hospitalares, de laboratórios de anatomia patológica e de séries de autópsia, embora importantes para esses estudos, são falhos quando se pretende caracterizar a morbidade de câncer, unicamente através deles. Isso se prende ao seguinte: a) — não é possível determinar com exatidão a população de origem de tais séries; é impraticável a delimitação de uma população em que todos os indivíduos fossem exclusivamente clientes do hospital ou laboratório considerado. b) — não constituem o único recurso médico de determinada região. c) — muitas das condições não relacionadas com a aparição do câncer, influem sobre a delimitação destas séries, e sua fonte perde todo o valor real em matéria de incidência. Assim, certas circunstâncias podem sistematicamente afastar de um hospital, geral ou especiali-

zado, determinada ou determinadas localizações, modificando portanto, a série estudada. d) — Nem todos os casos de câncer são hospitalizados; aproximadamente 15 a 20% dos pacientes são tratados em ambulatórios ou no domicílio.

Dai, a necessidade de termos os registros de câncer, que reunirão todos esses dados provenientes de diversas fontes, e permitirão um estudo correto da morbidade do câncer para uma determinada região e sua respectiva população.

CRITÉRIOS PARA CRIAÇÃO DE UM REGISTRO DE CANCER

1) — O registro de câncer deve abranger uma área bem delimitada; uma grande cidade ou uma área qualquer na qual os recursos médicos sejam suficientes, inclusive os serviços de anatomia patológica de modo que sua população esteja habituada a utilizá-los e não tenha necessidade de se deslocar para outro local para se servir de assistência médica. Entre nós, deveriam, no seu início, abranger apenas as capitais dos Estados, podendo posteriormente ser estendido ao restante do Estado. A diversidade geográfica, sócio-econômica, educacional, as grandes distâncias e dificuldades de comunicação, contraídicam a criação de registros de âmbito nacional.

2) — As informações demográficas e sociais devem existir para a área em estudo; a população deve ser conhecida por sexo, grupos quinquenais de idade e grupos étnicos.

3) — O número de habitantes deve ser suficiente para que o número total de casos novos reunidos num ano seja bastante para ter significação ao menos global. O tamanho ideal da população deve ser em torno de 500.000 habitantes, sendo o maior de 2 a 3 milhões (5 a 8 mil casos são notificados por ano), e o menor de 100.000 habitantes (desde que número de novos casos notificados não seja muito pequeno). Exceções podem ser feitas para áreas em que existem bons meios médicos, de modo a permitir a obtenção de dados completos de morbidade. É preferível registros de alta

qualidade para grupos populacionais limitados, a registros de qualidade duvidosa para grandes populações.

4) — A comunicação de todos os casos de câncer é indispensável, pois, assim, teremos o registro de todos eles (carcinomas, linfomas, leucemias, tumores cerebrais, papilomas da bexiga, câncer do colo do útero "in situ"). Essa comunicação deve ser feita por todas as fontes: hospitais, clínicas (incluindo as radiológicas), médicos práticos e especialistas, laboratórios clínicos e de anatomia patológica, serviços de controle de entorpecentes, serviços de verificação e registros de óbitos (recebimento de todos os atestados de óbitos da área em estudo).

Entre nós o câncer é notificação compulsória há alguns anos (art. 9.º do Decreto n.º 49.974-A de 21-1-61, que regulamentou o Código Nacional da Saúde). Ao contrário do que muitos supõem, a notificação não está em desacôrdo com a ética médica, pois, evita-se com ela, um mal maior, que seria o não controle da doença na população, quando não a fazemos. Além disso, tem amparo no Código de Ética da AMB (art. 39) e no Código Penal (art. 269). Deve-se lembrar que o órgão oficial encarregado de receber as notificações guarda sigilo a respeito das mesmas. Portanto, a obrigação de notificação não é somente legal, mas principalmente moral.

5) — Informações mínimas básicas devem ser solicitadas, através de fichas ade-

quadas: **Identificação Pessoal:** nome do paciente, endereço da residência, procedência, idade ou data do nascimento, sexo, cor, estado civil, nacionalidade, ocupação, nome do hospital ou médico responsável, número de registro hospitalar. **Informações diagnósticas:** Sede anatômica primária do tumor e das metástases (quando é desconhecida a primeira), base de diagnóstico (clínico, radiológico, histológico, citológico, cirúrgico, necrópsico e outros), data da primeira consulta ou diagnóstico.

6) — Deve-se evitar os registros múltiplos dos casos notificados. Para isso é de importância os dados de identificação pessoal dos pacientes, porquanto um mesmo paciente pode passar por mais de um hospital ou médico.

Além dessas condições, consideradas mínimas, há outras que são de grande utilidade e colaboram para que o registro tenha a máxima eficiência.

7) — A existência de departamentos de registros hospitalares adequados e com pessoal qualificado. A presença de clínicas ou comitês de tumores em hospitais facilitariam muito a coleta de dados.

8) — A adoção de uma nomenclatura uniforme por todos: Nomenclatura Internacional de Doenças, Traumatismo e Causas de Morte.

9) — A obtenção dos dados deverá ser feita em duas fases: 1.^a fase: o inquérito visará unicamente as organizações hospitalares gerais e especializadas, os serviços de verificação e registro de óbitos, os servi-

ços de controle de entorpecentes, e os serviços de anatomia patológica. 2.^a fase: Nessa outra fase todas as demais fontes deverão ser solicitadas.

10) — Pessoal habilitado: A equipe de trabalho deve se constituir de: um clínico, um patologista, um estatístico, secretárias e grupo de coletores de dados (hospitais e médicos).

11) — Preparo psicológico da classe médica para esse tipo de inquérito que poderá ser feito através de: circulares explicativas dos objetivos dos estudos, contatos pessoais, palestras elucidativas, reuniões com os representantes das várias organizações médicas, cartazes de divulgação, publicações periódicas informando o andamento do inquérito e publicações oficiais dos dados colhidos.

12) — Os registros devem ser organizados sob a égide dos poderes públicos, de modo a serem órgãos oficiais, recebendo porém, a colaboração de todas as entidades relacionadas com o problema câncer.

Assim, a obrigatoriedade da notificação compulsória seria facilmente cumprida. O patrocínio apenas por entidades privadas impede que essa obrigatoriedade seja exigida aos médicos.

13) — O governo federal, através de seu órgão especializado, deverá ter apenas uma ação normativa para esses estudos, ditando normas básicas e fornecendo total ou parcial ajuda técnica e material (incluindo-se a financeira) aos vários registros, em estrita colaboração com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios (convênios).

**PLANO DE TRABALHO DA SEÇÃO
DE EPIDEMIOLOGIA E ESTATÍSTICA
DO SERVIÇO NACIONAL DE CÂNCER**

MARIA BERILLA CONCEIÇÃO

O presente plano visa essencialmente a promover o levantamento epidemiológico de câncer em todo o País. Posteriormente, serão elaborados outros programas, de acordo com as conveniências do serviço, incluindo-se realização de cursos, mecanização Hollerith, elaboração de normas em acordo com a SOC para melhor entrosamento com as entidades de combate ao câncer etc.

LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CÂNCER

Justificativa: A deficiência de dados estatísticos, constitui em nosso País, uma lamentável lacuna que dificulta a organização de programas assistenciais adequados às necessidades da população. Esta afirmativa é válida também com relação às neoplasias malignas.

Não dispomos infelizmente de informações que nos permitam estudar a ocorrência de câncer e conhecer a sua frequência e distribuição em diferentes grupos de população, em diferentes áreas ou em diferentes épocas.

O Serviço Nacional de Câncer, entidade à qual compete a promoção do combate ao câncer em todo o território nacional necessita de informações estatísticas e epidemiológicas para elaborar os programas convenientes ao bom desempenho de suas atribuições (epidemiologia, prevenção, diagnóstico, tratamento, pesquisa e ensino, relativos ao câncer).

Não pode pois o SNC permanecer indiferente à deficiência existente, cabendo-lhe assim tomar a iniciativa do levantamento epidemiológico do câncer no Brasil.

Sendo assunto ligado às atribuições da Seção de Epidemiologia, esta Seção assumiu a incumbência de esboçar o presente projeto.

OBJETIVOS :

Constitui o objetivo dêste projeto :

Promover o levantamento epidemiológico das neoplasias malignas em todo o território nacional.

Dada a imensidão da tarefa será planejada a sua execução por etapas que, de acôrdo com os recursos disponíveis, poderão ser efetivadas sucessiva ou simultâneamente:

- a) Instalação do Registro de Câncer da Guanabara;
- b) intensificação das operações estatísticas com dados recebidos na Seção (conferência de mapas, confecção de fichas, tabulação de dados, apuração de dados, avaliações, etc.);
- c) fundação de Registros de Câncer em outras unidades da Federação;
- d) fundação de Centros Coordenadores regionais;
- e) fundação do Registro Geral de Câncer;
- f) elaboração e distribuição de normas, instruções, modelos padronizados, questionários etc.;
- g) contrôle do fornecimento de dados pelas várias entidades;
- h) supervisão e coordenação das atividades das diversas instituições;

i) campanha de esclarecimento aos médicos sôbre a necessidade, utilidade e obrigatoriedade da notificação compulsória (palestras, orientação, publicações, etc.);

j) entrosamento com outras instituições de saúde, públicas e privadas, federais, estaduais e municipais; e,

l) entrosamento com o Serviço de Estatística da Saúde.

Com relação ao item **a** anexamos um projeto de instalação do RCG.

Quanto aos itens **b**, **e**, **f** e **g**, as atividades vêm sendo executadas e serão ampliadas de acôrdo com os recursos da Seção (material e pessoal).

De referência aos itens **c** e **d**, os programas dependerão de entendimento com os diretores das entidades de combate ao câncer o que poderá ser efetivado por ocasião da próxima reunião de Diretores.

O item **e** terá sua programação oportunamente, após verificados os frutos do funcionamento dos registros estaduais.

Também serão elaborados oportunamente programas com relação aos itens **h**, **i**, **j** e **l**, bem como outros projetos que sejam convenientes, sempre apresentando sugestões que, como as aqui citadas, estejam dentro dos limites das atribuições previstas para a Seção de Epidemiologia e Estatística do SNC.

PROJETO DE INSTALAÇÃO DO REGISTRO DE CÂNCER DA GUANABARA

Introdução

No plano de estudo epidemiológico de neoplasias malignas que urge ser empreendido pelo Serviço Nacional de Câncer foi inscrita como primeira meta a instalação do Registro de Câncer da Guanabara. Isto por que a fundação do RCG é assunto já pensado e amadurecido, aprovado na última Reunião de Presidentes e Diretores das Entidades de Combate ao Câncer e cuja concretização marcará um grande avanço para o levantamento estatístico de câncer.

O Registro de Câncer da Guanabara será destinada a promover investigações epidemiológicas e estatísticas sobre as neoplasias malignas em todo o Estado da Guanabara e ao controle adequado de todos os casos de câncer registrados.

Instituições semelhantes já vem funcionando há alguns anos, em outros Estados, com resultados satisfatórios e citamos por exemplo os Registros de Câncer de São Paulo e o de Pernambuco, cujas experiências nos animam a intensificar providên-

cias no sentido de fazer funcionar um Registro na Guanabara. Ademais, dispõe a Guanabara de todos os requisitos essenciais para tal empreendimento, como sejam: área geográfica bem delimitada, características demográficas conhecidas, recursos médicos suficientes, boas organizações hospitalares etc.

Objetivos

São finalidades do R. C. G. :

- a) promover investigações epidemiológicas e estatísticas sobre neoplasias malignas no Estado da Guanabara;
- b) registrar todos os casos suspeitos ou confirmados de câncer;
- c) promover o controle adequado dos casos registrados;
- d) enviar ao Serviço Nacional de Câncer (Seção de Epidemiologia e Estatística) os resultados dos estudos epidemiológicos e estatísticos a que proceder, os quais serão encaminhados pelo SNC ao Serviço de Estatística de Saúde;

f) colaborar no combate ao câncer no âmbito da epidemiologia e também nas atividades de assistência, pesquisa e ensino.

Organização

O R. C. G. compreende :

- a) Conselho Deliberativo;
- b) Conselho Consultivo; e
- c) Grupo Executivo.

O Conselho Deliberativo será constituído por elementos escolhidos dentre os representantes das seguintes entidades :

Serviço Nacional de Câncer
 Secretaria de Saúde da Guanabara
 Serviço de Estatística da Saúde
 Instituto Nacional de Previdência Social
 Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
 Diretoria Geral de Saúde do Exército
 Diretoria de Saúde da Marinha
 Diretoria de Saúde da Aeronáutica
 Sociedade de Cancrologia da Guanabara
 Colégio Brasileiro de Hematologia
 Sociedade Brasileira de Patologistas
 Sociedade Latino Americana para Registro de Tumores Ósseos
 Sociedade Brasileira de Radiologia
 Sociedade Brasileira de Citologia

A presidência do Conselho Deliberativo caberá ao representante do SNC e a vice-presidência ao representante da Secretaria de Saúde da Guanabara.

Compete ao Conselho Deliberativo :

- a) Aprovar o plano de trabalho do Registro de Câncer da Guanabara e de aplicação dos seus recursos financeiros;
- b) apreciar os relatórios periódicos das atividades do Grupo Executivo;
- c) designar o Coordenador do Grupo Executivo e os membros do Conselho Consultivo;
- d) fiscalizar o cumprimento das normas e programas aprovados;

e) decidir sobre os assuntos que lhe forem submetidos pelo Coordenador do Grupo Executivo; e,

f) reunir-se periodicamente, em sessões ordinárias ou quando necessário em sessões extraordinárias para deliberar sobre os assuntos de sua alçada.

O Conselho Deliberativo será constituído por profissionais de notória competência, especializados em matéria que interesse à luta contra o câncer.

O Conselho Consultivo será secretariado pelo Coordenador do Grupo Executivo.

Compete ao Conselho Consultivo :

- a) opinar sobre as consultas que lhe forem feitas pelo Grupo Executivo;
- b) decidir sobre questões técnicas que lhe forem formuladas;
- c) assessorar o Conselho Deliberativo, quando solicitado;
- d) apresentar ao Conselho Deliberativo, sugestões que considerar de interesse para o R. C. G.

O Grupo Executivo será constituído de pessoal técnico de nível superior e auxiliar especializado e de pessoal administrativo, liderados por um Coordenador Executivo.

Os componentes do Grupo Executivo poderão ser recrutados entre os servidores federais e estaduais da Guanabara, sem prejuízo de sua vinculação aos órgãos a que pertencem.

Compete ao Grupo Executivo :

- a) planejar, orientar e executar o programa de trabalho do R. C. G.;
- b) promover investigações epidemiológicas sobre neoplasias malignas em todo o Estado da Guanabara;
- c) elaborar normas e instruções relativas a coleta de dados estatísticos sobre a ocorrência de câncer na Guanabara;

d) projetar e padronizar os impressos a serem utilizados;

e) efetuar análise e avaliações estatísticas dos dados colhidos;

f) enviar à Seção de Epidemiologia do SNC, o resultado dos trabalhos realizados;

g) prestar à Seção de Epidemiologia do SNC, tôdas as informações solicitadas nos limites de sua competência;

h) colaborar com a Seção de Epidemiologia do SNC, nas atividades de combate ao câncer, dentro de suas atribuições;

i) incentivar os médicos da Guanabara a cumprirem a obrigação legal da notificação compulsória dos casos confirmados ou suspeitos de neoplasia maligna;

j) manter intercâmbio com instituições públicas e privadas, federais, estaduais e municipais, auferindo dados de seu interesse e prestando orientação técnica e ajuda de sua competência;

l) manter, devidamente atualizado o registro de todos os casos suspeitos ou confirmados de câncer na Guanabara;

m) efetuar o contrôle adequado de todos os casos registrados, inclusive no que se refere à proervação (follow-up);

n) participar de atividades de pesquisa e ensino concernentes à cancerologia; e

o) possibilitar a pessoas interessadas e credenciadas, o conhecimento de seus dados e trabalhos para fins de estudos epidemiológicos, clínicos ou de pesquisa.

Requisitos materiais

O provimento material para o R. C. G. deve atender às necessidades de :

a) Localização

b) Instalação

c) Funcionamento e manutenção

Atividades preliminares

Como fase preparatória para a execução deste projeto, devem ser postas em prática diversas atividades preliminares com formação de grupos de trabalho e de comissões para contatos com autoridades e elementos interessados, a fim de proceder à explanação do assunto e obter o apoio necessário e para o desempenho de outras tarefas iniciais.

É imprescindível levar às autoridades uma clara exposição dos motivos que justificam a criação de um registro de câncer a fim de se obter destas autoridades o apoio e o cunho oficial que venham assegurar ao projeto o necessário amparo por dispositivos legais, de relevante importância para garantia do empreendimento.

Junto aos demais interessados, — Sociedades de Radiologia, de Patologia, de Cancerologia e outras Entidades Médicas, filiadas ou não à luta contra o câncer, — devem ser igualmente feitas claras explicações mediante palestras, distribuição de publicações etc. para que se possa despertar o seu interesse e conseguir a sua colaboração.

Conseguidos o apoio, interesse e colaboração das autoridades federais e estaduais e da classe médica, estará dado o primeiro passo — o mais importante de qualquer jornada — e o avanço se fará com programas harmônicamente elaborados pelas equipes competentes.

REGISTRO DE CÂNCER DE PERNAMBUCO

CADEIRA DE ANATOMIA PATOLÓGICA

Catedrático: R. de Barros Coelho

REGISTRO DE CÂNCER

Coordenador :

Bertoldo Kruse Grande de Arruda

Coordenador-Assistente :

Manoel Ricardo Costa Carvalho

Consultor (Patologista) :

Adonis R. L. de Carvalho

Secretária :

Cleonice Braga Fernandes Lima

Recife, julho de 1967

I — OBJETIVOS

A finalidade deste Serviço, criado a 4 de janeiro de 1966, anexo à cadeira de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco e que iniciou suas atividades a 1.º de maio de 1967 é, primordialmente, possibilitar o conhecimento do problema do câncer sob o ponto de vista da morbidade e da mortalidade, com o que dispormos de dados não só para estudar a incidência e a prevalência e verificar a existência de fatores ligados às condições locais na gênese das formas de câncer, como para permitir o exercício do seguimento de todos os casos e colaborar nas campanhas de prevenção e detecção do câncer.

No Recife tem-se constatado um aumento progressivo da mortalidade por câncer, cujos dados, por exemplo, já se equivalem aos da mortalidade por tuberculose. Em relação à morbidade deve ocorrer fato idêntico, mas esse incremento somente poderá ser avaliado quando dispusermos de um registro satisfatório dos casos.

II — IMPORTÂNCIA DO PROBLEMA

As Tabelas I a VI, preparadas com os dados levantados na Divisão de Bio-Estatística, referem-se à mortalidade obtida pelo registro do atestado de óbito.

Visam dar uma idéia da situação epidemiológica e situar a importância dos tumores malignos no obtuário. Na ausência de dados de morbidade julgamos que os de mortalidade servem para indicar a frequência das neoplasias malignas na população do Recife. A distribuição da mortalidade por sexo e grupos de idade indica a importância relativa do obtuário por câncer, levando em conta esses atributos.

TABELA I — Mostra:

- a) N.º de óbitos — sempre aumentando (nos. absolutos cada vez maiores);
- b) Coeficientes com flutuações muito irregulares nos primeiros anos, isto é, ora

aumentam, ora diminuem e não apresentam uma certa estabilidade, característica desta doença;

c) Percentagem do obituário por câncer em relação ao obituário geral: é uma das maneiras de avaliar a importância relativa de uma causa de morte. Observa-se que os percentuais estão em ascensão, ou seja, é cada vez maior a importância relativa das neoplasias no obituário. A mortalidade geral vem diminuindo e a por câncer está em ligeira ascensão, sendo, por conseguinte, maior a importância relativa do câncer no obituário.

TABELA II —

Consideramos oito grupos de causas, julgadas com maior responsabilidade no obituário (estão excluídas as causas neonatais e muitas das causas responsáveis pelo obituário infantil estão incluídas — gastro-enterite, pneumonias e transmissíveis). Calculamos os percentuais de cada grupo em relação ao total de óbitos por essas doenças e verificamos:

- a) a importância relativa destas causas no obituário geral (linha %);
- b) a importância relativa de cada grupo no total dessas oito causas;
- c) evolução nestes 16 últimos anos (tendência).

TABELA III —

Com os dados da tabela II preparamos esta tabela onde verificamos em relação a estas causas que:

- 1) umas tendem a diminuir:
 - a) Doenças transmissíveis (001—138)
Tuberculose (001—019)
 - b) Nefrite, nefrose e outras escleroses renais (590—594)
- 2) Duas consideramos como estacionárias:

TABELA I

Coeficientes de mortalidade por neoplasias malignas
Recife, 1950 - 1966

Coef. p/100.000 hab.

A N O	N.º óbitos	População	Coeficientes	% óbitos s/obituario geral
1950	320	524 682	60,99	2,59
1951	374	546 722	68,41	2,90
1952	394	569 687	69,16	3,28
1953	385	593 618	64,86	3,02
1954	372	618 554	60,14	2,94
1955	427	644 537	66,25	3,30
1956	428	671 612	63,73	3,21
1957	413	699 824	59,01	2,95
1958	413	729 221	56,64	2,81
1959	475	759 853	62,51	3,55
1960	558	791 772	70,47	4,32
1961	564	825 031	68,36	4,30
1962	614	859 688	71,42	4,63
1963	618	895 800	68,99	4,83
1964	628	933 430	67,28	4,82
1965	659	972 640	67,75	4,95
1966	664	1 013 497	65,52	5,16

a) gripe e pneumonias (480—483)
(490—493)

a) gastro-enterite, enterite e colite
(exclui diarreia do recém-nas-
cido) (571—572)

3) Quatro mostram tendência ao au-
mento:

a) Doenças do coração (410—447)

b) Doenças do aparelho digestivo
(545—570) (580—586)

c) Neoplasias malignas (140—239)

d) Acidentes (E 800 — E 999)

a) em todos os anos os coeficientes fo-
ram nas mulheres;

b) os coeficientes calculados para as
mulheres mostram flutuações evidentes, ora
aumentam, ora diminuem; não têm uma
tendência definida ao aumento ou à dimi-
nuição, principalmente nos 9 primeiros
anos.

c) os calculados para os indivíduos mas-
culinos são mais regulares e mostram uma
tendência ao aumento — nestes 16 anos
aumentaram de mais de 10 por 100.000.

TABELA V —

Distribuição dos coeficientes de morta-
lidade por sexo e grupo etário.
Observa-se:

TABELA IV —

Evidencia a mortalidade distribuída por
sexo no período 1951-1966:

TABELA II

Distribuição percentual dos óbitos por grupos de causas, Recife, 1951/1966

Grupos de causas — anos	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966
1. Doenças transmissíveis	35,75	26,90	30,05	23,32	21,49	25,84	26,17	26,49	25,83	26,21	27,83	23,52	23,44	22,50	21,38	22,28
Tuberculose	15,46	10,78	8,54	7,53	6,99	7,65	8,15	6,70	8,03	9,16	9,00	7,94	7,62	7,17	8,02	7,55
2. Gripe-pneumonias	14,04	14,10	17,61	15,13	17,07	15,79	18,67	18,27	16,14	15,59	14,42	12,28	12,34	12,54	13,20	12,17
3. Doenças do coração ..	7,18	5,17	4,51	5,83	9,28	10,65	10,91	10,77	10,29	11,87	10,96	11,60	13,30	13,63	14,44	17,12
4. Doenças do aparelho digestivo	3,35	3,88	4,44	3,51	3,86	3,82	4,33	4,21	5,07	5,29	5,48	4,75	5,80	6,12	6,36	6,80
5. Gastro-enterite, enterite e colite	24,21	23,66	26,22	28,09	31,18	27,10	24,66	25,37	25,59	24,58	23,98	29,38	36,72	26,03	25,87	24,12
6. Nefrite e nefrose ...	6,62	6,50	7,87	7,97	6,06	5,99	5,32	4,91	4,51	3,52	4,20	4,24	4,39	3,70	3,89	4,26
7. Acidentes	4,45	4,16	4,88	4,98	5,91	5,93	5,46	5,53	5,74	6,27	7,05	6,86	7,13	8,03	7,64	9,99
8. Neoplasmas	4,40	4,44	4,42	4,21	5,14	4,50	4,49	4,44	5,53	6,67	6,28	6,70	6,88	7,06	7,22	8,18
Total de óbitos por estas causas	8,495	8,874	8,701	8,833	8,306	8,567	9,202	9,283	8,583	8,563	8,984	9,158	8,988	8,894	9,122	8,115
% destas 8 causas no total de óbitos	65,77	73,78	68,19	69,72	64,26	64,28	65,84	62,30	64,14	64,56	68,54	69,13	70,26	68,30	68,53	63,07

QUADRO III

Evolução da mortalidade das 8 principais causas de morte no Recife
Período de 1950 - 1956

Usando a mediana dos 3 anos iniciais e 3 últimos anos

Doenças	Anos iniciais 1950-51-52	Últimos anos 1964-65-66	Δ	%
1. D. Transmissíveis (001-138)	35,75	22,08	13,67	— 38,24
Tuberculose (001-019)	15,46	7,05	8,41	— 54,40
2. Nefrite Nefrose (590-594)	6,50	3,82	2,68	— 41,23
3. Gripe e pneumonia (480-493)	14,10	12,32	1,78	— 12,62
4. Gastrite, etc. (571-573)	23,66	25,97	2,31	+ 8,89
5. D. Coração (410-447)	7,18	14,55	7,37	+ 50,65
6. A. Digestivo (545-570; 580-586)	3,48	6,10	2,62	+ 42,95
7. Neoplasias malignas (140-239)	4,40	7,23	2,88	+ 39,56
8. Acidentes (E 800 - E 999)	4,45	7,89	3,45	+ 43,73

TABELA IV

Coefficientes de mortalidade por neoplasias malignas
Discriminadas por sexo, Recife, 1951 - 1966

Coef. p/100.000 hab.

Ano	HOMENS		MULHERES	
	N.º óbitos	Coefficientes	N.º óbitos	Coefficientes
1951	130	51,66	244	71,62
1952	144	54,91	250	81,31
1953	144	52,70	242	75,54
1954	136	47,77	236	70,69
1955	151	50,90	276	79,34
1956	170	54,99	258	71,18
1957	168	52,15	245	64,87
1958	153	45,58	260	66,06
1959	184	52,61	291	70,96
1960	224	61,46	334	78,16
1961	226	59,51	338	75,91
1962	259	65,45	335	76,51
1963	258	62,57	360	74,46
1964	261	60,75	367	72,85
1965	279	62,32	380	72,39
1966	289	61,95	375	68,53

I) Nas primeiras idades é pequeno o número de casos; em consequência, baixos coeficientes e são inexpressivas as diferenças por sexo;

II) Depois dos 14 anos aumenta o número de casos e em consequência os coeficientes. Também se tornam evidentes as diferenças por sexo, pois os coeficientes para as mulheres são sempre mais altos. Dos 20 aos 49 anos estas diferenças (entre homens e mulheres) são maiores, os coeficientes estão sempre acima de uma vez e meia (corresponde a cerca de 3/5);

III) Depois dos 60 anos os coeficientes para os homens são mais altos.

TABELA VI —

Utilizamos os dados do obituário do triênio 1964-1966, para evitar a influência das flutuações ao acaso. Verifica-se de uma maneira geral uma maior frequência dos tumores malignos localizados nos órgãos digestivos e peritôneo, na mama e órgãos gênito-urinários. Mais de 70% dos cânceres tiveram essas localizações, sendo a frequência em outros pontos, bem menor.

Até os 19 anos predominam os cânceres do tecido linfático e órgãos hematopoéticos; cerca de 50% dos neoplasmas malignos têm esta localização.

Depois dos 20 anos a frequência absoluta dos cânceres da cabeça e pescoço continua baixa. Aumenta um pouco o número de óbitos por neoplasias do tecido linfático e órgãos hematopoéticos. Observa-se uma frequência bem maior dos neoplasmas malignos localizados nos órgãos digestivos. A distribuição por sexo dos neoplasmas malignos dos órgãos digestivos e peritôneo não difere grandemente. Em relação aos tumores da mama e órgãos gênito-urinários o domínio do sexo feminino é bem evidente: dos 30 aos 59 anos foram registrados 4 óbitos em homens, enquanto para os do sexo feminino este número foi de 97. ou seja, 1 para 24.

III — ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DO REGISTRO

A área de atuação do Registro de Câncer de Pernambuco será inicialmente a cidade do Recife, que conta atualmente cerca de 1.000.000 habitantes e só em etapa posterior se estenderá aos municípios do interior, com base nas regiões de saúde e atingindo de preferência as áreas de registro. Nesta primeira fase o trabalho visará unicamente as organizações hospitalares gerais e especializadas, das quais 68 serão objeto de atenção por parte do Registro, bem como o serviço de registro de óbitos, ligado à Divisão de Bio-Estatística da Secretaria de Saúde.

O Registro de Câncer de Pernambuco tem a seguinte organização:

I — Conselho Deliberativo

II — Conselho Consultivo

III — Grupo Executivo

O Conselho Deliberativo é constituído de cinco membros, representantes das seguintes instituições:

1 — Serviço Nacional de Câncer;

2 — Cadeira de Anatomia e Fisiologia Patológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco;

3 — Cadeira de Cancerologia da Faculdade de Ciências Médicas da Fundação de Ensino Superior de Pernambuco;

4 — Secretaria de Saúde e Assistência Social de Pernambuco;

5 — Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer.

O Conselho Consultivo é constituído de "n" comitês, cada um com número variável de membros, escolhidos dentre profissionais especializados que, pelo seu tirocinio e atividades possam cooperar para a plena consecução dos objetivos do Registro, comitês esses que, no momento, serão estruturados em número de dez (10), a saber:

- a) Nomenclatura
- b) Ca do aparelho digestivo
- c) Ca do aparelho respiratório
- d) Ca do aparelho gênito-urinário
- e) Ca do sistema linfático e hemato-
poiético
- f) Ca do sistema nervoso central
- g) Ca da cabeça e pescoço
- h) câncer da pele
- i) Ca dos ossos e partes moles
- j) Ca ginecológico.

Ao Grupo Executivo cabe a execução do programa de trabalho do Registro de Câncer de Pernambuco, integrado atualmente por uma equipe composta de dois médicos sanitaristas, uma secretária e dois auxiliares de estatística, encarregados da coleta dos dados.

Das 38 instituições hospitalares do Recife relacionadas, estão sendo levantados os dados de 8, constituindo o maior manancial a Clínica de Câncer do Recife, devendo esse trabalho ser intensificado a partir do 2.º semestre com o aumento do número de elementos encarregados da coleta de dados.

Os dados de mortalidade estão sendo coletados em modelo mimeografado, procurando-se também os óbitos em que o câncer não conste como causa básica da morte. Paralelamente é feito o confronto dos óbitos conhecidos através dos registros hospitalares, com os registrados na Divisão de Bio-Estatística.

Os dados, quer de morbidade, quer de mortalidade, estão sendo coligidos a partir de janeiro, a fim de se dispor da frequência anual.

O registro dos casos é feito em modelo mimeografado, que é revisado antes da pas-

TABELA V

Distribuição dos coeficientes de mortalidade por neoplasias malignas por sexos e grupos etários — Recife

Mediana de decênio 1956-1966

Coef. p/100.000 hab.

G. etários	MASCULINO		FEMININO	
	N.º óbitos	Coef.	N.º óbitos	Coef.
— 1	1	6,95	1	5,91
1 — 4	1	9,49	3	4,03
5 — 9	3	7,50	3	6,38
10 — 14	2	5,56	1	2,36
15 — 19	5	13,36	7	15,14
20 — 29	6	7,87	16	18,46
30 — 39	17	32,62	34	55,45
40 — 49	30	92,28	61	159,49
50 — 59	53	281,82	70	316,86
60 — +	105	768,27	106	659,74
GERAL	223	52,61	322	70,96

sagem das anotações para a ficha modelo Mcbee, contendo as informações mínimas básicas.

Pretendemos realizar neste ano e no próximo a cobertura de toda a área de atuação do Registro na 1.^a etapa do trabalho, que é o Município do Recife, partindo, então, com a experiência e recursos conseguidos, para a ampliação progressiva do campo de atuação.

O Registro está instalado em três salas de um pavilhão recém-construído (fotografias inclusas) anexo à Cadeira de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco, tendo a Faculdade contribuído com o seguinte material:

- a) 5 bureaux
- b) 1 estante
- c) 2 mesas para máquina

- d) 1 sofá
- e) 1 fichário grande com 4 gavetas
- f) 1 fichário pequeno com 4 gavetas
- g) 1 máquina de escrever Olivetti carro grande
- h) 1 máquina de escrever Olivetti carro médio
- i) 1 máquina de calcular Divisuma
- j) 3 cadeiras giratórias
- l) 8 cadeiras tipo gerdau
- m) 1 aparelho de ar condicionado.

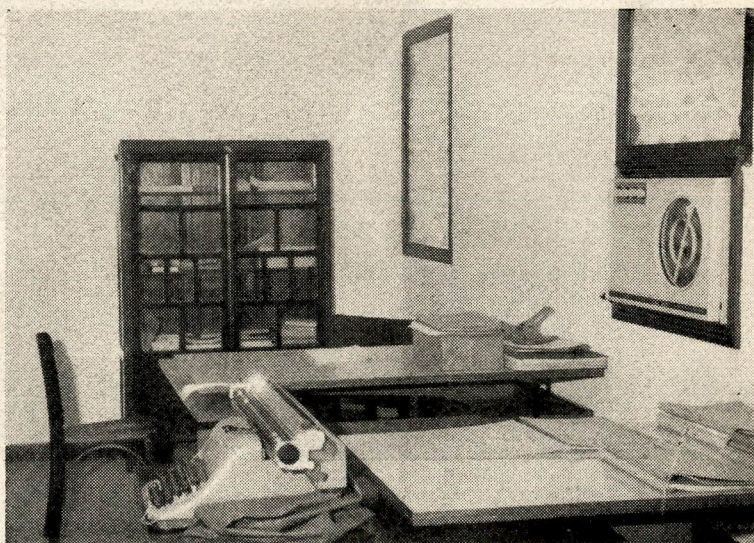
Além dessa cooperação recebeu um auxílio de NCr\$ 10.000,00 do Serviço Nacional de Câncer, importância essa que está sendo dispendida com a impressão de fichas, aquisição de utensílios e de material de expediente, suplementação de salários e despesas diversas de pronto pagamento.

TABELA VI

Distribuição dos óbitos por neoplasias malignas por grupos de idade e sexo, segundo a localização.
Recife — triênio 1964, 1965 e 1966

G. Etário	— 1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-29		30-39		40-49		50-59		60 +		Total				
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	Geral		
Localização sexo																									
Cavidade bucal e farínge (140-148)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	1	7	5	11	—	—	20	19	39	2,62%
Órgãos digestivos e peritônio (150-159)	—	—	1	1	—	—	—	—	1	—	3	8	14	17	29	41	54	66	152	—	231	285	516	34,70%	
Aparelho Respiratório (160-165)	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	4	4	6	22	7	18	4	25	—	85	46	131	8,81%	
Mama e órgãos gênito-urinários (170-181)	1	—	2	—	—	—	—	1	1	—	3	15	4	62	5	114	15	115	134	—	79	441	520	34,97%	
Tecido linfático, órgãos hematopoiéticos (200-205)	—	2	5	5	5	4	4	3	3	4	9	6	6	5	15	5	15	6	23	—	85	47	132	8,88%	
Outras localizações 190-199)	—	—	4	1	3	2	1	4	3	—	2	4	3	10	10	10	13	9	43	—	63	83	149	10,02%	
Soma	1	2	12	7	8	7	5	8	9	4	17	37	31	101	84	178	122	205	275	375	533	924	1.487		
%	0,07	0,13	0,81	0,47	0,54	0,47	0,34	0,54	0,61	0,27	1,14	2,49	2,08	6,79	5,65	11,97	8,20	13,79	18,49	25,22	37,83	62,14	100,00		

1. Órgão Assistencial
2. Registro n.º
3. Biópsia n.º
4. Nome
5. Nome do Pai
6. Nome da Mãe
7. Estado civil
8. Nacionalidade
9. Naturalidade
10. Nome do Cônjuge
11. Idade
12. Sexo
13. Cór
14. Residência
15. Gestações: simples gemelar
16. Diagnóstico
17. Localização: primária secundária
18. Data 1.º sintoma
19. Data 1.ª consulta médica
20. Data 1.º atendimento hospitalar
21. Data início 1.º tratamento
22. Método usado no 1.º tratamento
23. Evolução e tratamento
24. Seguimento
25. Observações
26. Necrópsia n.º Causa Mortis



Vista parcial da
Secretaria do Registro
de Câncer de Pernambuco



Vista do prédio onde está instalado o
Registro de Câncer de Pernambuco

REGISTRO DE CÂNCER
DE
PERNAMBUCO

CONSELHO
DELIBERATIVO
(representantes)

SERVIÇO NACIONAL DE
CÂNCER
SECRETARIA DE SAÚDE
CATEDRA DE ANATOMIA
PATOLOGICA DA F.M.U.F.P.
CATEDRA DE CANCEROLOGIA
DA F.C.M.P.
SOC. PERNAMBUCANA DE
COMBATE AO CÂNCER

GRUPO
EXECUTIVO

SECRETARIA
COLETA DOS DADOS DE
MORTALIDADE
COLETA DOS DADOS DE
MORBIDADE
ESTUDOS E PESQUISAS
SEGUIMENTO

CONSELHO
CONSULTIVO
(comitês)

NOMENCLATURA
Ca DO AP. DIGESTIVO
Ca DO AP. REPIRATORIO
Ca DO AP. GENITO-URINARIO
Ca DO SISTEMA LINFATICO E
HEMATOPOIETICO
Ca DO SISTEMA NERVOSO
CENTRAL
Ca DA CABEÇA-PESCOÇO
CANCER DA PELE
Ca DOS OSSOS E PARTES
MOLES
Ca GINECOLOGICO

5 4 3 2 1 PE B G M 7 4 2 1 7 4 2 1 7 4 2 1 7 4 2 1 U
ESTADO CIVIL Nt Ne G Sx

PRENOME E NOME SOBRENOME

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

NOME DO CÔNJUGE

RESIDÊNCIA

FICHA REGISTRO (S)
ORGÃO ASSISTENCIAL

NASCIMENTO (D) 19.....
IDADE ANOS

SEXO (S) MASC. M FEM. GESTAÇÕES: SIMPLES GS GEMELAR GG

NACIONALIDADE (S) BRASILEIRO B PAÍS: ESTRANGEIRO PE OUTRA

NATURIDADE (S) PERNAMBUCANO CASADO 2 AMIGADO 3 DESQUITADO 4 VIUVO 5

ESTADO CIVIL (S) SOLTEIRO 1 ESTADO 3

DATA 19.....
DIA MÊS

NATUREZA 1.º SINTOMA
1.ª CONSULTA MÉDICA
1.º ATENDIMENTO HOSPITALAR
INÍCIO DO 1.º TRATAMENTO

LOCALIZAÇÃO

MÉTODO USADO NO 1.º TRATAMENTO (I)

1 CIRURGIA RADICAL 4 RADIOTERAPIA 7 QUIMIOTERAPIA
2 CIRURGIA PALIATIVA 5 ISOTOPOS RADIATIVOS (SISTÊMICO) 8 OUTRO
3 CIRURGIA EXPLORADORA 6 HORMONIOS 9 NÃO TRATADO

SE NÃO TRATADO. (I)
1 MUITO AVANÇADO
2 DESCONHECIDO A NECROPSIA
3 OUTROS MOTIVOS
4 DESC. POR DECLARAÇÃO DE ÓBITO

U. F. P. - REGISTRO DE CANCER DE PERNAMBUCO

RE 6612

3 2 1 4 3 2 1 NS 7 4 2 1 7 4 2 1 7 4 2 1
R I ESTABDO MÊTODODO SOBRENOME

10 NS 7 4 2 1 10 NS 7 4 2 1

DIAGNÓSTICO FINAL LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA (S)

01	140	149	11	185	187
02	150	154	12	188	189
03	155	150	13	150	—
04	160	163	14	191	192
05	170	—	15	193	194
06	171	173	16	195	109
07	174	—	17	200	203
08	180	182	18	204	209
09	183	—	19	210	239
10	184	—	—	—	—

LOCALIZAÇÃO SECUNDÁRIA

SE DESCONHECIDA A PRIMÁRIA

ESTADIAMENTO (D)

I II III IV

OBSERVAÇÕES

EXAME HISTOLÓGICO (E)

SIM	S	NÃO
BIÓPSIA		
SERVIÇO		
N.º		

ÓBITO (E)

SIM	S	IG
EM	—	19

CAUSA MORTIS (E)

1	CÂNCER
2	SEM EVIDÊNCIA
3	IGNORADA

NECROPSIA (E)

FEITA	S	NÃO
SERVIÇO		
N.º		

DIAGNÓSTICO FINAL (S)

1	CARCINOMA
2	- INDIFERENCIADO
3	- ADENO CARCINOMA
4	- EPIDERMÓIDE
5	- OUTRA
6	SARCOMA
7	MISTO
8	TUMOR DE TECIDO NERVOSO
9	TERATOMA E AFINS
10	OUTRO

SEGUIMENTO (E)

SIM	S	NÃO
ANOS APÓS 1.º TRAT. (E)	EXAME	TRAT. T N M
	DIA MÊS ANO	N.º
01		
02		
03		
04		
05		
07		
10		
15		

JULGAMENTO (E)

1	C/ COMPROVANTE ANATOMO PATOLÓGICA
2	" " CLÍNICO RADIOLOGICO E LABORATORIAL
3	" " " " " "
4	SEM " " NEM LABORATORIAL

MECANÁLISE S. A. - SISTEMA MCBEE KEYSORT - PAT. INV. 41.077 - MOD. 1.566 - 2/67

R 4 7 4 2 1 7 4 2 1

IV III II I ESTADIAMENTO

NE. 6617



ARISTIDES PINTO COELHO ⁽¹⁾

**IX CONGRESSO
INTERNACIONAL
DE CÂNCER ⁽²⁾**

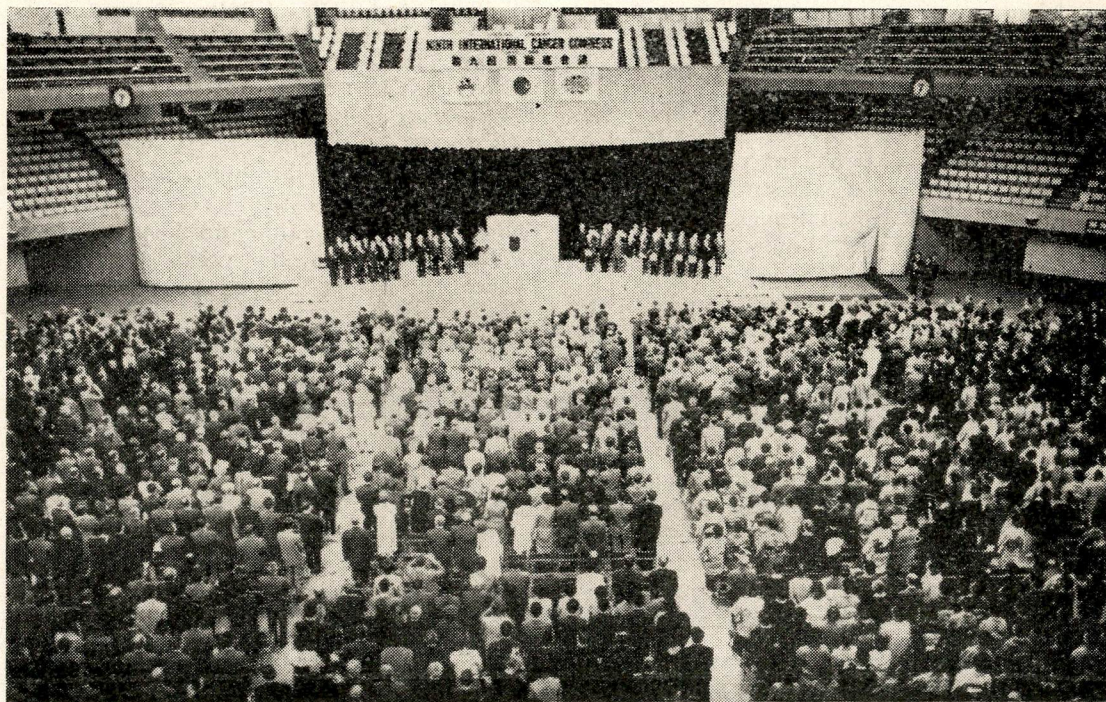
(Tóquio, 23 - 29, Outubro, 1966)

(1) Professor de Bioquímica da Universidade do Estado da Guanabara e Radiobioquímico do Instituto Nacional de Câncer.

(2) Relatório apresentado à União Internacional Contra o Câncer, à Universidade do Estado da Guanabara e ao Instituto Nacional de Câncer.

O símbolo oficial do Congresso, inspirado no caranguejo desenhado em punho de antiga espada agora no Museu de Tóquio.

Figura 2 — Vista central do Nippon Budokan, com mais de 5.000 pessoas presentes, no momento da execução do Hino Nacional Japonês, na Sessão Inaugural do IX Congresso Internacional de Câncer, presidida por Suas Altezas Imperiais.



Na qualidade de bolsista selecionado pelo Comitê de Seleção da União Internacional Contra o Câncer, de Delegado Oficial do Brasil e de Representante da Universidade do Estado da Guanabara, tive a honra de comparecer ao IX Congresso Internacional de Câncer, quando, ao lado de outros 4.499 cientistas, pude colaborar nos trabalhos destinados à elucidação e ao combate à complexa anomalia biológica, que acarreta o terrível mal.

Como preâmbulo a êste relatório, peço vênha para recordar algumas das brilhantes conquistas do magnífico povo japonês no campo da Cancerologia, o que servirá de sugestivo condicionamento para se aquilatar do evoluído espírito científico e grau de organização do grande povo e, em particular dos dirigentes do Congresso.

Assim é que, desde a alquimia taoista, até os tempos modernos, a ciência japonesa tem demonstrado invulgar pioneirismo na

aquisição de conhecimentos em sua aplicação para o bem da humanidade. Lembra-rei, a título de ilustração, que já em 1805, SEISHU HANAOKA, cirurgião de Kishu, inventou um anestésico (41 anos antes do americano W. MORTON, considerado o pai da anestesia), denominado Mafutsusan, com base em extratos de duas plantas: **Datura metel L.** e **Aconitum Chienese Sileb**, conseguindo realizar exitosa mastectomia em seio canceroso, 89 anos antes dos americanos HALSTED e MEYER realizarem operação similar no Ocidente. Outros notáveis feitos da ciência japonêsa ocorreram, por exemplo, quando, o Dr. KATSUSABURO YAMAGIWA (1915), professor de Patologia da Universidade de Tóquio e seu assistente, Dr. KOICHI ICHIKAWA, conseguiram produzir câncer, experimentalmente, pela primeira vez, esfregando alcatrão em pele de ratos (ao contrário do que se acreditou ao se doar o Prêmio Nobel ao dinamarquês J. FIBIGER, em 1913, por produzir tumor demonstrado, posteriormente, como não canceroso), ou quando o Dr. TOMIZO YOSHIDA, em 1943, criou o conhecido tumor de YOSHIDA, em que as células de câncer, flutuando no líquido abdominal, podem ser transplantadas de um hospedeiro para outro, ou quando o Dr. KUNIO OOTA, produziu, por vez primeira, câncer do pulmão em caráter experimental (1963), ao alimentar ratos com N-nitrosodimetilamina, ou ainda, quando, Dr. WARO NAKAHARA (1948), Chefe do Instituto de Câncer, separou uma toxina do câncer, que denominou Toxohormônio.

Pelas rápidas pinceladas acima pode-se avaliar minha emoção gigante ao chegar a Tóquio e me congregar com o Dr. TOMIZO YOSHIDA, Presidente do Congresso, com o Dr. KUNIO OOTA, secretário geral, com o Dr. SEVERO OCHOA, da Universidade de NEW YORK, prêmio Nobel de Química, de quem tive a honra de ser aluno de Enzimologia em 1957, com o Professor NIKOLAU N. BLOKHIN, da URSS, recém-eleito Presidente da União Internacional Contra o Câncer (UICC), com o então Presidente da UICC, Sir ALEXANDER HADDOW, também Presidente do Comitê que apontou meu

nome como um dos beneficiários de bolsa da UICC, com o Dr. MIGUEL SICCA, único Delegado do Uruguai e meu ex-aluno de Radioisótopos, em Curso Internacional no Rio de Janeiro e com todos os demais membros das Delegações de 61 países, que acorreram à bela Capital do Sol Nascente.

Quero citar, ainda os congressistas que abrilhantaram a Delegação Brasileira, com os quais tive a satisfação de conviver em excelente camaradagem e, entre os quais, destaque, pela oportunidade de maior convívio:

Dr. Jorge de MARSILLAC, do Instituto Nacional de Câncer, Chefe, de fato e de direito, de nossa Delegação, com brilhante atuação por todo o Congresso. Dr. Antônio Carlos JUNQUEIRA, do Instituto Central A. C. Camargo de São Paulo. Dr. Oswaldo da Cruz LEITE, da Clínica de Câncer do Hospital de Cirurgia de Sergipe. Dr. Jean BITTAR, Diretor do Instituto "Ofir Loiola" de Belém, Pará. Dr. Jaime de Queiroz LIMA, da Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer, Dr. Hiram LUCAS, do Instituto Nacional de Câncer. Dr. Mauro Velho de Castro FARIA, do Instituto Nacional de Câncer.

Citação à parte para as ilustres D. Carmen PRUDENTE, paladina na luta contra o Câncer no Brasil e D. Heloisa de MARSILLAC, dignas representantes da mulher brasileira no Congresso.

Com referência a minha participação direta no Congresso, apresentei o trabalho, Ionizing Radiations and Carcinogenesis in Brazil, em co-autoria com o Dr. Moacyr SANTOS SILVA, diretor do Serviço Nacional de Câncer, o qual está publicado nos Anais do Congresso, bem como, compareci a excelentes reuniões sobre Bioquímica do Câncer e sobre Radiações Ionizantes e Carcinogênese. Merecem destaque especial as cinco grandes Conferências do Congresso, proferidas pelos maiores especialistas do mundo, assim discriminadas:

Outubro

- 24 — Bases Moleculares da Transmissão da Mensagem Genética — Professor Severo OCHOA (U.S.A.)

- 25 — Virus em Carcinogênese — Dr. Renato DULBECCO (U.S.A.)
- 27 — Imunologia e Câncer — Dr. George KLEIN (Suécia)
- 28 — Aspectos Citogenéticos do Câncer — Dr. Jérôme LEJEUNE (França)
- 29 — Variação, in situ, do Câncer do Trato Alimentar no homem e em animais experimentais como índice de várias etiologias — Dr. Harold L. STEWART (U.S.A.)

Em sua Conferência sobre Biologia Molecular o Professor Severo OCHOA apresentou excelente revisão sobre o papel fundamental dos ácidos Desoxiribonucleico (DNA) e Ribonucleico (RNA) nos mecanismos de cancerização. Assim é que a informação genética dos organismos vivos e dos vírus de DNA está contida em uma das duas cadeias do DNA.

O DNA dirige a síntese do RNA mensageiro especial, que leva transcrita a informação genética. Este RNA é a réplica exata da cadeia de DNA, (que contém a informação genética) e regula a síntese das proteínas segundo as características especificadas pelo modelo DNA original. As experiências genéticas mostram que uma sucessão linear de desoxiribonucleotídios no DNA determina uma sucessão correspondente de ribonucleotídios no RNA mensageiro e que este dirige, por sua vez, a síntese das cadeias polipeptídicas, segundo uma ordem determinada de aminoácidos. Assim, a "linguagem de 4 letras" (as quatro bases) dos ácidos nucleicos se traduz em "linguagem de 20 letras" (os 20 aminoácidos) das proteínas.

A formação de cadeias polipeptídicas tem lugar nos ribosomas, à medida que elas migram ao longo do mensageiro. Os aminoácidos são capturados no ponto de síntese em uma forma ativada e ligada às moléculas de um RNA especial chamado "de transferência", cada uma das quais é específica de um dos 20 aminoácidos.

A partir de bactérias, reticulócitos e outras células, é possível obter sistemas acelulares de síntese de proteínas. Tais sistemas estão constituídos por ribosomas e líquidos sobrenadantes que, entre outras substâncias, contêm diversas enzimas solúveis necessárias ao processo. Administrando-se RNA de transporte, ATP, GTP e RNA mensageiro aos sistemas, estes podem sintetizar proteínas específicas de um determinado RNA mensageiro; por exemplo, proteína de envoltura viral, quando se usa RNA mensageiro viral. Os mensageiros naturais podem ser substituídos por polinucleotídios "sintéticos", cuja composição de bases seja conhecida. Por exemplo, o "poli U" (ácido poliuridílico — RNA sintético contendo somente uma base, a Uracila, repetida grande número de vezes) dirige a síntese da polifenilalanina e, o "poli A", a da polilisina. Os polinucleotídios cuja sucessão de bases é aleatória, como o "poli UG", dirigem a síntese dos polipeptídios que contêm, entre outros aminoácidos, fenilalanina, cisteína, valina e triptófano. Tais observações ajudam a decifrar a chave genética, já que mostram que UUU e AAA são, respectivamente, "os "codons" (unidades de código) da fenilalanina e da lisina, enquanto que os tripletos que contêm 2U e 1G ou 2G e 1U são "codons" da cisteína, da valina, da glicina e do triptófano. Há dois anos se conseguiu, com o emprêgo dos polinucleotídios sintéticos, estabelecer a composição das bases de uns 50 "codons". É evidente que existe mais de um "codon" para cada aminoácido, o que parece indicar uma redundância da chave genética, ou uma chave "degenerada". A sucessão das bases nos diferentes "codons" tem sido estabelecida recentemente mediante o estudo de:

a) o laço específico de RNA de transferência, aminoacilado, aos ribosomas em presença de trinucleotídios cuja composição de bases seja conhecida.

b) a síntese de polipeptídios, com polinucleotídios "mensageiros" artificiais, cuja sucessão de bases seja alternante. O poli

UG, por exemplo, que contém "codon" UGU e GUG, determina a síntese de polinucleotídeos compostos, exclusivamente, de cisteína e de valina.

Uma vez conhecidos, in totum, os mecanismos de reprodução celular, com a decifração do código genético, estudos cujos últimos progressos são resumidos aqui, segundo a brilhante conferência do Professor OCHOA, será possível interferir na transmissão dos caracteres genéticos e controlar, ou prevenir, a multiplicação acelerada e sem limites, principal característica biológica da célula cancerosa.

O Professor DULBECCO ressaltou a importância da existência de dois tipos de vírus tumorais: os que contêm RNA e os que contêm DNA. Entre os vírus oncogênicos de RNA os do sarcoma de ROUS (sarcoma sólido da galinha) foram convertidos no modelo clássico para o estudo da oncogênese viral, por possuir grande capacidade de adaptação aos cultivos celulares de embrião de pinto, as células infectadas pelos vírus de ROUS sofrem uma "transformação", i. e., uma modificação de sua morfologia e de seu comportamento "social". Inoculadas no animal, tais células transformadas se comportam como células cancerosas, o que demonstra que a transformação *in vitro* é equivalente à indução de câncer no animal.

Dessa Conferência, quero ressaltar aqui as observações, baseadas no fato já demonstrado, de que a "transformação" de uma célula por um vírus se deve à ação dos gens virais, que penetram na célula. Prova tal assertiva o fato de que o DNA purificado de diversos vírus provoca uma transformação indiferenciável da causada pelo vírus inteiro correspondente. Comprovou-se, também, que a morfologia das células transformadas pelo vírus de ROUS se modifica em consequência de mutações no genoma viral. Logo, o primeiro problema no estudo da carcinogênese viral é o da genética dos vírus, o qual pode ser abordado com o auxílio de vírus muito pequenos, como o do po-

lioma e o SV40 (simian vacuolated agent), que contém cerca de meia dezena de gens, somente.

Numerosos trabalhos revelaram certas funções novas em células transformadas ou "infectadas produtivamente" pelo vírus do polioma ou SV40, a saber:

1) a síntese das proteínas da envoltura viral durante a multiplicação citocida.

2) a síntese de um novo antígeno (HUEBNER) no núcleo da célula transformada ou infectada e produtora do vírus (antígeno tumoral).

3) uma função necessária para a síntese de DNA viral, que aparece alterada em mutante isolado por FRIED.

4) uma função que determina, nas células infectadas e produtoras de vírus, a recuperação da síntese do DNA celular e das enzimas relacionadas com ela, antes que o vírus mate ditas células (indução).

5) provavelmente a determinação de uma timidinaquinase viral.

6) a determinação de um antígeno de transplante na superfície das células transformadas.

7) no caso do SV 40, uma função que lhe permite "manter" a multiplicação do adenovírus nas células do *Cercopithecus callitrichus*.

Pode-se prever que, uma vez esclarecido o mecanismo molecular da carcinogênese, os trabalhos atualmente em curso permitirão precisar as diferenças fundamentais entre a célula normal e a célula cancerosa, cujo conhecimento permitirá novas medidas na prevenção e no tratamento do câncer.

Em sua Conferência sobre os aspectos imunológicos do câncer, o Professor KLEIN recordou que, em fins do século passado, foi descoberta a eventual possibilidade de se transplantar, por enxerto de células inteiras de um animal para outro, tumores ulcerantes espontâneos. Atualmente são conhe-

cidas algumas destas cêpas de tumores transplantáveis, pelo nome de seus descobridores (carcinomas de ERLICH, de JENSEN, de WALKER etc.).

Verificou-se, ainda, que era possível proteger os animais receptores contra êstes enxertos tumorais, tratando-os previamente, com células tumorais, lisadas ou alteradas, ou inclusas com um pequeno número de células viáveis, que não "pegavam".

Na década de 1920-30 conseguiu-se criar ratos cujas raças estavam próximas do estado isogênico perfeito, cuja uniformidade genética ensejava a obtenção de enxertos cutâneos em 100% dos casos (como nos gêmeos vitelinos). Comprovou-se, portanto, que a noção de tumor "transplantável" e "não transplantável" não coincidia com os resultados experimentais, segundo os quais todos os tumores eram transplantáveis. Por outro lado, não era possível imunizar estas cêpas como se fôsem hóspedes geneticamente distintos. Demonstrou-se, então, que os transplantes de tumores são regidos pelas mesmas leis dos transplantes de pele e que estas leis são de caráter imunogenético e dependem da segregação de fatores genéticos múltiplos, que determinam a especificidade antigênica de um grande número de componentes celulares. Tais componentes são, atualmente, conhecidos com o nome de "antígenos de transplante".

A base imunológica do mecanismo de rechaço tem sido demonstrada de distintas maneiras. Por exemplo, as células dos gânglios linfáticos de animais pré imunizados com células tumorais são capazes de lesionar ou neutralizar as células contra as quais tenham sido sensibilizadas, quando umas e outras são misturadas *in vitro* e, a sobrevivência das células neoplásicas, pode ser determinada por inoculação contra animais receptores. Em certos casos, especialmente com as células do tipo do linfoma ou da leucemia, foi possível demonstrar a presença de anticorpos tumorais por técnicas de citotoxicidade ou de imunofluorescência ou, quando êstes méto-

dos não funcionavam, por "reforço imunológico".

Normalmente, os tumores provocados quimicamente apresentam diferenças individuais de especificidade antigênica, ainda quando tenham sido provocados em um mesmo individuo, no caso dos tumores múltiplos.

Um fenômeno paradoxal tem suscitado grande interesse nos últimos anos: trata-se do "reforço imunológico", i.e. a imunização contra um antígeno específico de tumor pode facilitar e não inibir o crescimento das células tumorais transplantadas anteriormente e portadoras dos mesmos antígenos. Este mecanismo parece depender da relação entre a formação de anticorpos tumorais e a intervenção das reações defensivas do hospede através da célula. O fenômeno se produz quando a célula neoplásica é parcial ou totalmente resistente à ação citotóxica dos anticorpos tumorais, o que costuma ocorrer, sobretudo, quando as células tumorais são de grandes dimensões, como no caso dos carcinomas e sarcomas experimentais.

Pelo ligeiro resumo pode-se avaliar a complexidade das experimentações imunológicas, demonstrando que nunca se insistirá bastante em que sua aplicação deve ser feita com os mesmos critérios de rigorosa objetividade, que devem presidir todo trabalho de investigação científica.

Em sua análise cromossomal no estudo das neoplasias o Professor LEJEUNE recorda a hipótese segundo a qual as lesões cromossômicas têm uma relação precisa com os fenômenos neoplásicos, emitida por BOVERI, em 1914 e modificada por WINGE, em 1930.

As tentativas de classificação das anomalias cromossômicas em função do tipo de câncer são muito escassas. Progrediu-se muito, entretanto, na análise cariotípica das proliferações malignas do sistema médulo-sanguíneo. Desde 1960 (NOWEL e HUNGERFORD), sabemos que a leucemia mielóide crônica apresenta a perda de uma

parte do braço maior de um dos cromosomas do grupo G, talvez do 21. Esta lesão cromossômica é muito constante em dita afecção. Tanto no curso das transformações blásticas da leucemia mielóide crônica, como nas lesões mielóides agudas, têm sido identificadas outras alterações cromossômicas relacionadas, principalmente, com os cromosomas do grupo C e do grupo E. Já foram assinalados dois outros possíveis casos de "variantes comuns": no câncer do ovário (LEJEUNE e BERGER, 1966) e no teratoma testicular (HAINES, 1966). Cabeira, então, a pergunta: as anomalias cromossômicas são a causa ou a consequência do câncer?

Se se admite que a hipótese cromossômica representa uma parte da realidade nos mecanismos de cancerização, há necessidade de se demonstrar três pontos fundamentais: a existência de variantes comuns, de uma evolução clonal progressiva e de seleção por combinações cromossômicas proibidas (i.e., que levaria à degeneração e morte da célula). Satisfeitas essas três exigências, a Citogenética, em lugar de se limitar a acumular dados morfológicos, poderia se converter em um completo meio de investigação.

Em sua Conferência sobre a variação das localizações dos cânceres digestivos no homem o Dr. STEWART analisou os diversos fatores considerados predisponentes do câncer no trato digestivo lembrando, por exemplo uma possível relação entre cirrose hepática e câncer do esôfago, bem como, outras possíveis causas como o álcool, o tabaco, o betel e a ingestão de alimentos muito quentes. Foi admitido, na África do Sul (ROSE, 1966) que certos compostos nitrosos encontrados em plantas provenientes de solo pobre em molibdênio e utilizadas pelos bantus, possam ter ação causal. Com relação ao câncer do estômago cabe assinalar a grande incidência no Japão, cujas razões talvez estejam no grande número de alimentos crus (especialmente peixes) ingeridos pelo povo japonês, bem como na sua parca alimentação láctea.

O fato de que as pessoas do grupo sanguíneo A padeçam mais freqüentemente do câncer gástrico faz pensar na existência de um fator genético na predisposição da enfermidade.

Das reuniões científicas de que participei gostaria de destacar, porque relacionada a meu trabalho, a que tratou do Risco Cancerígeno das radiações no Homem. Nessa reunião foi dada especial atenção ao fato da considerável existência de leucêmicos e de cancerosos de tireóide entre os sobreviventes das explosões nucleares de Hiroshima e Nagasaki.

Das observações referentes à incidência de Leucemia entre os sobreviventes de Hiroshima, realizadas entre 1946 e 1955, WATANABE apresenta as seguintes conclusões:

1 — As mortes por leucemia em 100.000 habitantes foram em média, 3,99 (geral) e 9,11 (entre os situados num raio de 5.000 m do epicentro da explosão), valores estatisticamente mais elevados do que os das demais regiões do Japão.

2 — Essa incidência vem decrescendo lentamente nos últimos anos.

3 — A leucemia mielóide crônica é a forma altamente predominante entre os casos.

4 — Houve elevada incidência de leucemia entre os indivíduos que chegaram a Hiroshima no espaço de três dias após a explosão.

No capítulo do uso dos radioisótopos no diagnóstico do Câncer é digna de nota a contribuição de MONTE BLAU documentando o uso do F^{18} , como fluoreto, na localização de metástases ósseas. Esse íon, como o cálcio e o estrôncio, participa dos processos metabólicos na estruturação óssea e, portanto, também de sua má formação, permitindo estudar o mecanismo antes da lesão apresentar suficiente diferença de densidade para localização aos raios X. Além do mais, o F^{18} emite gama

de menor energia (0,51 Mev) do que o Ca^{47} (1,3 Mev) e tem meia vida física (111 min) muito menor do que o Sr^{85} (65d), o que permite seu uso em doses muito mais elevadas, com fácil detecção e sem irradiação excessiva do paciente.

Como se pode ver procurei, em meu relatório, dar maior ênfase à parte experimental, fugindo das inúmeras reuniões de aplicações clínicas e terapêuticas, que, além de se afastarem de minha especialidade, são conseqüência, mediata ou imediata, do trabalho experimental.

Desejo destacar a excelente organização do Congresso, em que tôdas as reuniões e comunicações aos congressistas se fizeram com o auxílio do rádio e de enormes painéis (em Inglês e Francês, as línguas oficiais). Digno de nota do senso de responsabilidade japonês é o extremado respeito aos horários pré estabelecidos para o qual as altas autoridades são os primeiros a concorrer. Assim, por exemplo, tôdas as seções e, até mesmo, as reuniões solenes e sociais, como a inauguração oficial do Congresso no Nippon Budokan e o Banquete Oficial, presididos por suas Altezas Imperiais, o Príncipe Akihito e sua espôsa Michico, se iniciaram e se encerraram à hora prevista.

Aproveitando a bolsa de viagem da UICC tive oportunidade de viajar 50.000 km, voando 75 horas e visitando as seguintes instituições:

- 1 — Institut Bérnard Roussy (de Câncer) — Villejuif — França
- 2 — Biblioteca e Pinacoteca do Vaticano e Laboratório Carlo Erba — Roma — Itália
- 3 — Biblioteca Nacional — Atenas — Grécia
- 4 — Museu de Arqueologia — Cairo — Egito
- 5 — Museu Arqueológico da Palestina — Jerusalém — Jordânia
- 6 — Universidade Americana — Beirut — Libano
- 7 — Museu Golestan — Teherã — Irã
- 8 — Biblioteca de Sher Sha — Delhi — Índia
- 9 — Museu Nacional — Bangkok — Tailândia
- 10 — Universidade de Hong-Kong — Hong-Kong
- 11 — Templo Kuan Yin — Macau — Portugal
- 12 — Universidade de Tóquio — Tóquio — Japão
- 13 — Universidade do Haváí — Honolulu — EE.UU.
- 14 — Universidade da Califórnia — Berkeley e UCLA — Los Angeles EE.UU.

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar, aqui, os maiores agradecimentos ao Dr. Moacyr SANTOS SILVA, Diretor do Serviço Nacional de Câncer, por indicar meu nome à União Internacional Contra o Câncer (UICC), como um dos prováveis candidatos à Seleção para as bolsas destinadas aos jovens pesquisadores em Cancerologia em nosso país; aos ilustres professores, Dr. Antônio PRUDENTE (com o qual tive a honra de trabalhar, quando de sua última gestão como Diretor do SNC), que tão cêdo se afastou fisicamente de nós e Dr. João Baptista PEGUEIRO do Amaral, pioneiro da Bioquímica no Brasil e meu incentivador de tôdas as horas, pela gentileza em cumprir exigência da UICC, enviando generosas informações sobre minhas atividades científicas.

Agradeço, especialmente, ao Comité de Seleção da União Internacional Contra o Câncer, presidido por Sir Alexander HADDOW, pela generosidade em aprovar minha bolsa com base no Curriculum Vitae, em trabalhos publicados e nas cartas pessoais dos dois grandes amigos citados acima.

Não posso deixar de registrar o alto espírito de justiça e de compreensão do Magnífico Vice Reitor da Universidade do Estado da Guanabara, o ilustre Professor Alvaro CUMPLIDO DE SANT'ANNA, bem como agradecer a boa vontade com que o renomado mestre encareou minha participação nesse Congresso.

**PIONEIROS DA LUTA
CONTRA O CÂNCER
NO BRASIL**

EVOLUÇÃO DA CIRURGIA BRASILEIRA

MARIO KROEFF

Vários foram os homens que entre nós se esforçaram para abrir caminho nessa luta ingrata, travada até hoje, contra o grande mal. Alguns procuraram acertar empregando uma ou outra das armas usuais. Mas luta contra o câncer, na verdadeira acepção da palavra, significa reunião de todos os elementos de ataque, articulados em ação conjunta, num objetivo médico-social de maior alcance, visando a defesa das massas. E a conjugação desses elementos — microscópio, bisturi, raios X, radium e eletrocirurgia, ao lado da propaganda — só foram congregados, nesta cidade, pelos fundadores do antigo Centro de Cancerologia, que era um pequeno pavilhão construído em 1936, ao lado do antigo Hospital Estácio de Sá. Foi oficializado em janeiro de 1937, com o nome de Centro de Cancerologia, por decreto do Presidente Vargas, com exposição de motivos que elaboramos. Fomos nomeado diretor em dezembro de 1937; a inauguração oficial realizada em maio de 1938; os primeiros doentes foram internados em 28 de setembro de 1938.

CENTRO DE CANCEROLOGIA

Os fundadores já mereceram, de certo, o título de pioneiros, porque seus nomes foram gravados em bronze, que foi colocado à entrada do Instituto-Hospital, construído à Praça da Cruz Vermelha, prolongamento natural da

quela célula matriz. A idéia para a primeira convocação e a coragem de empreender logo a luta coube ao mais entusiasta dentre eles, que avocou a si o toque de reunir. O mérito dessa iniciativa fica claro se recordarmos que na época, nosso meio era refratário a qualquer esforço econômico-social tentado contra doenças cancerosas. No povo, a incompreensão relativa ao mal; na classe médica, a descrença a respeito da cura; e, nas esferas governamentais, a indiferença no tocante ao grave problema. Não foi fácil a aceitação da idéia.

Antônio Prudente, o famoso cancerologista que tão de perto enfrentou o problema, em nosso País, ao transmitir em 30 de agosto de 1964, o cargo de Diretor do Serviço Nacional de Câncer, ao novo titular, Moacyr dos Santos Silva, declarou: "Afora o ensaio de algum tratamento esparso, nada existia organizado contra o câncer no País, em caráter de luta, com a reunião das três armas, ao lado da educação popular, quando se fundou o Centro de Cancerologia".

SERVIÇO NACIONAL DE CÂNCER

O Centro de Cancerologia cresceu, pelo trabalho de seus fundadores, conceituou-se logo na opinião pública e evoluiu num relativo aperfeiçoamento,

limitado naturalmente à escassez de espaço.

Por sua atuação, serviu logo para comprovar aos homens do Governo a necessidade de um órgão de maior amplitude, com raio de ação a todo o território nacional. E, mercê da insistência de seu Diretor, o Presidente Vargas sancionou o Decreto, de setembro de 1941, criando o S. N. C., baseado na exposição de motivos elaborada por nós. Se, com essa medida governamental, era vencida outra meta na luta contra o câncer no País, houve logo um tropeço no andamento da campanha, a ponto de quase esmorecer a têmpera dos combatentes.

DESPEJADO O S. N. C.

O Serviço foi despejado de seu Pavilhão, porque o Hospital Estácio de Sá passara ao comando da Polícia Militar, para ali ser instalado o seu órgão assistencial. Nessa época, em 1942, estávamos nos EE. UU., adquirindo radium, essa arma terapêutica que nos faltava. (A longa história da compra de um grama de radium nos EE. UU., foi contada em artigo publicado no J. B. M.).

Ao voltar, encontramos o Serviço transferido para um velho casarão da Lapa, à rua Conde de Lage, onde tudo era precário e inadequado. A *Via Crucis*, que daí se percorreu, foi de desanimar

qualquer fibra, de quem se dispusesse a realizar algo neste País. Empilhada nossa aparelhagem, a cirurgia era praticada em sala sem condições de higiene hospitalar. Admirável abnegação dos companheiros! Uns faziam, em seus próprios laboratórios, as análises necessárias: Francisco Fialho e Moacyr Santos Silva. Outros irradiavam os doentes, em suas clínicas privadas, como Osolando Machado, Evaristo Machado Neto realizava o diagnóstico radiológico, em seu próprio consultório. Que têmpera a deles, verdadeiramente de pioneiros. Ali, aguardamos, durante dois anos, uma solução para dias melhores, baseados nas promessas do Governo (compra do Hospital Gaffrée).

Por fim, já no Governo Linhares, o Serviço foi transferido para uma das dependências do Hospital Gaffrée-Guinle, em maio de 1946, a título de arrendamento.

Lá melhoramos. Com maior amplitude de ação e melhores instalações, com todos os seus departamentos em funcionamento, o S. N. C. entrou, de novo, em fase de boa produção técnica e organiza-se como centro de ensino e tratamento.

ORGANIZA-SE COMO ESCOLA, O S. N. C.

No regime de trabalho, merece referência especial a instituição da chama-

da "mesa-redonda", realizada cada dia, ao findar-se o movimento de ambulatório. Desnecessário acentuar o que isso representava de garantia para o doente, além das vantagens para os próprios médicos, que assim consolidavam sua experiência clínica, ficando sempre a par do movimento geral do Hospital. Só assim foi possível criar uma Escola de Cancerologia. Dali saiu esta pujante equipe dos técnicos adestrados no tempo do Gaffrée-Guinle. Êsses veteranos é que mantiveram o ritmo do progresso atual, formando a coluna mestra da nova Instituição. Dali saiu também uma plêiade de técnicos formados em Radioterapia, em estágios realizados na especialidade e hoje, dirigindo 21 Serviços espalhados pelo Brasil afora, adotando todos a Escola de Osolando Machado, chefe dessa Seção do S. N. C.

No Gaffrée-Guinle, também vários cursos de aperfeiçoamento em Cancerologia foram ministrados a médicos do País. Um ambulatório de Colposcopia e Citologia, em 1952, foi confiado a Turíbio Braz e a Edésio Neves, tudo em consonância com as tendências da época, visando ao diagnóstico precocíssimo do câncer ginecológico. Seguiu-se o exemplo dos pioneiros do método entre nós: Cláudio Goulart de Andrade (1940), J. Paulo Riepper (1942); Arnaldo de Moraes (1948). Ali, Brancoft Vianna, hoje urologista consagrado, viu

pela primeira vez um orifício ureteral pela cistoscopia, através de um antigo cistoscópio de visão indireta que havíamos trazido da Alemanha. Ali, Georges da Silva, hoje reputado cirurgião plástico, com trabalhos elogiados no estrangeiro, conheceu pela primeira vez, um enxerto tubular, já usado no Serviço para reparação das perdas de substância. Ali, Osolando Machado introduziu no Serviço de Radioterapia, o sistema dos moldes de gesso, preparados para localizar, na incidência dos raios, uma lesão situada em planos profundos. Dali, saiu uma publicação demonstrando a prática já introduzida no S. N. C., de Roentgengama, essa unidade que veio dar cunho científico à dosimetria das irradiações. Apareceu um órgão de publicidade, com edições regulares: a Revista Brasileira de Cancerologia inicialmente editada por Moacyr Santos Silva. Ali nasceu a Sociedade Brasileira de Cancerologia, fundada a 25 de julho de 1946. Tivemos a honra de ser o seu primeiro presidente, na companhia de Amadeu Fialho e Ugo Pinheiro Guimarães, respectivamente 1.º e 2.º Vice-Presidente, e Alberto Coutinho, Secretário Geral. Nasceu rica, com doações por nós angariadas, sendo a maior a do Comendador José Martinelli (cem mil cruzeiros) e Ulpiano Gil (vinte mil cruzeiros) e outras de amigos e clientes, o que na época, eram quantias elevadas.

No Serviço, sempre houve liberdade científica e os assistentes escolhiam os casos que desejavam estudar, como temas para suas publicações.

É justo acentuar também que nestas duas fases da Campanha contra o Câncer, desde o Centro até o período Gaffrée, sempre na frente de comando colocou-se Alberto Coutinho, no pôsto de Chefe de Clínica e depois como Diretor do Instituto. Foi um trabalhador devotado, em prol do aperfeiçoamento dos nossos serviços e dos métodos de trabalho. Amadeu Fialho prestou como patologista, valiosa e fundamental colaboração no S. N. C.

ELETRO-CIRURGIA

No Hospital Gaffrée, uma arma, entre as outras, teve especial aplicação: a eletro-cirurgia. Em 1926, assistíramos em Paris, no Hospital St. Louis, o emprêgo de um método de tratamento recém-descoberto: a diatermo-coagulação. Era aplicada na destruição de pequenas lesões superficiais da pele. Vislumbremos logo o alcance do método, se fôsse êle usado em sentido mais amplo, para cirurgia maior contra o Câncer externo, especialmente nas lesões avançadas. Com essa idéia, trouxemos da Europa, em 1926, um aparelho apropriado, o primeiro introduzido no Brasil. Como assistente do Serviço do Prof.

Brandão Filho, praticamos na Santa Casa, em maio de 1927, a primeira eletrocoagulação executada no Brasil. Tal foi o resultado alcançado, que o mestre se viu obrigado a proibir, no Serviço, operações dêsse gênero, devido à aglomeração de tanta gente interessada nesse tratamento. Defendemos tese de Livre Docência de Clínica Cirúrgica na Faculdade de Medicina, em 1929, escrevendo sôbre o assunto e baseado em casos operados em várias enfermarias da Santa Casa, carregando cada vez, daqui e dali, de volta ao consultório, os aparelhos, nos ombros dos serventes. O método logo se impôs e difundiu-se, na cirurgia brasileira. Eis a nossa primeira contribuição, no que concerne ao tratamento do câncer.

Mais tarde, cinco anos decorridos, mercê dos aperfeiçoamentos introduzidos por Franz Keysser, o método consagrou-se definitivamente na categoria de quarta arma de luta contra o câncer com indicações próprias, especiais, ao lado dos outros elementos clássicos de cura.

Em setembro de 1934, havíamos pronunciado na Sociedade de Medicina e Cirurgia, uma conferência sôbre o tratamento do câncer pela eletro-cirurgia. Pelas opiniões ali emitidas, pode-se avaliar a aceitação que teve o processo, por nós apresentado.

Carlos Botelho Jr. — “Não posso deixar de manifestar minha admiração pela cirurgia elétrica ao serem apresentados os próprios doentes, como testemunhas dos resultados obtidos, alguns operados já vários anos, sem recidiva. É incontestável o valor da eletro-cirurgia, quando manejada com perícia e ousadia conscienciosa de cirurgias especializados, como Keysser na Alemanha e Kroeff no Rio de Janeiro e Antônio Prudente em São Paulo. A cirurgia elétrica constitui, hoje, um recurso de alta valia contra o câncer, prático e eficaz”.

Maurity Santos — “A contribuição, que agora nos traz Mário Kroeff, não é uma simples comunicação, como anunciara, mas uma conferência fartamente documentada e de alto valor científico.

É um trabalho digno de figurar em qualquer dos meios mais cultos do estrangeiro. Alguns doentes, aqui apresentados, já há longos anos curados, estavam indiscutivelmente perdidos, mesmo com o emprêgo dos outros recursos terapêuticos e só se salvaram depois de submetidos à exérese ou à destruição eletro-cirúrgica de suas neoplasias. E para provar ao nosso colega a funda impressão que me causaram os resultados por êle obtidos com a diatermo-coagulação, prontifico-me a auxiliá-lo no que diz respeito aos seus enfêrmos indigentes. Ofereço para isso o meu serviço

hospitalar da Gamboa, ampliando-lhe assim o campo de ação, para seus estudos, tão dignos de acorçoamento”.

Leão de Aquino — Na Academia Nacional de Medicina, na sessão de 3 de outubro de 1935, assim se expressou sobre a eletro-cirurgia: “Ficamos realmente admirados, mesmo confortados, com os resultados das operações brilhantes, feitas pelo nosso colega Mário Kroeff. De fato, no problema do câncer, tudo o que se tem feito até hoje é uma interrogação. Diante, porém, de trabalho do ilustre acadêmico, perfeitamente documentado, uma grande esperança se abre para nós, cirurgiões, que não raro ficamos sem ação diante de casos como êsses. Se não fôsse a eletro-coagulação, êsses doentes morreriam certamente, não se sabendo mesmo qual a intervenção a fazer, pois que as do bisturi comum não dariam absolutamente resultado, em tais condições”.

Oscar Ivanissevich, de Buenos Aires. — “Con gran simpatia, lo recuerdo al leer su articulo sobre Tratamiento del Cancer per la eltro-cirugia. Creo que es ele el buen camiño. Adelante! Hay que seguir. Keysser es un ejemplo de decisión y de energia. Supere-lo Ud. en Brasil”.

Franz Keysser, de Berlim, a 1.º de julho de 1936, escrevia: “Os bons resultados na eletro-cirurgia só se podem esperar das mãos de um cirurgião que tenha boa experiência na cirurgia geral,

pois exclusivamente nessas condições é possível melhorar sua técnica especial, elétrica e também ampliar os limites de operabilidade, no câncer. Mário Kroeff, no Rio de Janeiro, possui casos originais. Usando de maneira geral os métodos empregados por mim, êle tem concorrido para o aperfeiçoamento e difusão da eletro-cirurgia, publicando trabalhos interessantes”.

APARELHOS

ELETRO-CIRÚRGICOS

Reproduzimos êsses conceitos, para corroborar na idéia que ainda sustentamos: A eletro-cirurgia não tem tido aplicação, entre nós, no seu devido valor. Às vêzes, as indicações próprias, em certos casos, são contornadas em favor de outros processos: radioterapia ou bisturi sangrento, com resultados inferiores. Nos EE. UU. não teve sua justa aceitação, porque a aparelhagem ali não tem tido ainda o potencial da dos alemães. Êles usam mais a fulguração simples, do que pròpriamente a boa coagulação profunda. Daí seus maus resultados. Um dos nossos casos apresentados referia-se a um processo original, estudado por nós.

RESSECÇÃO SEM OSTEOTOMIA

Em lugar de praticar a osteotomia clássica, sangrenta, com ressecção óssea

imediate, total ou parcial, a diatermia ataca *in loco*, tôda a porção afetada, coagulando os tecidos moles comprometidos e atingindo o esqueleto, sem provocar ressecção. A porção óssea atingida pelo eletródio diatérmico, necrosa-se, mas fica prêsa entre os segmentos vizinhos por algum tempo, em aparente integridade. Só tardiamente, ao cabo de um mês, mais ou menos, é que o seqüestro se desprende do osso vivo. Contribuindo para conservar a continuidade do eixo ósseo, o seqüestro dá tempo a que a reparação natural da substância óssea se processe, por baixo da parte queimada. Forma-se primeiro uma ponte de tecido conjuntivo, que, depois se ossifica lentamente. (Processo M. Kroeff, publicado por Alberto Coutinho).

H. Bordier, de Lyon. — “C'est un fait nouveau en chirurgie osseuse que le séquestre de coagulation diathermique puisse servir de prothèse pour conserver la continuité du squelette. C'est une conception nouvelle dans la chirurgie des os bien établie par le Dr. M. Kroeff”. (Archives d'Electricité Médicale et Physiothérapie du Cancer. Paris, Nov. 1935).

Eduardo Rabelo, autoridade em matéria de tratamento de câncer cutâneo, pelo radium, refere-se à diatermo-coagulação: “É um recurso cirúrgico na terapêutica do câncer. Os nossos cirur-

giões não têm dado a importância que o processo merece”.

Harvey-Cushing, escrevendo a *Keysser*, disse: “I personally feel that the method promises to be one of the most important contributions to surgical technique that has been introduced in the present generation. As was found by *Lister*, surgeons in general are slow to accept new methods, and it will be long before the full value of electro-surgery is widely appreciated and utilized”.

Enfim, julgamos ter contribuído para a divulgação da eletro-cirurgia, entre nós, e, dentro de seus próprios recursos, criado, pessoalmente, um método original de tratamento, na esfera do câncer ósseo.

EXPOSIÇÃO EDUCATIVA

No setor da propaganda, as nossas exposições educativas tiveram papel importante. A primeira foi apresentada ao público em novembro de 1948, na loja do Edifício Darke, à Avenida Treze de Maio, com recursos obtidos do Jôquei Clube Brasileiro, porque o S. N. C., não dispunha de verba. Para dar uma idéia da repercussão que teve no espírito do público em geral, basta citar algumas das muitas impressões que ali ficaram registradas no livro de presença. Insistimos na publicação para comprovar uma tese ainda discutida. Deve-se ou

não impressionar o povo? Vejamos as opiniões:

David de Sanson, Presidente da Academia Nacional de Medicina: “O eminente colega e apaixonado em bem servir a humanidade não podia fazer campanha mais inteligente e mais eficiente”.

Alvaro Ozório de Almeida, cancerologista afamado: “Grande trabalho, de um grande chefe e de auxiliares abnegados”.

Dr. Newton Ferreira Pires: “A exposição que acabamos de percorrer é, antes e acima de tudo, uma obra eminentemente educativa e popular. Ensina, esclarece e orienta, mesmo aos leigos, como eu. E, também mostra o quanto já tem feito entre nós, o Serviço Nacional de Câncer”.

Dr. Carlos Saischel, químico da Venezuela: “Ademas de una perfección artística en cuanto a la elaboración de la mas perfecta exhibición científica y de divulgación que nunca habia observado en mis viajes per países de America del Sul, es una verdadera catedra de Canceroologia, al alcance de todos.”

Wilson Jardim Neves: “A primeira condição é que impressione. E impressiona pelo realismo das fotografias, pelas magníficas ceroplastias que nos fazem ver, ao vivo, as deformidades que atormentam os cancerosos. Em boa hora, o Ser-

viço Nacional de Câncer realizou esta exposição que alertará certamente o nosso desnordeado público contra essa insidiosa moléstia. Exposições, nos moldes desta, devem ser promovidas para que o povo saiba da freqüência e perigo dos males que afligem a humanidade. A imagem é muito forte. Tenho certeza que no espírito popular terá causado funda e benéfica impressão. Eu já disse através de meu comentário na Emissora Continental e ressaltai essa obra meritória na luta contra o câncer, liderada por Mário Kroeff, a quem todos tributamos tanta admiração”.

Nós, pessoalmente, achamos que, se deve mostrar o flagelo ao vivo, sem medo de criar a cancerofobia. Essa existe, já na porcentagem dos nevropatas que têm medo de tudo na vida. Êsses atingem apenas a 10% da população.

Edmar Morel, jornalista: “Um Mário Kroeff é pouco neste Brasil com 60.000 cancerosos. Uma exposição contra o câncer também é pouca neste País onde o problema do câncer é visto com medo e vergonha. Compensa, entretanto, a certeza de que, em breve, povo e governo compreenderão a campanha humanitária de combate ao câncer, prestigiando a obra de Mário Kroeff e de seus companheiros de jornada”.

Vejam o que escreveu um Magistrado:

Dr. José Sena Waldeck, Juiz de Direito: — “Foi com a mais viva satisfação que, em companhia de meus filhos, visitei a exposição de câncer, realização devida aos esforços de um núcleo de brasileiros que têm à sua frente a figura inconfundível de Mário Kroeff. Esta exposição é obra educativa e, como poucas, de defesa do patrimônio humano de nossa Pátria. Obra de verdadeiros brasileiros, de grandes patriotas, de criaturas que realmente fazem jus à gratidão de nossa gente. Oxalá o Governo do Brasil cuide enfim de pôr à disposição de Dr. Mário Kroeff recursos materiais e sobretudo econômicos de que o Brasil necessita para combater eficientemente o câncer, mal que se agrava dia a dia”.

Uma religiosa-educadora, Irmã Virginita do Rosário, O. P.: “Nada vi de mais perfeito em matéria de propaganda, quer no terreno puramente técnico, apresentando desenhos, fotografias e dados estatísticos de uma expressividade realmente admirável, digna de ser vista, quer no terreno científico ou cultural. Mas, acima de tudo quanto representa de grandiosidade material, técnica e científica, expressas de maneira tão feliz, está a demonstração do valor moral e cultural dos organizadores. Homens que se entregam desinteressadamente aos cancerosos, neste Serviço Nacional de Câncer. Penaliza-me ver que

esta vida dos "Campeões da Luta Contra o Câncer" seja ainda tão oculta e mal compreendido o seu trabalho. Esta exposição marcará época nos destinos da Medicina do Brasil. Como Religiosa-Educadora faço votos para que êstes beneméritos da humanidade sejam seguidos por muitos neste labor insano e dignificante. Sejam também ouvidos os seus conselhos, não apenas no Distrito Federal, mas em todos os recantos de um País, tão necessitado de cultura quanto o nosso. E, até em todos os países civilizados, para que êles saibam que no Brasil, onde há personalidades nobres quanto estas, especialmente, como a do prezado Dr. Mário Kroeff, também se avança a passos largos, em todos os setores, da atividade humana".

Por aí se vê que as opiniões são unânimes em apoiar êsse estilo de propaganda. Era preciso naquela época provocar um impacto emocional na opinião pública para chamar sua atenção sôbre o problema, então desconhecido. Nossos sucessores mudaram o estilo, tornando mais simbólicas e menos objetivas as suas exposições.

FILME EDUCATIVO

Um filme de longa metragem foi elaborado sob nossa supervisão: História da Medicina e Luta Contra o Câncer. Filme de 1.200 metros com 35 mm desde a época dos egípcios, gregos, ro-

manos, até a descoberta do microscópio, dos raios Roentgen, advento de Madame Curie, Pasteur, anestesia, etc. Foi passado no Museu de Arte Moderna de New York, ao público em geral e aos médicos do Memorial Hospital, em 1941, quando de nossa estada naquela cidade, à procura de radium para o S.N.C. Propuseram-nos a cessão ou compra do roteiro.

Através de tôda essa propaganda de educação popular, facilitou-se, sem dúvida, a formação no País, de uma mentalidade anticancerosa. Aí está um outro serviço prestado ao nosso meio social, pelo S. N. C. Um selo comemorativo da Campanha Contra o Câncer foi emitido em 14 de dezembro de 1948, pelo Departamento de Correios, com bela figura alegórica, por solicitação nossa.

ORGANIZAÇÕES ESTADUAIS, FILIADAS AO S. N. C.

O Decreto que criou o S. N. C. (n.º 3.643, de 2 de setembro de 1941) sugerido por nós, deu-lhe a atribuição de "organizar, orientar, controlar em todo o País, a Campanha Contra o Câncer".

Assim, nossa primeira ação não se limitou a criar e desenvolver um órgão hospitalar na Capital da República. Extendemos a influência do Serviço aos Estados, estimulando a organização de uma rede de unidades assistenciais, fi-

liadas à orientação técnica do Órgão Central. Nisso, teve atuação destacada Jorge de Marsillac, Chefe de Organização e Contrôlo, que viajou pelo País, primeiro em nossa companhia, depois só, muitas vezes.

Ao deixar a direção do S. N. C., em janeiro de 1954, já havia várias, em franca atividade funcional. Eram 21, hoje são mais de 40. Em cada centro urbano, onde se criavam essas filiais, logo aparecia um pioneiro, arregimentando esforços para sobrevivência dessas entidades médico-sociais.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE COMBATE AO CÂNCER

Uma instituição estadual merece destaque: é a Associação Paulista de Combate ao Câncer, fundada em 1934, por Antônio Prudente. Ela reverenciou a memória de seu primeiro presidente, dando a seu Instituto Central o nome do Hospital Antônio Cândido de Camargo, inaugurado em 1953. Na luta contra o câncer, é de fato um grande centro de assistência, estudos e Escola de Cancerologia, entre nós. É obra de gigante, devida aos esforços e inteligência de grande cancerologista brasileiro. Seu atual presidente, Aroldo Levy, tornou-se um benemérito da Instituição, pelo desvêlo e assistência econômica que lhe tem dedicado. Ele, pessoalmente, e seus irmãos, cedem-lhe mensal-

mente somas substanciais. Ali, há um outro filantropo, o industrial paulista, Luiz Pinto Tomaz, que já lhe fez doações de dezenas de milhões. Esse generoso benfeitor aqui também mantém um leito permanente em nosso Hospital, da Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos.

Há uma mulher que merece ser enaltecida na campanha contra o câncer no Brasil, pelo dinamismo, eficiência e dedicação com que enfrenta o problema, ajudando o marido: Carmen Annes Dias Prudente. Faz palestras, publica livros, organiza *comitês* de propaganda e rêdes femininas de educação popular. Raros serão os paulistas que não a conhecem ou que não tenham sido solicitados por ela a cooperar em favor do Instituto Central. Já percorreu o mundo, ao lado do marido, integrando em Congressos a delegação brasileira e mostrando o papel da mulher na luta contra o câncer, com inteligência, simpatia e cultura.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA AOS CANCEROSOS

Na luta contra o câncer, dois "fronts" de combate devem sempre ser atendidos pelos dirigentes. De um lado, está a recuperação técnica de doentes suscetíveis ainda de uma tentativa de cura, em Institutos devidamente aparelhados

e, de outro, coloca-se a legião dos incuráveis, clamando por uma assistência paliativa. Em nossa atuação, à frente do S. N. C., deixamos uma entidade de nosso gênero, fundada em 1939: a Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos.

Obra puramente sentimental. Começou internando quatro incuráveis em um prédio velho que compramos na Penha Circular, à rua Mage, 226, com 11 mil metros quadrados de terreno. As despesas orçavam então em 4 contos mensais. Ao lado do asilo, foi depois com o correr dos anos, construído um grande hospital, graças à eficiente atuação de Alberto Coutinho, a quem foi entregue a direção, desde que nos aposentamos no Serviço Público. Lá os cancerosos têm suas dôres suavizadas até os dias finais da existência. Esse trabalho de misericórdia representa, sem dúvida, um outro serviço social já prestado à nossa gente. Até hoje por ali passaram 9 mil cancerosos que morreram aliviados de suas dôres. Atualmente, com os 125 doentes lá internados, todos incuráveis, as despesas mensais vão a mais de 20 milhões de cruzeiros. Já fora da Diretoria, quando em 1954 embarcamos para os E.E. U.U., para nos submeter a uma operação grave, sem esperança de salvação, os companheiros, em nossa ausência, deram ao Hospital o nosso nome. Quando volta-

mos, já o batismo estava consumado: Hospital Mário Kroeff.

LEGIÃO FEMININA DE EDUCAÇÃO E COMBATE AO CÂNCER

Essa entidade, fundada pela Sra. Ingeberg Coutinho, sua primeira Presidente e depois Heloisa Marsillac, tem trabalhado assiduamente ao lado do Hospital de nossa A. B. A. C., angariando donativos e realizando a assistência social junto à família dos internados. Organiza também cursos para novas legionárias, fazendo-as difusoras de conselhos na prevenção do câncer. Mantém ainda, nesse sentido, ambulatórios para exame sistemático das mulheres, no objetivo do diagnóstico precocíssimo do mal, dentro de seu programa de educação e combate.

HOSPITAL LAUREANO

Na cancerologia brasileira, existiu um médico que foi mais que simples pioneiro. Sua atuação chegou às raias do sacrifício. Napoleão Laureano, ao regressar do Memorial Hospital, de New York, em 1951, desenganado, com linfossarcoma generalizado, resolveu dedicar seus últimos dias de vida a uma campanha em favor dos cancerosos de sua terra natal. Estôicamente dominou suas dôres, encarando a morte com a serenidade de um bravo.

FUNDAÇÃO LAUREANO

Em memorável sessão no Diário Carioca, promovida por nós e Pompeu de Souza, em 1952, foi criada a Fundação Laureano. A campanha arrecadou do público, emocionado com a abnegação do médico-mártir, os recursos necessários à concretização daquele sonho filantrópico. Como seu médico assistente, diretor do S. N. C., e orientador da Fundação Laureano, coordenamos toda a arrecadação dos donativos, explicando ao público a maneira da futura aplicação dos auxílios recebidos. Ao morrer, deixou, a nós e a Jorge de Marsillac, o peso de um compromisso de honra: concretizar a idéia por que tanto se sacrificara. Nós dois cumprimos a promessa, ao inaugurar em João Pessoa o planejado Hospital que perpetuará o nome do grande filantropo.

HOSPITAL DA PRAÇA DA CRUZ VERMELHA

Agora duas palavras sobre o nosso Instituto-Hospital, construído à Praça da Cruz Vermelha.

Enquanto permanecia o S. N. C. instalado provisoriamente numa dependência do Hospital Gaffrée-Guinle, não deixamos de perseverar na idéia de construir um grande Instituto. Aproveitamos então uns alicerces que se achavam abandonados, na Praça da Cruz Vermelha. Obtivemos, no Governo Linhares,

o terreno e as fundações por doação do Prefeito Filadelfo de Azevedo, irmão de Sérgio de Azevedo, nosso companheiro no S. N. C. Os planos foram elaborados em reuniões de todos os médicos do Serviço, chamados a opinar sobre suas respectivas seções de trabalho e coordenados sempre por Felix Lamola, técnico em organização hospitalar, mandado pelas Nações Unidas, por solicitação nossa.

Pleiteando e defendendo as verbas necessárias, e as concorrências públicas, acompanhamos e orientamos de perto, sua construção, durante 9 anos, desde 1945 até 1954, através dos Governos Linhares, Dutra e Vargas. Quando esse monumento hospitalar já estava erguido até o último piso, com 12 andares e capacidade para 400 leitos, fomos demitido do cargo de Diretor do S. N. C.

Com êle deixamos um crédito de 100 milhões de cruzeiros que acabava de ser votado pelo Congresso, onde o assessoramos junto aos relatores, metade para as filiais dos Estados, metade para a instalação do Hospital. Essa verba, deve-se a Napoleão Laureano. Foi o médico-mártir, com sua campanha popular, que emocionou o ambiente brasileiro, propiciando ao Legislativo clima favorável à concessão desse vultoso crédito.

Com a verba referida, aprontou-se a inauguração, realizada em 1957. Teve

a satisfação de abrir-lhe as portas solenemente, na presença do Presidente Juscelino Kubitschek, o então diretor do S.N.C., Ugo Pinheiro Guimarães sem referir o nome dos fundadores daquela obra monumental.

AMPLIAM-SE AS INSTALAÇÕES DO S. N. C.

Para o nôvo hospital, fôra transferido todo o material que possuía o S. N. C., no Gaffrée-Guinle, e logo reaparelhados seus novos departamentos. Um refôrço de técnicos foi também convocado e novas armas adquiridas, visando-se a ampliação e melhoria das instalações.

Agora mesmo, são dignos de nota os melhoramentos que acaba de receber. A organização ali de um centro de recuperação pós-operatória e uma unidade de terapêutica intensiva, foram providências do mais alto padrão médico-hospitalar. Hoje em dia, nos serviços modelares, já se exige no pós-operatório um atendimento igual àquele de ato cirúrgico. Essa fase de pós-operação deve ser vigiada, de perto, por outras sentinelas, diferentes daquelas da sala de cirurgia. Êsse moderno equipamento, recém-montado no hospital, possui sensíveis antenas de alarma, aptas a denunciar qualquer desvio no pêndulo da vida, quando nessas salas de recuperação,

apenas surgir o primeiro "stress", naqueles organismos tangidos. Enfim, êsse baluarte hospitalar hoje consolida sua categoria, ao ditar regras e dar o exemplo de boa organização anti-cancerosa às entidades congêneres do País. Só por estas benfeitorias, Moacyr Santos Silva e Francisco Fialho deixarão seus nomes registrados na história daquela Casa.

EVOLUÇÃO DA CIRURGIA BRASILEIRA E METAS DA CANCEROLOGIA

Todos êsses fatos, ora relacionados na história da Cancerologia brasileira, não representam senão sucessivas metas realizadas até hoje, na luta contra o mal. Cumpre lembrar que, no passado, entre nós, poucos eram os médicos que se interessavam pelo tratamento do câncer. Se agiam, era certamente desarmados de qualquer recurso. Face aos insucessos encontrados em algumas tentativas de salvação, tinham o mal na conta de incurável. Há uns 60 anos atrás, eram tratadas apenas algumas lesões externas, ulceradas, com o termo-cautério. Também outras, como, por exemplo, as da mama e dos membros, com amputações simples, sumárias. No câncer visceral, seria por princípio, inútil qualquer tentativa de uma exploração cirúrgica abdominal. Se decidida uma laparotomia, o ventre era logo fechado, em face de qualquer tumor.

Por essa época, em 1900, os métodos da antissepsia de Lister foram substituídos, para dar lugar ao emprêgo da assepsia completa. Daí em diante, veio, então, o intervencionismo, com o "slogan" de "operoma", termo que perdurou, até há bem pouco entre nós. Tirar ou extirpar o tumor de qualquer maneira. Não cogitavam dos limites de infiltração maligna. E o progresso se fez deixando escombros no caminho. As recidivas eram fatais. Houve reação. Nossos operadores passaram então a viajar de tempo em tempo, de preferência à França e Alemanha, procurando trazer para o nosso meio médico, as aquisições verificadas além mar. Êsses cirurgiões, a contar de quatro décadas para cá, é que tiveram papel inovador na terapêutica de câncer, entre nós. Até hoje, ainda temos o hábito de citar-lhes o nome, quando se procura atribuir prioridade, na execução de tal ou qual operação: útero, estômago, reto, cólon, laringe, etc.

PIONEIROS NA CIRURGIA DO CÂNCER

Não é fácil apresentar-se neste sentido, uma relação exata dos pioneiros, por falta regular de registro, em nossos hospitais, das operações executadas.

Melhor seria desprezar-se essa preocupação de pioneirismo e considerar o

progresso médico, como resultado de uma obra coletiva. Afinal, o que vale no progresso é o conjunto dos fatos essenciais. E, nesse conjunto, a respeito do câncer, também prevaleceram outros fatores independentes da pessoa pròpriamente dita do cirurgião, diretamente atuante. Em primeira linha, influíram os interpretadores das imagens radiológicas, para descoberta de lesões silenciosas; depois vieram os peritos no microscópio, para diagnóstico certo e precoce; completaram o adiantamento as análises prévias dos laboratórios, no preparo do doente e, por fim, as boas anestésias, para tranquilidade operatória. Não se pode negar, entretanto, que influíram de certo modo primordialmente, nesse progresso, certos cirurgiões destacados e até virtuosos nas suas técnicas excelentes, para extirpação larga dos tumores, já nos limites da operabilidade. Finalmente, ajuntaram-se, em épocas mais recentes, as irradiações pré e pós-peratórias, para complemento da esterilização celular, contra as recidivas. Tudo isso, sem dúvida, tem sido trabalho de equipe, em tórno de um doente, no ato, antes e depois da operação.

Situemos, pois, os homens de nossa geração em face de seus predecessores europeus. Diga-se, desde logo, que, entre Europa e Brasil, houve sempre um atrazo de algumas décadas, porque, na

opinião de Lister, já referida atrás os cirurgiões em geral “tardam muito em aceitar novos métodos”.

Tomemos por exemplo, o problema do câncer do útero, que bem define o médico na sua maneira de proceder a respeito. O iniciador da histerectomia abdominal, por câncer, foi W. Freund, na Alemanha. Apresentou, em 1904, em Congresso, uma doente com 26 anos de cura, operada em 1878. O caso ficou célebre e serviu para comprovar então a curabilidade operatória do câncer uterino, naturalmente à custa da alta mortalidade, de 75%. Foi Wertheim, porém, o cirurgião que teve o mérito de regrar essa operação, fazendo da dissecação sistemática dos ureteres e da excisão metódica dos paramétrios, a base e garantia da histerectomia “alargada”, em 1898, já no início da era da assepsia. Pois bem. Essas técnicas aperfeiçoadas só entraram no Brasil com grande atraso. Não nos foi fácil documentar as referências sobre o cirurgião que realizou pela primeira vez, entre nós, essa histerectomia “alargada”, como se verá mais adiante.

Para estudar o assunto e buscar nas páginas da nossa história êsses pioneiros da cirurgia, tanto geral como anticancerosa, fomos obrigado a refolhar os arquivos dos hospitais. Encontramos então uma fonte abundante de informações, a melhor existente em todo o

País. É constituída pelos boletins de anestesia de tôdas as operações praticadas na 23.^a Enfermaria da Santa Casa do Rio de Janeiro, colecionados e encadernados, desde 1903, até hoje. Trazem o diagnóstico da doença, a operação praticada, o anestésico, o tempo de anestesia, o resultado imediato da operação, o operador e os auxiliares.

FICHÁRIO DO SERVIÇO DE DANIEL DE ALMEIDA

Êsse fichário foi organizado por Daniel de Almeida, em seu Serviço, o melhor do Rio de Janeiro, naquela época, tendo como assistentes nomes afamados, como: Álvaro Ramos, Brandão F.^o, Fernando Vaz, Chapot Prevost, Hugo Werneck, Oscar Ramos, Jorge Gouveia, Pedro Moura, Nelson Barbosa e outros mais modernos, onde estão incluídos assistentes de nosso Serviço: Alberto Coutinho e João Bancroft Vianna e nós também.

É documentário de alto valor histórico, permitindo a qualquer estudar, não só o pioneiro, nesta ou naquela operação, mas até a evolução da cirurgia brasileira, e os diversos conceitos de então sobre as doenças, baseados puramente no diagnóstico clínico. Alguns milhares de operações. E quantas mortes! Êsse fichário (20 volumes) foi doado por Brandão Filho, pouco antes

de falecer, a Mário de Almeida, doação logo transferida à Sociedade Brasileira de Anestesiologia, onde consultamos os boletins, um por um, entre os milhares, colecionados em série.

Ali, encontram-se registrados, a respeito do câncer, dados interessantes, quanto à concepção de seu tratamento. Citemos só aquêles que marcaram época e definem a conduta dos cirurgiões.

Em 4 de agosto 1903 — Carcinoma do útero, hysterectomia total vaginal, operador Daniel de Almeida, assistentes Álvaro Ramos e Fernando Vaz.

Maio 1905 — Carcinoma do útero — curetagem e termocauterização, Daniel-Ramos e Vaz.

Assim, ao lado de um progresso, com a hysterectomia vaginal total, porque na época era ainda usado o método da amputação de colo, verifica-se possível retrocesso com a conduta da cauterização. Adiante, registram-se outras raspagens, repetidas até 1929.

Dezembro 1904 — Neo do piloro. Operação gastro-entero-anastomose transmesocólica posterior. Daniel, Ramos, Brandão. (Simples anastomose, quando Bilioth, em 1880, já tinha feito a gastrectomia).

Junho 1905 — Sarcoma da extremidade superior do úmero. Amputação

interescápulo-torácica. Daniel, Ramos, Vaz. (De fato operação alargada).

Setembro 1905 — Fibro-sarcoma de útero. Hysterectomia subtotal. Daniel, Brandão, Vaz. Faleceu no dia seguinte. (Simples, subtotal).

Maio 1908 — Tumor do reto. Operação de retotomia (simplesmente). Houve 8 casos com diagnóstico de estreitamento fibroso do reto, tratados pela retotomia, numa série de 175 operações outras. (Difícil o diagnóstico clínico na época entre estreitamento por neoplasia, sífilis, esquistossomose ou Nicolas Favre.

Fevereiro 1909 — Degeneração maligna do útero e vagina. Operação de hysterectomia abdominal total. Daniel. Faleceu dois dias depois. (A primeira total).

CÂNCER DA MAMA:

— A respeito dessa doença que constituía 10% das operações em 1905, a conduta era de amputação simples e às vezes de extirpação de tumor. (A operação alargada, tipo Halsted, só foi feita em 1918, por Oscar Ramos, 20 anos depois de Halsted).

Agosto 1912 — Neo do reto. Extirpação do reto. Daniel, Brandão, Ra-

mos. Assistiram a operação Herman Dürck, Samuel Pozzi e Sejeurné. (Pela primeira vez extirpação).

Agosto 1912 — Cistoscopia e cateterismo uretral. Brandão auxiliado por Chapot Prevost.

Novembro 1914 — Sarcoma cístico da extremidade inferior do joelho. Extirpação do tumor e enxerto ósseo. Jorge Gouveia. Faleceu no mesmo dia. (Seria tumor de células gigantes?).

Agosto 1916 — Carcinoma de útero. Histerectomia total. Daniel, Ramos e Brandão. (Primeira por carcinoma do colo).

Janeiro 1917 — Cistite vegetante. Cistostomia e curetagem. Brandão, Oscar Ramos. Faleceu 10 dias depois.

Janeiro 1918 — Úlcera justa-pilórica? Gastro-entero-anastomose. Daniel e Ramos. Faleceu 20 dias depois.

Julho 1919 — Angiocolecistite calculosa. Colecistectomia total e hepato-coledocotomia. Ramos. Alta. (1.^a abertura do colédoco).

Junho 1920 — Esplenomegalia palustre. Esplenectomia. Ramos auxiliado por Feder Krause e Pedro Moura. Assistiram Prof. Cabeça de Lis-

boa, Carlos Werneck e Raul Baptista. (A esplenomegalia teria sido por impaludismo, leucemia, leishmaniose visceral ou síndrome de Bant. (Difícil o diagnóstico clínico na época).

Agosto 1921 — Neo do estômago. Píloro-gastrectomia parcial. Oscar Ramos. (Primeiro caso de ressecção). Um ano antes, Arnaldo Vieira de Carvalho publicara: Um caso de gastrectomia total. Rev. Médica de São Paulo, fev. 1920.

Janeiro 1923 — Blastoma do píloro. Gastro-entero-anastomose. Brandão. Faleceu. (De novo simples anastomose paliativa).

Outubro 1924 — Epitelioma espinocelular do braço direito. Desarticulação. (Primeira vez falou-se em histologia). Lembrar que nos Institutos de Manguinhos só começaram a fazer exames histopatológicos com Bowman Crowell de 1918 a 1923.

Janeiro 1926 — Blastoma maligno de útero. Wertheim. Brandão, Monteiro Autran. (1.^a operação de histerectomia alargada registrada no Serviço).

A primeira operação, tipo Wertheim, realizada entre nós, foi por Hugo Werneck, de Belo Horizonte, em dezembro

de 1908. Publicada na Revista de Ginecologia e Obstetrícia, em dezembro de 1927 por seu assistente Lucas Machado. Nessa época já existiam 106 casos operados naquêle Serviço. A 1.^a histerectomia alargada, tipo Shauta, foi por Maurity Santos, em 1931, em seu serviço no Hospital da Gamboa. Dizem que também a primeira praticada na América do Sul. No Congresso de Ginecologia e Obstetrícia, realizada em Buenos Aires, em 1934, Maurity fêz uma demonstração, operando perante os congressistas sul-americanos, todos vivamente empenhados, em conhecer a habilidade do afamado cirurgião brasileiro, nessa nova técnica alargada da histerectomia por via baixa. Continuando, encontramos:

Julho 1927 — Neo do ceco e colo ascendente. Operação de Mickulicz. (Extirpação do ceco e colo). Brandão e Pedro Moura. Faleceu.

Setembro 1932 — Neo da bexiga. Electro-coagulação. Pedro Moura.

Mai 1932 — Tumor do estômago. De nôvo simples anastomose.

Agosto 1933 — Neo de Bexiga. Uretero-entero-anastomose bilateral. Pedro Moura.

Desde 1933 até 1941 — Seguiram-se várias gastrectomias, ainda subtotais. Vários Wertheims. Inúmeras

pan-histerectomias subtotais, por anexites. (Antes da era das sulfas e dos antibióticos a cirurgia ginecológica era pouco conservadora).

Nesse fichário, não encontramos, até 1940, algo referente ao câncer do pulmão. Essa cirurgia, como aquela do coração, só se tornou possível na era das sulfas e dos antibióticos. A primeira lobectomia por câncer, entre nós, foi realizada por Aresky Amorim, em 6 de fevereiro de 1934, com sobrevida de 2 anos. (Época das sulfas).

PORCENTAGEM DE CURAS

Durante todo êsse período, registrado pelos boletins de anestesia, desde 1903 até 1940, foram realizadas cêrca de 20 mil intervenções cirúrgicas. Um têrço, mais ou menos, indicado por doença malignas, segundo os diagnósticos clínicos. Raros foram os casos de cura, com sobrevida maior de cinco anos, no câncer interno ou mesmo externo, contados dentro dêsses milhares de intervenções.

Contra essa doença, o resultado final não correspondeu, nem de longe, ao grande esforço médico, ali exercido. A elevada mortalidade operatória imediata, nessa classe de doentes, só por si já restringia de muito o cômputo residual. Dentro dêsse precário, transfe-

rido para a fase pós-hospitalar, de certo, poucos seriam os pacientes que alcançavam sobrevida maior de 5 anos.

O percentual de cura prolongada, naquela época, não se aproximou dos sucessos da cancerologia de hoje.

NASCIMENTO DE NOSSA CIRURGIA

A melhora de nossos métodos, na cirurgia geral e *ipso facto*, no tratamento sangrento ou eletro-cirúrgico do câncer, datam de quatro décadas. Começou em 1921, depois que Augusto Brandão Filho, como professor catedrático tomou a direção do movimentado Serviço de Daniel de Almeida, instalado na Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Ali, êle firmou a doutrina da boa técnica moderna, marcando uma Era, na renovação dos nossos processos cirúrgicos, usados até então. O grande mestre — Príncipe da Cirurgia Brasileira — serviu de exemplo a muitos dos nossos médicos que procuravam seu Serviço, como a Meca da medicina no Brasil. (Leia-se artigo que publicamos no J. B. M., sôbre Brandão Filho, patrono da Cadeira 27 da Academia Nacional de Medicina).

Tivemos o privilégio de ter sido aceito no rol de seus assistentes, ao voltar de uma viagem de estudos à Alemanha.

Em seu Serviço, como referimos atrás, foi usada pela primeira vez no Brasil a eletro-cirurgia, empregando-se aparelho trazido por nós da Europa, em 1926. Por essa época, o nosso renascimento cirúrgico já se realizava também em São Paulo, pelas mãos de Arnaldo Vieira de Carvalho e Benedito Montenegro.

Daí em diante, já se admitia a linguagem de cura, a respeito do câncer, apontando uns e outros seus casos de recuperação operatória.

E, na geração moderna, foram aparecendo jovens cirurgiões plenamente categorizados e também anônimos operadores, dotados de tirocínio para praticar, com esmero a arte cirúrgica nos centros populosos do País.

De certo, os resultados mais favoráveis foram conquistados por aqueles que adotaram conduta operatória obediente aos princípios básicos para excisão, nas doenças malignas, com boa margem de segurança, passada além dos limites da infiltração.

Os êxitos alcançados contra êste ou aquêle órgão, com lesões adiantadas, já no limiar da operabilidade, êsses então pertenceram, sem dúvida, aos grandes operadores, donos de boa técnica e habilidade cirúrgica, em condições de poderem executar a remoção dos tumo-

res, num só bloco, sem semeadura do campo operatório, prevenindo assim a disseminação ou recidivas locais.

Muitos, certamente, procurando a perfeição, exercitaram-se numa cirurgia especializada a determinado órgão. E êsses homens adestrados na arte de operar, esclarecidos e intuitivos em suas decisões, em face dos achados operatórios, sem dúvida, decidiram pessoalmente muitos casos de cura e repetiram suas conquistas.

Daí a razão de terem deixado seus nomes conhecidos no meio médico e nos anais da Medicina do Brasil. E, numa seqüência natural das coisas, atrás dêles outros vieram e virão para imitá-los o exemplo e prosseguir no caminho que deixaram iluminado, visando à perfeição, na defesa da saúde do homem, contra o câncer e outras doenças rebeldes. Na cancerologia, como em tôda medicina, o ritmo do progresso nunca é conduzido por um só pioneiro, porém transferido de um homem a outro, tal como o facho da civilização passava, de mão em mão, entre os bravos e hercúleos corredores da antiga Roma.

Enfim, o aperfeiçoamento da ciência médica vem cada vez mais distribuindo aos técnicos tarefas especializadas, dentro da Cancerologia, com o objetivo do sucesso global, em todos os casos.

Hoje, a cura do câncer *is no more one man job* por maiores que lhe forem as qualidades profissionais.

As altas porcentagens de cura hoje em dia pertencem aos grandes Institutos, devidamente aparelhados e técnica-mente conduzidos por equipes articuladas. Ali, então, a cirurgia regrada de determinados órgãos com lesões iniciais e de tumores sediados em certas regiões, com 60 a 70% de cura (mama, reto, cólon, pele, etc.), será melhor; a radioterapia exclusiva terá mais dos 50% de hoje, em certas lesões localizadas (bôca, lábio, laringe, útero, pele, etc.), e a associação das três armas, alcançará talvez taxa maior do têrço atual, em todos os casos, ainda circunscritos, em suas múltiplas distribuições.

TROFÉUS DE UMA BATALHA CONTRA O CÂNCER

Hoje, 30 anos decorridos, uma multidão de doentes, contados aos milhares, desfilou pelas enfermarias e ambulatórios do Instituto Nacional de Câncer. Entre inquietos e esperançados, todos foram alvos de cuidados médicos.

Mas, a propósito dessa multidão já atendida, em nosso Instituto Oficial, uma pergunta logo ocorre a qualquer e, de certo, se justifica, dentro do problema do câncer. Perante êsse afã diá-

rio de microscópios, escalpêlos, sangue, anestesia, raios celulicidas e cobalto radioativo, manejados por equipes de homens de avental, em luta porfiada contra a dor e a morte, qual o troféu conquistado? Quantos foram os mortos? Quantos até hoje, no Instituto encontraram solução satisfatória para a sua atribulação individual: cura definitiva, sobrevivida em tórno de cinco anos, alívio razoável de suas dôres, reconforto de se sentir assistido pela medicina, o consôlo de haver tentado em seu favor os melhores recursos da cancerologia, tranquilidade de espírito por ter encontrado ali a certeza de estar isento de malignidade, depois de exames minuciosos, ou, enfim, a triste desilusão sobre o valor dos recursos atuais da ciência médica, aplicados em sua pessoa, contra êsse mal de reação tão duvidosa, em face do tratamento!

Os registros do Hospital e o *follow-up* dos doentes assistidos poderão responder a essa pergunta, importante no problema do câncer, sob o ponto-de-vista social e científico.

Muitas, de certo, não foram as curas definitivas, registradas na porcentagem global dos doentes atendidos, com viabilidade de recuperação e, menor ainda, se essa proporção fôr calculada na base da grande maioria que chegou tarde demais, com lesões adiantadas. Será que valeu a pena todo êsse trabalho

enorme, em face do resultado? Será que estamos no bom caminho? Convém prosseguir a luta com as armas atuais, ou aguardar o aparecimento de outras melhores? Os homens que sentem de perto o problema, compenetraram-se num instante, em nobre emulação profissional, e têm uma só resposta: valeu. Por maior que tenha sido o esforço, o resultado se compensou social e cientificamente.

Só por uns poucos beneficiados aos quais se conseguiu emprestar alguma sobrevivida, já se justifica o trabalho desses homens, armados de cirurgia e aparelhagens. Em nossa comunhão social, a pessoa humana deve ser defendida contra as doenças graves, mormente quando necessita de tratamento especializado, só obtido nos institutos de grandes e custosas instalações.

Razões científicas: — Êsse trabalho, desempenhado nestes 30 anos, acumulou uma documentação de valor, já arquivada no Hospital, Constitui arsenal precioso no estudo da doença e nas conclusões a serem tiradas no problema do câncer. Sedimentou-se na experiência de alguns de nossos profissionais. Serviu de Escola que não existia entre nós, nesse gênero de doença, de tão elevada incidência no obituário geral dos povos e de perspectivas apavorantes para os homens de hoje.

Escola de Cancerologia, sem as teorias das Cátedras Universitárias, mas essencialmente prática e objetiva, exercida no próprio *atelier* da medicina. Sabe-se que só a especialização torna eficiente o ataque às entranhadas raízes dessa doença rebelde, sempre caprichosa, em suas infiltrações iniciais.

Boa técnica: — Sabe-se também que todo sucesso no tratamento do câncer, quer seja cirúrgico ou radioterápico, i, é., as altas porcentagens de cura, são trabalhosas e exigem rigorosamente a boa técnica. Essa somente se adquire pela repetição, *in anima mobile*, no tirocínio de alguns anos. A Cancerologia firmou-se, entre nós, como especialização definida e respeitada, dentro da medicina.

As técnicas, hoje adotadas no Serviço Nacional de Câncer, são conseqüência de um aperfeiçoamento que se fez, não só pela melhora de suas instalações e pelo exemplo de outros centros, como também pelo progresso próprio de seus facultativos. Suas estatísticas, na média geral, já devem rivalizar com as melhores das instituições congêneres nacionais e estrangeiras. A eficiência do Instituto na defesa total das vítimas do câncer, cresceu em curva ascendente. Partiu dos 40 leitos do antigo Centro de Cancerologia. Hoje dispõe de amplos ambulatórios, 400 leitos do hospital, valiosos meios para diagnóstico da

doença, ótima aparelhagem para tratamento e cento e tantos técnicos entre médicos, biólogos e internos. Está em condições de alcançar aquilo que outros Centros mais adiantados do mundo já conseguiram, no problema do câncer: cura de um terço de todos os casos, tratados no início.

PIONEIROS

Agora, na página final deste trabalho, chegamos a conclusão de que, em nosso País, na luta contra o câncer, através da cirurgia, sua arma máxima, não houve propriamente um pioneiro. Houve, sim, homens que se interessaram pelo problema, usando seus instrumentos preferidos de trabalho e dedicando-lhe um esforço pessoal, maior ou menor, com alguma ressonância de alcance médico-social no País, ou então na região em que atuaram.

Esse progresso, nesse setor da medicina, aliás como acontece nos demais países civilizados, tem sido o reflexo de uma obra coletiva. Nêle, quantas vezes uns têm a idéia e outros é que a põem em prática, avocando a si a primazia, quer nas técnicas do tratamento, quer na organização de Serviços.

PRETERIÇÕES, COMUNS EM NOSSO MEIO

Nem sempre, entre nós, os homens que, de fato, realizam têm seus nomes

lembrados. É que na sucessão administrativa, neste País, alguns dos nossos dirigentes costumam chamar a si, com ares de donos, as inaugurações de obras feitas ou prestes a serem terminadas, sem referir o nome dos que as levaram a efeito na idéia ou na execução.

Até a nós, isso já aconteceu, três vezes. A primeira em 1931, quando depois de ter conseguido, a muito custo, uma verba especial e ter terminado a construção de um pavilhão, anexo ao Hospital da Triagem (Estácio de Sá), destinado à sede de um Serviço de Câncer, por nós projetado, se apoderaram de nossa obra. (Ugo Pinheiro Guimarães, apoiado por Castro Araújo, Diretor da Assistência Hospitalar, com o prestígio de cirurgião do Chefe do Governo). Sem esmorecer, com nova ordem de providências, recomeçamos para construir, em 1936, um outro pavilhão ao lado do primeiro, mais esmerado. Sua inauguração se fez em 1937, com a presença do Presidente Vargas, lançando-se aí o marco inicial da luta contra o câncer no País (Centro de Cancerologia).

A segunda vez foi quando, em 1957, inauguraram o Hospital do Serviço Nacional de Câncer, à Praça Cruz Vermelha, sem referir os nomes dos fundadores daquele monumento, em cuja construção trabalharam, durante 9 anos.

A terceira vez foi a propósito do Hospital dos Servidores do Estado. Na realização desta obra monumental, que hoje é um orgulho da classe, trabalhamos durante 11 anos, desde 1934, até 29 de outubro de 1945, exatamente no dia em que o Presidente Vargas foi deposto. Daí, o patrimônio do Hospital passou para o IPASE, de mão beijada; o Conselho Administrativo do Hospital do Funcionário Público, criado pelo Decreto n.º 24.217, de 9 de maio de 1934, foi extinto. Éramos o Conselheiro-Prudente, sempre ouvido em assunto médico-hospitalar. Na formação dessa obra, influímos de perto, ao lado de Mário Morais Paiva, dêste a idéia de criar-se um Órgão de Assistência Médica aos Servidores Civis da União, nos moldes militares, quando elaboramos o respectivo decreto (Decreto n.º 24.668, de 11 de julho de 1934) que lançou as bases e o regulamento do futuro hospital. Depois escolhemos o local, grande terreno ocupado por uma antiga serraria, no Cais do Pôrto, transferindo-se sua posse, de Domínio da União para o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Em seguida, o lançamento da pedra fundamental, em 23 de maio de 1937, com a presença do Chefe do Governo, Presidente Getúlio Vargas; logo depois as concorrências públicas e administrativas parceladas para sua completa construção, dentro do Código de Contabili-

dade; ainda a revisão e modernização do projeto por Felix Lamela, mandado pela ONU, a pedido nosso. Difícil foi a defesa das verbas negadas pelo Ministro Arthur de Souza Costa; por fim, até a instalação geral, com material adquirido nos EE. UU., durante a última Guerra, onde tudo era negado, ao que não fôsse esforço na defesa militar, justamente na fase crítica da invasão da Europa, através de Marrocos por Casablanca. Em Washington, no Departamento do Estado, onde discutimos todos os nossos pedidos de licença de exportação, tivemos ensejo de lembrar que o nosso Hospital, já pronto, se fôsse equipado convenientemente, poderia, de um momento a outro, numa emergência da guerra, prestar ajuda à causa dos Aliados, assim como Natal já servia de base aérea, no salto do Atlântico.

Enfim, o material nos foi concedido, a muito custo, mais de 80% do pedido inicial, devido à intervenção do Presidente Vargas, junto ao Governo Americano. Todo de ótima qualidade, que perdura até hoje, elogiado várias vezes por alguns dos diretores do hospital, Raimundo de Britto, Aloísio Sales e Genisson Amado. Foi fornecido pela United Surgical Supplies, firma que servia ao Memorial Hospital e que numa concorrência, ofereceu preço melhor.

Recebido aqui em perfeita ordem, sem nenhuma quebra, nem falta, con-

forme as atas de conferência, feitas por ocasião da abertura dos seiscentos e tantos caixotes, onerados apenas pelo elevado seguro de um transporte arriscado, durante a guerra, pelos navios do Lóide Brasileiro. Concederam-nos até arsenal de cozinha, geladeiras, utensílios de mesa, lavanderia (só deram licença de exportação, para reconstituída). Estêve incluído aí também um grupo de ambulância de luxo, Chrysler Imperial, que o IPASE consumiu antes de servir ao Hospital. Ficou também um saldo em dólares, depositado na Delegacia do Tesouro, em Nova York, restante da soma dos 4 milhões de cruzeiros, enviados para tôdas as compras.

O então Presidente do IPASE, marcou logo a inauguração, mandando gravar a placa comemorativa e recomendando silêncio sôbre nomes do Governo passado, por ocasião das solenidades, conforme nos preveniu Raimundo de Britto, o nôvo Diretor, que felizmente deu eficiente organização funcional ao Estabelecimento, na véspera da festa, num almôço de agradecimento, oferecido já no restaurante do Hospital aos membros do Conselho (Mário Moraes Paiva, Samuel Uchôa, Ary Azambuja, Paiva Junior, Ary Fernandes e Mário Alves e o Autor).

Esqueceu, de certo, aquêlê Presidente que o colosso arquitetônico, devidamente aparelhado para entrar em fun-

ção, não era obra de sua repartição, mas trabalho custeado pelo DASP, tendo à frente, Luiz Simões Lopes, olhado com carinho pelo Presidente Vargas e dirigido pelo Conselho Administrativo do Hospital do Funcionário Público.

Quinze anos depois, quando já deveriam estar desaparecidos os motivos políticos que procuraram encobrir os feitos uns dos outros, o orador oficial, na festa de aniversário, realizada no Auditório do Ministério da Educação, em 28 de outubro de 1962, passou de leve sobre o papel dos fundadores daquela obra meritória, concedendo-lhes um diploma arrolado na mesma categoria, com a primeira enfermeira e o doente número um. Homens que nunca arbitram em seu favor, nem sequer um modesto *jeton* para custear a presença nas sessões semanais que realizaram durante vários anos, num trabalho desinteressado, visando apenas o benefício da classe do funcionário público.

Acontece assim, às vezes em nossa história pátria: uns contentam-se com

as honrarias das inaugurações de obras públicas, enquanto outros ficam com a satisfação dos serviços prestados ao País. Também, depois dessas duas grandes obras hospitalares, nenhuma outra mais, nesse gabarito, surgiu até hoje na Metrópole brasileira. É pena.

O BRASIL ENTRE SEUS PARES

O Brasil, no conceito das grandes potências mundiais, alguns anos atrás, era ainda incluído na categoria de País subdesenvolvido, economicamente no estágio de simples exportador de matéria-prima, e habitado, em grande parte, por gente doente, analfabeta e subnutrida. Frente, porém, aos problemas médico-sociais, o nosso País já procura se emparelhar aos mais adiantados do mundo, porque segue de perto o ritmo das últimas aquisições das ciências ao menos nos centros populosos. E a prova disso está no Instituto Nacional de Câncer, monumental em sua arquitetura e organização; eficiente, como oficina de trabalho; moderno, na técnica daqueles que hoje ali mourejam, em benefício do povo.

revista brasileira de cancerologia

índice

Editorial	5
Registro de Câncer — Importância e Problemática	7
<i>Antonio Pedro Mirra</i>	
Plano de Trabalho da Seção de Epidemiologia e Estatística do Serviço Nacional de Câncer	13
<i>Maria Berilla Conceição</i>	
Projeto de Instalação do Registro de Câncer da Guanabara	17
<i>Maria Berilla Conceição</i>	
Registro de Câncer de Pernambuco	21
<i>R. de Barros Coelho</i>	
IX Congresso Internacional de Câncer	37
<i>Aristides Pinto Coelho</i>	
Pioneiros da Luta Contra o Câncer no Brasil Evolução da Cirurgia Brasileira	47
<i>Mario Kroeff</i>	

setembro, 1967 — guanabara — brasil