

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

- Órgão oficial do Serviço Nacional de Câncer

(Decreto lei n.º 3.643, de 2-9-41, art. 4 § 1)

Diretor Geral — MÁRIO KROEFF

Diretor Responsável — SÉRGIO DE AZEVEDO

Diretor de Redação — ADAYR EIRAS DE ARAUJO.



Redatores Permanentes

Alberto Lima de Moraes Coutinho	— Cirurgião — Chefe de Clínica
Amador Corrêa Campos	— Cirurgião
Antonio Pinto Vieira	— Radioterapeuta
Egberto Moreira Penido Burnier	— Cirurgião
Evaristo Machado Netto Junior	— Radiologista
Francisco Fialho	— Patologista
João Bancroft Viana	— Cirurgião
Jorge Sampaio de Marsillac Motta	— Cirurgião
Luiz Carlos de Oliveira Junior	— Cirurgião
Mário Kroeff	— Cirurgião — Diretor do S. N. C.
Osolando Júdice Machado	— Radioterapeuta
Sérgio Lima de Barros Azevedo	— Internista — Chefe do S. O. C.
Turíbio Braz	— Cirurgião

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

Publicação trimestral que aparece nos meses de março, junho, setembro e dezembro de cada ano. Distribuída gratuitamente às instituições médicas do País, do Estrangeiro e aos médicos em geral, de acôrdo com o critério dos editores.

Solicita-se permuta com Revistas Médicas.

RUA MARIZ E BARROS, 775

(Serviço Nacional de Câncer)

R I O D E J A N E I R O

— B R A S I L —

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS	Páginas	
Tratamento do carcinoma do colo do útero. Ensaio crítico dos métodos usados nos últimos dez anos (1. ^a parte) — Carl Fried	5	
Considerações sôbre o diagnóstico e o tratamento cirúrgico do câncer do lábio — Luis Carlos de Oliveira Júnior	31	
A Study of the tumor necrotizing effects with <i>S_p</i> Marcescens Polysaccharide in Mice transplanted sarcomas (S-37) — M. Gosselin e L. C. Simard	48	
Tratamento radiológico do câncer do lábio — Osolando J. Machado	51	
DIVULGAÇÃO		
Diagnóstico do câncer do esôfago — Alberto Coutinho	63	
O câncer como flagelo (Exposição feita à Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados) — Mário Kroeff	68	
PERGUNTAS E RESPOSTAS		
A fimose predispõe ao câncer do pênis? — Turibio Braz	78	
CASOS CLINICOS		
Lipoma da região palmar	80	
RESUMOS CONDENSADOS E ANÁLISES		84
NOTICIÁRIO		94
Mesa Redonda sôbre câncer realizada no "Diário Carioca". A organização da Fundação Laureano.		
Texto do relatório médico oficial sôbre o Dr. Napoleão Laureano.		
O programa da Fundação Laureano na palavra do seu patrono.		
A opinião do S.N.C. sôbre a vinda dos cancerologistas Andrew Ivy e Stevan Durovic ao Brasil.		
Convite do Instituto de Câncer de Montreal aos Drs. Sergio Barros de Azevedo e Antônio Eugênio Arêa Leão.		
Sociedade Brasileira de Cancerologia (resumo das atividades em 1950).		
Departamento Nacional de Saúde — Curso de Câncer em 1951 — Programa.		
4.º Curso Anual de Cirurgia da Casa de Saúde São Miguel.		
1.º Curso Anual de Ginecologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro.		
Centro de Estudos Anatômicos Benjamin Batista — Curso de Câncer.		

ARTIGOS ORIGINAIS

Tratamento do carcinoma do colo do útero Ensaio crítico dos métodos usados nos últimos 10 anos

DR. CARL FRIED

Do Instituto de Radium São Francisco de Assis

SÃO PAULO

A história do tratamento do carcinoma do colo do útero apresenta 3 períodos que se diferenciam quanto à orientação seguida:

1.º período: até 1920 — operações radicais;

2.º período: de 1920 até 1935 — afastamento gradual da intervenção cirúrgica a favor da radioterapia;

3.º período: de 1935 até agora — constituído pelo aperfeiçoamento dos métodos radium e roentgenterápicos, com certa tendência à associação cirúrgica em casos especiais.

São numerosos os trabalhos publicados nos últimos 10 anos, explorando o assunto dos pontos de vista clínico e técnico. A abundância do material divulgado, a larga dispersão em revistas e as opiniões muitas vezes controversas, tornam difícil uma orientação segura, a não ser que se faça uma revisão da literatura. Este trabalho pretende apenas apresentar o panorama atual do assunto e, numa crítica desapassionada, compor um quadro dos métodos e idéias dominantes, a fim de encontrar um caminho seguro no tratamento do carcinoma do colo do útero. Para se ter uma idéia da importância do problema, basta assinalar que nos Estados Unidos, entre

1941-44, 16.757 mulheres morreram por ano devido a câncer do colo uterino, elevando-se esta cifra, só em 1944, a 17.152.

RESULTADO CLÍNICO OBTIDO COM VÁRIOS MÉTODOS DE TRATAMENTO

As estatísticas publicadas sofrem de males fundamentais: umas são baseadas em número pequeno de casos e, às vezes, só em casos selecionados, enquanto que noutras entra em cálculo todo o material, sem classificação. Diferem também, apresentando, umas, os números de curas “relativas”, outras “curas absolutas”, pela exclusão ou não dos pacientes mortos por moléstias intercorrentes; variam, finalmente, na classificação dos casos tratados, dos pontos de vista clínico e histopatológico. Por outro lado, quando um autor, visando eliminar essas falhas, emprega a técnica da estatística “standardizada”, como o fez em trabalho recente I. Lampe, quase não se aproveita este esforço, pois apesar do valor dessa estatística, quanto aos resultados obtidos pelo autor, ela fica isolada, não dando margem a que seus resultados sejam comparados a outros baseados em métodos diferentes.

N. da R. — O presente trabalho foi recebido em 1949. Por motivo de falta de espaço só agora pode ser publicado. Nos próximos números serão revisados os dados referentes ao período de 1939 até a presente data.

CASOS OPERADOS			CASOS IRRADIADOS			CASOS OPERÁVEIS MAS IRRADIADOS		
AUTORES (OP. DE WERTHEIM)	ANO DE PUBLICAÇÃO	CURAS DE 5 ANOS	AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	CURAS DE 5 ANOS	AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	CURAS DE 5 ANOS
Franz	1910-17	57 %	Clinica Mayo	1930	21,84 %	J. Heyman	1930	43,6 %
Franqué	1921	80 %	Burnham	1933	15,96 %	Burnham	1933	54,7 %
Faure	1920	80 a 87% (casos iniciais)	Healy	1934	22,6 %	Healy	1931	45, %
Weibel	1925	50% (todos os casos operáveis)	Regaud e Lacassagne	1934	33, %	Regaud e Lacassagne	1932	50,9 %
Bonney	1925	39,1 %	G. Gray Ward	1935	22,6 %	G. Gray Ward	1934	34,8 %
Finlaison	1936	61,5 %	Middles. Hosp	1935	41,4 %	S. Laborde	1933	58,3 %
Lynch	1940	63,6 %	Centro de Radium Liverpool	1935	33 %	Schmitz	1933	55 %
Adler (op. de Schauta)	1933	39,4 %	Marie Curie Hosp. (London)		45,7 %	Marie Curie Hosp. (London)	1934	64 %
						Voltz	1932	49,4 %
						Wintz (Roent-genterapia)	1933	68 %

Temos que nos resignar, no momento atual, às falhas das estatísticas sobre cânceres da cervix e usá-las com reserva, como base para crítica dos resultados clínicos obtidos no último decênio pelos diversos tratamentos.

F. W. Lynch publicou, no tratado de Pack-Livingstone, uma lista de resultados obtidos em carcinomas da cervix por cirurgias hábeis, e Kaplan contribuiu com uma lista semelhante quanto à radioterapia. A comparação dessas duas listas (tabela I), revela o alcance clínico dos dois processos mais ou menos até 1935.

Vê-se pela tabela I o seguinte: já em 1920-1925, obtinham os ginecologistas curas de 5 anos pela operação radical (grande maioria seg. Wertheim), na percentagem de 39,1% (Bonney) a 87% (Weibel). A técnica cirúrgica nessa época já era de alto padrão, tanto que não se alcançou resultado superior após 20 anos (Lynch 1940 — 63,6%; Morton

1947, em revisão dos resultados de Lynch, 64,7%).

A radioterapia, por outro lado, entre 1920-25, estava no início e estando dominado o campo terapêutico pela cirurgia, não dispunha de número suficiente de pacientes, nem de cifras de curas comparáveis às da cirurgia. Entre 1930-35, porém, modificou-se o aspecto, e numerosos radioterapeutas publicaram curas de 5 anos, oscilando entre 16% (Burnham) e 45,7% (Marie Curie Hospital), que eram consideradas como de alcance satisfatório. Esses resultados referiam-se a casos de todos os graus clínicos, mostrando que a radioterapia podia alcançar, em casos semelhantes, os resultados publicados pelos cirurgiões. Ampliadas as estatísticas compiladas por Lynch e por Kaplan por parte da estatística coletiva publicada em 1936 por T. F. Todd, selecionando-se autores que também aparecem na lista de Kaplan, pode-se verificar quanto melhoraram os resultados, excluindo-se da estatística radioterápica os casos

TABELA II

Curas relativas de 5 anos, em períodos diferentes, obtidas por A. Lacassagne no Instituto do Radium de Paris (da Monografia de Lacassagne, Baclesse e Raverdy, Paris, 1941)

PERÍODOS	TOTAL DOS PACIENTES	% CURADOS	CURADOS EM GRAU CLÍNICO			
			I	II	III	IV
1919-1927 incl.	729	24,3%	56%	34%	18,2%	0
1928-1932 incl.	571	40,3%	72%	49,3%	33,3%	12,5%
Aumento relativo das curas entre os respectivos períodos						
1919-27 a 1928-32	Total	+66%	+28,5%	+45%	+84,5%	

de 5 anos, são comparáveis aos cirúrgicos, embora não atingissem nessa época os 80% de sobrevivência relatados por alguns cirurgiões.

Nesse ínterim, melhoraram os resultados da radioterapia. As tabelas II e III são prova dessa afirmativa.

riodos, não corresponde verdadeiramente ao seu alcance, servindo melhor a apresentação percentual relativa. Por exemplo, se em certo período a sobrevivência fôr de 20% e no outro de 30%, o aumento absoluto, como calcula Heyman, é de 10%, mas êsses 10% perfa-

TABELA III

Curas relativas de 5 anos, em períodos diferentes, obtidas por J. Heyman no Radiumhemmet de Estockholmo.

PERÍODOS	TOTAL DOS PACIENTES TRATADOS	% CURADOS	CURADOS EM GRAU CLÍNICO			
			I	II	III	IV
1914-30	1789	23,1%	53,1%	35,7%	16,3%	5,8%
1931-35	1024	28,0%	64, %	35,3%	20,5%	6,9%
1936-38	798	39,7%	63,3%	47,6%	21,5%	11,8%

Aumento das curas entre os respectivos períodos

1914-30 a 1931-35	Total:	+21,2%	+20,8%	0	+25,7%	+24 %
1931-35 a 1936-38	Total:	+35,5%	0	+35,0%	+ 5 %	+72 %
1914-30 a 1936-38	Total:	+64 %	+20,5%	+34,5%	+31,3%	+100 %

A tabela II é original de Lacassagne; a tabela III, composta por nós, apresenta as cifras publicadas por Heyman na Acta radiol., em 1944. A divisão em períodos diferentes também é nossa, de acôrdo com o progresso revelado pelas cifras originais daqueles autores.

Achamos que o progresso das curas, como foi demonstrado por Heyman pela simples diferença numérica entre as percentagens de cura em diferentes pe-

zem 50% da sobrevivência original, e isto é a medida real do progresso alcançado. Algumas Instituições últimamente obtiveram resultados bem comparáveis com os de Lacassagne e Heyman oscilando entre 62-72% de sobrevivência de 5 anos no grau I, entre 47,6 e 49,3% inoperáveis. Êsses resultados, oscilando entre 34,8% (Gray Ward), 64% (Marie Curie Hospital) e 68% (Wintz com roentgenterapia isolada) de curas clínicas

no grau II, cifras, aliás, semelhantes às dos melhores resultados cirúrgicos. Mas alcançaram também cifras respeitáveis de sobrevivência nos casos inoperáveis, oscilando entre 21,5 (Heyman) e 33,3% (Lacassagne) no grau III e 11,8% (Heyman) e 12,5% (Lacassagne) no grau IV. Essas curas nos graus III e IV demonstram o verdadeiro valor da radioterapia em casos fora do alcance cirúrgico e, ao mesmo tempo, o progresso pela radioterapia até 1938.

Assim, calcula-se em 66% a melhora obtida por Lacassagne entre 1919 e 1932, e em 64% a de Heyman entre 1914 a 1938 para os graus clínicos I-IV, mas esta percentagem é relativamente maior nos graus mais avançados do que nos iniciais. Prova nítida disso fornece a estatística de Lacassagne, que revela melhora dos resultados de 5 anos, de 28,5%, 45% e 84,5% nos graus clínicos I, II, e III, respectivamente, omitindo a contagem dos graus IV, por ser pequeno o número dos respectivos pacientes. Em resumo: os resultados da radioterapia, semelhantes aos da cirurgia em casos operáveis, são superiores nos casos mais avançados. Estão mesmo em elevação progressiva, absoluta e relativa, e provavelmente ainda não concluída.

Quando os métodos de irradiação eram rudimentares, obtinham-se bons resultados em casos recentes, localizados na cervix, mas pouco se conseguia nos casos com infiltração progressiva. O progresso terapêutico, aumentando percentualmente de modo igual à gravidade dos casos, mostrou muito bem o que se pode alcançar pelo aperfeiçoamento contínuo dos métodos usados. Diz Heyman a respeito: "Tendo sido notado o aumento percentual das curas durante pelo menos 7 anos e considerando-se

o grande número de casos, a melhora não deve ser encarada como uma variação casual, mas tida como permanente".

A significação desse progresso torna-se mais nítida quando se verifica que a grande maioria dos casos irradiados pertence aos graus avançados: 60,86% conforme publicação da Clínica Mayo; 62,2% segundo Heyman; 64,54% segundo Ayres Neto, Martins e Nestarez; 75% segundo Edwards; 85,9% segundo Markl; 87,5% segundo Buschke e Cantril (1945); 90% segundo Elizabeth Newcomer; 90% segundo Morton; 91,3% segundo Bowing e Fricke (1943), fazendo exceção a percentagem de 54% — 60,8% de pacientes indicados para operação radical vaginal, relatada pela Clínica Gin. de Viena, por Adler.

Estatísticas compiladas da literatura internacional e publicadas por Calatroni e Ruiz (cit. seg. P. Ayres Neto, A. F. Martins e colaboradores) elucidam bem o nosso ponto de vista. Curas absolutas por meio de diferentes métodos cirúrgicos em 2.562 casos dos graus I-IV: 16,7%. Em 507 casos irradiados, também de todos os graus clínicos: 25,64%. Vê-se que a inclusão dos casos avançados nas estatísticas faz cair os resultados cirúrgicos abaixo de um limite satisfatório, enquanto os da radioterapia se mantêm em altura apreciável, notando-se assim a capacidade da radioterapia de ser aplicada com sucesso em terreno mais amplo e mais ingrato.

Mas temos que verificar se esta superioridade da radioterapia somente se limita aos casos mais avançados.

De fato, são conhecidos resultados em casos operáveis, diante dos quais a radioterapia se põe à frente da cirurgia como mostra a tabela IV:



TABELA IV
PERCENTAGEM DE CURAS RADIOTERÁPICAS DE 5 ANOS

AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	GRAUS CLÍNICOS (L. d. N.)			
		I	II	III	IV
Murphy e Hufford	1941	100%	100%	33,3%	
Miegs e Jaffé	1939	100%	66,6%	35,5%	5,8%
Buschke e Cantril	1945	80%	74%	—	—
		76%			
Waterman e Di Leone	1945	—	80,5%	44,0%	
			66%		
Lampe	1947	66,7%	65%		43,8%
		86,7%			

Alguns autores, como Murphy e Jaffé, salvaram todos os casos do grau I e Murphy e Hufford também do grau II. É verdade que o total desses casos não é grande, mas Heyman já em 1935 alcançou curas de 87,5% e Schmitz de 87,88%. Hurdon, em 1914, relatou 88% de sobrevivência em pacientes do grau I, sendo homologado esse resultado por Lampe com 86,7%, todos dispondo de grande número de casos. São mesmo um pouco melhores esses resultados do que os obtidos por Lynch, com cirurgia "extremamente radical" (Novak), a saber, 85,5% no grau I e 53% no grau II ou — depois das correções que Morton publicou em 1947 — 92,6 e 58,7%, respectivamente. No grau II a radioterapia alcançou curas entre 65-66,6% (Meigs e Jaffé, Hurdon) e ultimamente Pitts e Waterman (relatados por Waterman e Di Leone, em 1945) 80,6%. Mesmo no grau III, fora do alcance cirúrgico, os autores citados alcançaram curas entre 35,5-43,8%, alcance esse desconhecido há poucos anos atrás. Em

algumas estatísticas aparecem percentagens entre 5,6% (Meigs e Jaffé) 8,5% (Hurdon) e 12,5% (Lacassagne) de pacientes no grau IV, salvas. Entre 32 pacientes do grau IV, que foram irradiadas em 1936, Heyman obteve a percentagem de cura excepcional de 21,9%. Variam muito os resultados dessa classe e como é sempre pequeno o número das pacientes tratadas no grau IV, somente mencionamos estas curas sem usá-las para fins comparativos.

CIRURGIA E RADIOTERAPIA

O fato de que nos casos operáveis, se obtém curas na mesma percentagem, tanto pela radioterapia como pela cirurgia, assim como a cura de um número respeitável de casos inoperáveis irradiados, não circunscreve tôdas as vantagens próprias à radioterapia. Um outro fator que quase sempre promove a decisão a favor das irradiações é a mortalidade primária, quase não existente após seu emprêgo.

TABELA V
MORTALIDADE PRIMÁRIA

CIRURGIA RADICAL			RADIOTERAPIA	
Autores	Método	Mortali- dade %	Autores	Mortali- dade %
Lynch (1931) coletiva	Estatística Wertheim	16,5 %	Regaud (1922-1926)	2 mais tarde 1,6%
Faure seg. Buschke e Cantril	Wertheim	19 %	Ward	1,6%
Weibel (1929)	segundo Todd	Wertheim	Heyman	2,1%
Bonney (1935)		Wertheim	Voltz	0,8%
Peham e Amreich (1934)		Schauta	Bowing	1,1%
Lynch (1940) " (publicado p/Morton, 1947)	Wertheim "	7 % 5,08%	P. Ayres Neto e M. T. Martins	0 %
Adler (1938-1947)	Schauta	3,9 %		

Vê-se pela tabela V que a mortalidade após operações de Wertheim executadas por operadores experimentados, ainda era ao redor de 14-19%; o próprio Wertheim não conseguiu reduzir a mortalidade primária abaixo de 12% (Novak). Somente Peham e Amreich, executando a extirpação vaginal do útero, seg. Schauta, apresentaram mortalidade baixa (6,3%), mas as indicações desse método são mais restritas. Adler, em 1938, apresentou mortalidade operatória ainda mais baixa, de 3,9%. Depois vamos comentar os resultados excelentes de Taussig, com mortalidade de 1,47% e nenhuma morte em 102 pacientes recentemente operados e os de Meigs, também, com idênticos resultados em

91 casos publicados em 1947. Esses resultados, aparentemente, se devem ao aperfeiçoamento do tratamento pré e pós-operatório, com antibióticos, mas mesmo assim são resultados isolados e Heyman, em trabalho publicado em 1945, acredita "não ser exagero" computar a mortalidade cirúrgica em 4%.

Em relação à percentagem da mortalidade pós-operatória até 1938 e também, quando comparado com as cifras mais recentes, é baixo o número das pacientes que morrem durante a radioterapia (0,8 — 2,0%); nos casos de P. Ayres Netto, A. F. Martins e colaboradores, a mortalidade primária foi nula. Os números isolados não revelam bem os fatos, porque as que morrem durante

a irradiação são pacientes em caquexia e com tumores avançados, na maioria ulcerados, quer dizer pertencentes aos graus clínicos IV e III, ao passo que a mortalidade operatória incide sobre pacientes operáveis, e que para a radioterapia seriam "os melhores riscos", para falarmos a linguagem das estatísticas de companhias de seguros, pacientes essas que não morreriam, se irradiadas, e teriam a chance de longa sobrevivência.

A morbidade após radium e roentgenerapia, particularmente em casos avançados, com hemorragias vaginais ou retais, proctite, fistulas, etc. é conhecida. Certos métodos radioterápicos, particularmente o radium intersticial (Pitts e Waterman, Covington) sobre os quais referir-nos-emos detalhadamente mais tarde, apresentam morbidade maior do que a radioterapia em geral. Mas também as operações radicais clássicas produzem morbidade certamente não inferior àquela. Diz Novak a respeito: "... essas operações trouxeram consigo uma cadeia de sequelas tormentosas, isto é, lesões da bexiga e do ureter, a miúdo resultando em fistulas e frequentemente em lesões intestinais".

Em consequência de tudo isso, e em particular pela melhora dos métodos e dos resultados da radioterapia, resultou a sua escolha como método de eleição nos cânceres da cervix.

Del Regato, discutindo o valor da cirurgia, que é sempre relativo, devido ao número restrito de casos em que é indicada, relata a experiência de Kelly, que operou casos *iniciais*, do grau I, e irradiou casos *mais avançados* do mesmo grau clínico. Após alguns anos, Kelly verificou ser maior o número de sobreviventes, após radioterapia, do que

o total dos casos operáveis. Healy, citado por Del Regato, encontrou somente 12,5% operáveis, entre 1.500 pacientes observadas por êle. Diz Del Regato, concluindo: "Devemos conservar o nosso senso da proporção". Esta frase significativa poderia também se aplicar comparando-se os resultados de Jones e Jones, do John Hopkins Hospital: entre 36 casos "cuidadosamente selecionados" e operados, sobreviveram 41% 5 anos; entre 704 casos não selecionados e irradiados salvaram-se 57%; concluíram os autores que "a histerectomia como terapêutica do carcinoma precoce não é satisfatória. A irradiação é o método de escolha".

Em trabalho recentemente publicado, Novak, comentando os resultados radioterápicos sempre melhores e o número reduzido dos incidentes post-irradiação, escreve: "Êstes fatores dão ampla justificativa da indicação da radioterapia como método de escolha no tratamento do câncer da cervix, e êste conceito foi durante muitos anos predominante em quase tôdas as clínicas. Não é necessário ser entusiasta pelo radium para aceitar a sabedoria dêsse conceito nas circunstâncias atuais".

Alguns autores, contemporâneos mesmo, não mais podem compreender que ainda haja clínicas, com tendência cirúrgica. Edwards, por exemplo, escreveu em 1941: "Healy, Schmitz, Watson, Curtis, Ward, e muitos líderes ginecologistas americanos verificaram, sem hesitação, que a cirurgia não é mais o método de escolha no tratamento do carcinoma da cervix".

Em 1927, Lane-Claypon, encarregado pelo Ministério da Saúde da Inglaterra, publicou um relatório metucioso sobre os resultados dos dois métodos terapêuticos. Em 1936, Todd, dis-

cutindo esse relatório e juntando novo material, resumiu da maneira seguinte a posição atual da questão: "Fica demonstrado que os resultados do tratamento pelo radium, atualmente, são superiores aos da cirurgia... 10 anos atrás a cirurgia oferecia um prognóstico melhor, nos casos operáveis, mas hoje, o radium apresenta um prognóstico 10% superior e ainda ressalvando os casos inoperáveis". "Os resultados da cirurgia não melhoram enquanto os da radioterapia tornam-se cada ano superiores, sendo que o melhor ainda está longe de ser alcançado".

Bowing e Fricke, da Clínica Mayo, (1943) desenvolveram um outro ponto de vista interessante, concluindo pela supremacia da radioterapia. Dizem eles: "Já está provado o valor da atual técnica cirúrgica, e não é de esperar que se façam novas modificações. Mas para o radioterapeuta dedicado, o tratamento do câncer da cervix é um problema individual. Não somente diferentes clínicos mas o próprio radioterapeuta modificará os seus métodos de ataque, de acordo com as lesões, pois elas variam amplamente e da mesma forma o número das que respondem ao tratamento varia de acordo com os fatores defensivos anti-cancerosos da paciente", "Apesar disso, ainda se encontra cá e lá quem não se pode abster da histerectomia em cânceres da cervix, não respeitando os resultados inferiores que a acompanham..."

St. Cade (1940) chega à conclusão que, pelo exame detalhado da mortalidade e da sobrevivência de 5 anos, a irradiação é "irrefutavelmente superior à cirurgia nos cânceres da cervix". Vendo, todavia, que ainda, a maioria dos casos operáveis é submetida à operação,

revela de maneira acerba a sua opinião sobre as causas desse fato:

"1) Para a geração mais velha que adquiriu fama praticando a operação de Wertheim, é impossível orientar-se para um outro método em que seus mestres não sejam os expoentes principais.

2) A geração nova, atraída pelo esplendor dramático da cirurgia, ou é genuinamente despercebida ou não se convence que a radioterapia reduz um tumor da cervix com a mesma certeza como o faz a remoção cirúrgica".

Críticas como a de Cade foram ouvidas nos grandes centros ginecológicos da Europa e da América do Norte.

Assim, ultimamente, reduziu-se sensivelmente o número das operações. E. Newcomer resume este fato com as palavras: "A cirurgia foi praticamente abandonada no tratamento do câncer da cervix". Morton (1947) confessa que os 119 casos que F. W. Lynch operou, nos últimos 30 anos, somente perfizeram 10% do total visto e que se encontrou entre os casos não operados a metade das pacientes nos graus I e II. Simone Laborde, em trabalho também publicado em 1947, revela que no Instituto do Câncer de Paris, das pacientes de carcinoma da cervix somente 8 em grau I foram operadas, perfazendo 8,9% das doentes deste grau e 0,3% do total de 2.600 casos tratados. Este número reduzido de operadas reparte-se ainda entre 2 indicações: 1) casos recidivados após irradiação e 2) casos onde o radium não pôde ser colocado por "peculiaridade anatômica", a saber: vagina demasiadamente estreita ou rigidez da cervix, sendo estes casos, a nosso ver, muito raros no grau I, de maneira que podem ser desprezados como contra-indicações gerais.

Apesar disso, continuam em certas

publicações as tendências cirúrgicas. Destacam-se principalmente 5 autores como renovadores da cirurgia do câncer da cervix, a saber: Meigs recomenda a operação de Wertheim com dissecação radical dos gânglios nos casos operáveis. L. Adler continua na tradição de Schauta, executando a ressecção radical do útero por via vaginal. Já antes da iniciativa de Meigs, Taussig fazia extirpação radical dos gânglios pélvicos, mas após irradiação intensiva e sem remoção do útero; Westman, na Suécia, propaga a histerectomia simples após radioterapia, sendo apoiado, ultimamente por Hultberg.

As opiniões destes autores são debatidas por outros e por isso vamos expor o estado atual da disputa com o nosso ponto de vista.

Meigs baseia a reintrodução da extirpação do útero nas seguintes razões: A remoção cirúrgica da cervix torna impossível 1) ocorrência do carcinoma em outro ponto da cervix, bem como 2) recidivas locais; 3) alguns carcinomas cervicais são radio-resistentes; 4) a operação evita prejuízo ao intestino, o que pode acontecer com a radioterapia; 5) alegando que a irradiação é incapaz de esterilizar metástases ganglionares, afirma que a obra de Bonney e de Taussig é a prova de cura da metástase ganglionar pela operação.

Buschke e Cantril contestam a maior parte das teses de Meigs, raciocinando da maneira seguinte: recidiva e nova localização cervical após radium são bastante raras. Entre 153 casos, Buschke e Cantril verificaram somente um caso desse gênero, ocorrido 4 anos após o tratamento, numa paciente do grau III. Carcinoma residual ativo devido a radio-resistência deve ser "aceito em casos de exceção". Lesões intesti-

nais (em casos operáveis) post-irradiação são evitáveis.

Quanto aos gânglios, concedem Buschke e Cantril que "nódulos linfáticos metastáticos devidos a carcinoma epidermoide em qualquer lugar, quase nunca podem ser controlados pela irradiação".

Teremos que voltar mais tarde a esta afirmativa de Buschke e Cantril, pois outros autores provaram que existem possibilidades da irradiação ser capaz de eliminar a metástase ganglionar após carcinoma da cervix.

A operação de Meigs, além da extirpação do útero, abrange a remoção radical de todos os gânglios e canais linfáticos da pélvis, pelo menos da metade da vagina, bem como dos paramétrios, e, finalmente, limpeza total do espaço de Douglas, dos ligamentos respectivos e dos músculos que dão para a vagina. Diz o autor que é uma operação demorada ("time-consuming operation"), que dificilmente se aprenderia pelos tratados e que não deveria ser executada a não ser depois de estudos ao lado de operadores já peritos no assunto, pois há grandes perigos de lesões ureterais. O próprio Meigs não pôde evitar fistulas uretero-vaginais, (8,7%) que exigiram — em parte — operações secundárias (nefrostomia — extirpação dum rim.) Aos resultados da operação, referir-nos-emos mais tarde.

L. Adler também condena a operação abdominal de Meigs embora por motivos diferentes: "o fato provado da irradiação e da operação extensa vaginal igualarem os resultados da laparotomia, parece indicar que a extirpação dos gânglios não é razão suficiente para correr-se o risco duma laparotomia perigosa..." Ele pratica a extirpação larga vaginal de Schauta modifica-

da por êle, nas seguintes indicações: 1) adenocarcinomas da cervix devido à sua radio-resistência, 2) carcinomas constituídos por células imaturas pela sua malignidade e 3) como indicação facultativa, cânceres com propagação linfática, considerando-os "muito menos radio-sensíveis do que os plexiformes".

Mas Adler continua também com as idéias de Schauta, que "considerou obrigatório para um cirurgião que não fechou os olhos ao alcance extraordinário da irradiação, tentar melhorar os resultados cirúrgicos pela aplicação de radioterapia nos casos operados por êle".

Teremos oportunidade de descrever o sistema de irradiação de Adler, aliás bastante complicado, na parte da radioterapia. Mas a estatística publicada por Adler em trabalho recente (1947) não é muito convincente no que diz respeito à utilidade e indispensabilidade da operação vaginal. Os resultados absolutos da intervenção isolada foram de 20%; com a irradiação subiram a 39,4%. (*)

Comparando êsses números com as curas absolutas de outros autores, é mister reconhecer que só com a radioterapia êles alcançaram os mesmos resultados ou até melhores do que Adler. Por exemplo, 40,3% (Lacassagne), 39,7% (Heyman), 30% (Murphy e Hufford) etc. E os resultados de 3 anos em casos operáveis de Adler, sendo de 72% com operação mais irradiação, não igualam à percentagem de curas radioterápicas, de 5 anos, de Schmitz, Heyman, Hurdon, Lampe, etc., tôdas acima de 85%.

Ora, a melhoria das percentagens de Adler, de 20 para 30,4%, só sobreveio

depois da associação com a radioterapia. Assim, de diferentes pontos de vista, é permitido concluir que: a extirpação vaginal do útero não contribuiu para melhorar os resultados em geral, e considerando os resultados definitivos da irradiação como terapia isolada pode ser dispensável a intervenção.

Tausig ataca o problema com certa reserva, dizendo o seguinte: a resseção completa do sistema linfático tributário é difícil e acompanhada de certa mortalidade pós-operatória inevitável. Assim, numa série de 136 operações executadas por Taussig a mortalidade foi de 1,47%, mas não teve nenhum caso de morte entre as 102 últimas pacientes. Mas Taussig atribui isto ao fator sorte e calcula em 10% a mortalidade pós-operatória em casos não excepcionais.

Tausig relata que a sobrevivência de 5 anos na série das operadas por êle tem sido o dôbro dos casos apenas irradiados, mas confessa que a dosagem dos raios era insuficiente (2.500-3.000 r), falha essa da irradiação hoje eliminada.

Finalmente, diz Taussig que a irradiação pré-operatória intensa executada por êle faz com que seja mais difícil o diagnóstico de "ninhos metastáticos mínimos". Em outras palavras, certos gânglios, sendo em parte não reconhecidos como infiltrados, permanecem no organismo, tornando ilusório o conceito de operação radical, e quando ressecados e já fibrosados, aumentam o risco da operação.

O mais recente método de remoção dos gânglios é a operação de Nathanson, Parsons e Taylor, da Clínica de Meigs (Boston), que consiste na extirpação dos gânglios ilíacos e obturator por via retro-peritoneal. Meigs, na sua comunicação ao 28.º Congresso da American Ra-

(*) Em dois outros pontos do trabalho citado, o autor calcula os casos de 5 anos obtidos por êle em somente 32%.

dium Society (Junho de 1946), achou a operação "muito boa". Relatórios mais detalhados ainda não chegaram ao nosso conhecimento.

Westman e, ultimamente, Hultberg baseiam a proposta da histerectomia, após irradiação intensiva, na alegação de que se observaram entre as pacientes irradiadas 25% com recidivas locais na cervix. Tietze, segundo Hultberg, também observou 20% de recidivas locais. Mas Tietze trabalhou antes dos progressos atuais da radioterapia, não podendo servir de testemunha a respeito. Dietel, também citado por Hultberg, diz ter encontrado 21% de recidivas locais, mas em segundo trabalho, citado por Heyman, somente relata 3%. Esta percentagem estaria de acordo com a afirmativa de Buschke e Cantril, de que "a recidiva do carcinoma epidermoide na cervix é extremamente rara". Heyman, referindo-se a um trabalho sobre recidivas observadas nas pacientes do Radiumhemmet, diz que encontrou grandes dificuldades em discriminar recidivas locais ou a distância e que "a classificação, pelo menos na metade dos casos, era artificial", de modo que ele acha ser a classificação exata uma "tarefa sem esperança". Assim conclui que "afirmativas no que dizem respeito à percentagem

das recidivas locais, não merecem confiança e constituem argumento duvidoso em favor da intervenção, que inevitavelmente causará sofrimentos desnecessários a grande número de pacientes".

Da mesma forma refuta Heyman as indicações apresentadas por Hultberg, a saber: adenocarcinoma cervical, úlcera endocervical e casos de pacientes jovens. O adenocarcinoma oferece pouco interesse do ponto de vista da intervenção pela sua raridade entre os carcinomas cervicais. Quanto às outras duas indicações — diz Heyman — Hultberg fica devendo a prova da maior incidência de recidiva nesses casos.

Westman propõe a histerectomia simples, 6 a 8 semanas após a irradiação, sem esperar o resultado do tratamento. Heyman chama essa operação "o primeiro tipo de histerectomia profilática" e usando o material do Radiumhemmet de 1932 a 36, no total de 1.055 casos, mostra como não teria sido beneficiado o resultado final pela operação de Westman. Sendo esse exame um cálculo lógico e analítico, achamos oportuno citá-lo:

Assim, o resultado final da histerectomia profilática do tipo Westman, caso tivesse sido experimentada nas pa-

Total dos pacientes	1.055	pacientes
Inoperáveis 6-8 semanas após irradiação	475	"
<hr/>		
A serem possivelmente beneficiado pela operação	580	"
<hr/>		
Dêste grupo foram curados com irradiação	334	"
Tiveram recidiva fora da cervix	156	"
Faleceram por doenças intercorrentes antes de 5 anos após a irradiação	20	"
<hr/>		
Total das pacientes que não teriam sido beneficiadas pela intervenção	510	"

Duvidam Buschke e Cantril das vantagens da extirpação dos gânglios proposta por Taussig. Taussig afirmou ter obtido uma melhora de 68% nas curas de 5 anos com o tratamento combinado (irradiação mais resseção dos gânglios), com 38% de curas em média, enquanto a radioterapia sôzinha apresentou 22,9% de curas de 5 anos. Buschke e Cantril lembram que hoje em dia os resultados da radioterapia no grau II, o único que Taussig aceita para ser submetido à intervenção, alcançam 40-60 e até 70% de curas (V. tab. IV).

Quanto ao alcance de Meigs os mesmos autores propõem o seguinte cálculo:

Casos operados	
por Meigs	65
Casos sem gânglios	53—2 faleceram
Casos com gânglios	12—3 faleceram(25%)

Resultado: salvas pela operação e que possivelmente não podiam ser pela radioterapia, 9 pacientes. Assim, para cada 3 pessoas salvas, Meigs operou um total de 22, sendo que 18 = 82,5% não apresentavam gânglios e dêsse modo foram desnecessariamente submetidas à operação. Pela última publicação de Meigs (1947), já mencionada acima, nota-se que esta relação ficou constante: entre 91 operadas encontram-se 18 = 19,7% com gânglios infartados e 73 = 80,3% pacientes que não precisavam ser operadas. Estas cifras foram recentemente lembradas na estatística de Morton. Este autor, executando a operação de Taussig, encontrou em 51 pacientes 33 (65%) e num outro grupo de 35 pacientes 31 (88,5%) sem invasão ganglionar.

Também discutindo a relação numérica entre pacientes salvas pela operação de Taussig, e as que na série publicada por êle foram desnecessariamente submetidas à intervenção, Buschke e Cantril raciocinam da maneira seguinte: Taussig avaliou em 26,8% as portadoras de metástases ganglionares entre as 175 operadas. Mas apenas 21% dessas pacientes com gânglios lesados foram salvas pela operação. Isto quer dizer que 1 entre 4 casos estava indicado à operação, e uma pessoa entre 5 das operadas foi salva, perfazendo um total de 1 só caso beneficiado, entre 20 operados. Acham Buschke e Cantril que êsse caso poderia também ser beneficiado por uma irradiação mais adequada.

Taussig publicou um total de 136 resseções radicais de gânglios pélvicos, dos quais 30 operados há mais de 5 anos, permitindo calcular a vantagem da intervenção, a saber, curas de 5 anos perfazendo 46,5%. Porém, em somente 12 casos das 30 pacientes foram encontrados na operação gânglios metastáticos, isto é, 40%.

Aplicando-se a mesma distribuição numérica ao total das operadas por Taussig, temos:

Total das operadas	136 pacientes
Total das que foram salvas (46,6%)	63 pacientes
Total portadoras de gânglios (40%)	54 pacientes
Oper. sem necessidade 60%	82 pacientes

Ora, se apenas se encontram entre as pacientes salvas pela operação (63) as portadoras de gânglios (54), somente 9 pessoas (11,2%) do grupo das sem gânglios sobreviveriam, número reduzido, comparado ao que a radioterapia é capaz de obter. Mas consideremos a outra alternativa: o total das pacientes

Mortas por carcinoma, e que, possivelmente, teriam tido chance de salvar-se pela intervenção	70	"
Mortalidade operatória (por hipótese) conforme experiências anteriores — 10 %	7	"
Inoperáveis (por hipótese) por metástases ganglionares	19	"
Aquelas que teriam adquirido metástases mais tarde ..	33	"
Total (por hipótese) das não salváveis pela operação ..	59	"
Número total das possíveis sobreviventes de 5 anos em casos de operação	11	'
Perda provável em 334 pacientes (curadas com radioterapia) pela mortalidade pós-operatória — 5% — caso fossem submetidas à intervenção	16	"
Resultado final :	Salvação provável de 11 pacientes, não curadas pela irradiação, neutralizada pela morte provável de 16 outras já salvas pela radioterapia.	

cientes do Radiumhemmet, em vez de vantajoso, teria sido prejudicial, pois 5 pessoas menos teriam sido salvas do que foram pela radioterapia.

Considerando êsse prognóstico muito pouco animador, Heyman chega a chamar de "experiência perigosa" a histerectomia profilática.

A operação proposta por Hultberg, que Heyman denomina "o segundo tipo de histerectomia profilática", e que consiste na histerectomia simples após a radiumterapia, de acôrdo com o resultado obtido pelo radium, não é mais feliz, afirma Heyman, mostrando que Hultberg, com ajuda da cirurgia, conseguiu 66,6% de curas de 3-7 anos, que não são superiores aos 87,5% de curas em casos do grau I e 65% em graus I-II alcançados no Radiumhemmet, sem intervenção. Assim, Heyman conclui que a histerectomia profilática não melhora os resultados obtidos pela irradiação.

Nem vê razão para duvidar dessa conclusão, por terem sido encontrados por Hultberg 4 casos com células cancerosas ativas em 16 casos irradiados e depois operados, e 134 por outros autores, entre 234 operadas por carcinomas previamente irradiados. Diz Heyman que células cancerosas presentes na cervix 6-8 semanas após a irradiação e mesmo depois de 6-12 meses não provam nem insuficiência da radiumterapia nem a necessidade da intervenção profilática, pois o efeito da radioterapia, como se sabe, é gradativo e a presença microscópica de células tumorais nas épocas indicadas é observada muitas vezes em casos que sobrevivem sem recidivas ou metástases 5 ou mais anos.

Antes de formarmos opinião definitiva sobre o "renascimento cirúrgico", temos que voltar aos trabalhos de Meigs e de Taussig e examiná-los com cálculos semelhantes aos acima citados.

salvas foi de 63, o total das sem gânglios 82. Se fôsem salvas, as pacientes sem gânglios em primeiro lugar, caso que apresenta mais possibilidade do que o primeiro, nem tôdas dêste grupo de 82 seriam salvas, e nenhum caso entre as portadoras de gânglios! Assim, de nenhum ponto de vista pode se ver uma vantagem numérica na operação de Taussig. E as curas cirúrgicas de 46,6% não podem impressionar numa época na qual se obtêm pela radioterapia curas de 80-100% no grau clínico I e até 66% no grau clínico II.

Mas isto ainda não é tudo que se pode argumentar. Em primeiro lugar o número das pacientes que se submetem à operação é reduzido em comparação ao total das indicações, segundo Meigs, Taussig, Westman e Hultberg. Taussig faz sua operação somente em casos do grau II, embora também 15%-19% do grau I apresentem gânglios (Taylor, Meigs). Meigs restringe ainda mais os casos indicados à intervenção, selecionando somente pessoas moças, magras, com bom estado geral, que Meigs chama "bons riscos operatórios" e "com carcinoma incipiente". Essas indicações especiais excluem quase tôdas as pessoas na idade normal do carcinoma, mesmo as portadoras dum carcinoma do grau I, tôdas as pessoas com certa adiposidade, tôdas as pacientes do grau II. Últimamente Morton juntou também a exigência de boas veias superficiais para as pacientes poderem ser beneficiadas por soroterapia e transfusões no post-operatório. Não é estranho que desta maneira entre quatro doentes nas quais Buschke e Cantril, em sua série de 79 carcinomas do grau I e II, não obtiveram resultados favoráveis pela radioterapia, 3 não teriam sido capazes de serem operadas confor-

me as exigências de Meigs e que por isso os autores se negam a reconhecer que a operação seja superior à irradiação individualmente aplicada. Devemos lembrar também as cifras de Heyman, indicando o fato de que 27% das inicialmente operáveis eram inoperáveis, quando a histerectomia total deveria ser feita, por propagação tumoral, sequelas radioterápicas e prognóstico operatório desfavorável. Mais freqüentemente ainda do que no caso da histerectomia profilática, operação essa relativamente simples, pode se apresentar a inoperabilidade quando se trata de intervenções complicadas como as de Meigs e de Taussig etc.

Tornando-se, assim, cada vez mais restrita a margem da seleção dos casos apropriados para a intervenção, de modo que o próprio Meigs calcula somente 7,5 - 10% dos casos operáveis aqueles indicados a serem operados por êle, encontramos mais um fator de incerteza na execução da operação de Taussig, isto é, a restrição natural do campo da operação. Taussig remove os gânglios pélvicos a saber, os hipogástricos, obturadores, ilíacos primitivos e externos. Outros operadores subdividiram os gânglios com possibilidades de metástases, em operáveis e inoperáveis. São classificados como operáveis os gânglios paramétricos, hipogástricos, obturadores, ilíacos primitivos; como inoperáveis os sacros, inguinais, lombares e para-aórticos (Kroemer, Schauta, Mackenrodt, Stoeckl). Vê-se que Taussig segue em geral êsse esquema. Assim êle encontrou carcinoma entre 83 casos operados:

34 x	nos gânglios	hipogástricos
9 x	"	obturadores
4 x	"	ureterais
1 x	"	inguinais

Vê-se que os gânglios mais afetados são os hipogástricos enquanto o gânglio obturador com somente 18,8% de frequência já não tem a mesma importância. Parece que Taussig considera de pouca importância a frequência de carcinoma ganglionar abaixo de 10%, pois êle deixa de extirpar os gânglios ureterais afetados com a frequência de 8,3%. Buschke e Cantril criticam o método de Taussig por causa dessa omissão. A crítica compreende-se pela importância dada pelos radioterapeutas à irradiação desse gânglio.

Finalmente, os gânglios para-aórticos, sacros e lombares envolvidos pela metástase, conforme afirma o próprio Taussig, em 25% dos casos nos quais foram encontrados gânglios carcinomatosos na pélvis, não foram incluídos na operação. São inacessíveis êsses gânglios à operação, mas o que é o pior, — a remoção da cadeia ganglionar pélvica — não impede a metástase nos gânglios para-aórticos etc. Schauta (cit. cf. Adler) diz a respeito que “pouco pode se ganhar pela laparotomia com a intenção de remover os gânglios linfáticos, pois existe comunicação direta das paredes vaginal e cervical posteriores com os gânglios sacros e para-aórticos ao longo dos ligamentos útero-sacros” ... “É possível que êstes sejam invadidos antes dos gânglios pélvicos, como já observamos fazendo exame microscópico completo de todos os gânglios das pacientes mortas por carcinoma da cervix”.

Devemos conseqüentemente dizer que reina confusão na indicação da operação de Taussig, acontecendo o mesmo na sua execução, pois é incluído um gânglio (ilíaco externo) que Taussig encontrou uma vez só atingido en-

tre 212 gânglios ilíacos externos removidos; mas êle desiste — além da extirpação dos gânglios extra-pélvicos — da ressecção do gânglio para-ureteral, invadido com maior frequência, e que conforme opiniões de outros autores, tem um papel importante na propagação do câncer à cadeia dos gânglios pélvicos.

Assim, ou calculando a verdadeira utilidade da operação proposta por Taussig, ou contemplando criticamente os detalhes da execução, somos obrigados a concluir que estão fora de proporção os riscos operatórios ocorridos e o número das operações a executar para se salvar uma paciente, em comparação com o número de doentes, na realidade salvos pela operação. Além disso, achamos que é correr novo risco, caso seja operada a primeira cadeia de gânglios, enquanto o útero e os paramétrios, fontes da propagação no caso de metástase ganglionar, forem conservados.

Concordamos neste ponto com Buschke e Cantril quando escreveram que “por causa da falha do método de Taussig, quando a cirurgia é indicada, deve ser praticada sob a forma de operação radical de Wertheim”. No trabalho já citado, diz Novak a respeito “que a proposta ressecção dos gânglios, de Taussig, não foi bem aceita. Isto por se reconhecer que a histerectomia deve fazer parte de qualquer operação radical do carcinoma da cervix uterina”.

Mesmo pondo de lado tôdas as reservas feitas acima e reconhecendo os resultados positivos publicados por Taussig não vemos justificativa dessa intervenção, pois Taussig cura somente 13% mais pacientes do que se curam pelo radium como terapia única (Taylor). Vamos mostrar que com o radium e roentgenterapia combinados obtêm-se curas em número superior.

Existem autores que apresentam críticas severas à proposta de Taussig. Diz, por exemplo, Edwards: "As recentes publicações de Gelhorn, Curtis e Taussig, pelas quais se recomenda a intervenção cirúrgica e radioterapia, representam certamente um sonho dos cirurgiões, mas são um pesadelo para os radiologistas e revelam falta de conhecimentos físicos e radioterápicos. Uma combinação destas não é o caminho para o sucesso".

I. Kaplan, apreciando um trabalho de Heyman, julgou que "está provada a superioridade da irradiação sobre qualquer outra forma terapêutica no que diz respeito ao câncer da cervix" e diz que, mesmo eficiente, a cirurgia nos casos precoces faz correr riscos maiores do que os da irradiação devidamente aplicada e os resultados apenas são melhores... Cirurgia promíscua só pode apresentar resultados trágicos". Entendemos que com a palavra "cirurgia promíscua" Kaplan se refere a 3 pontos perigosos: operadores sem experiência, operações insuficientemente radicais e seleção não cuidadosa das pacientes.

Meigs na sua operação respeita rigorosamente essas condições, podendo se orgulhar também da falta de mortalidade, mas mesmo assim não podemos concordar com sua afirmativa de que os resultados sejam "por enquanto muito satisfatórios". Sobreviveram após 3 anos 77% do total de pacientes operadas. Esse número não é comparável com o alcance radioterápico de 80-100% de resultados. Segundo Meigs e Jaffé, é permitido deduzir 15% dos resultados de 3 anos, para se chegar, sem margem ilícita de erro, a conclusões a respeito das prováveis curas de 5 anos. Procedendo-se desta forma seria o al-

cance de 5 anos obtido pela operação de Meigs somente de 62%; mas mesmo se escolhermos outro ponto de saída de nosso cômputo, ou sejam os resultados mais favoráveis publicados por Meigs (92,8% após 3 anos) em casos operados sem gânglios infartados, obter-se-iam 77,8% de curas definitivas, número esse que é certamente inferior aos alcançados pela radioterapia, particularmente se considerarmos o fato dos casos operados por Meigs serem incipientes, o grupo mais favorável do grau I, enquanto os casos irradiados abrangem os mais avançados desse grau clínico. E quanto àqueles casos que, apesar de pertencerem clinicamente ao grau I, já são portadores de metástases ganglionares, notamos que se salvaram pela operação de Meigs somente 2 num total de 7, ou sejam 28%, resultado esse que de forma alguma pode satisfazer o observador neutro.

Conseqüentemente temos que resumir da maneira seguinte os resultados das operações especiais:

É contestável o valor da indicação e da operação de Taussig.

Reconhece-se o critério de Heyman, isto é, que a histerectomia profilática em suas diferentes formas não melhora os resultados.

Acredita-se que a operação de Meigs não adquiriu importância pelo número muito restrito das indicações, pelo fato de ser operação segura somente na mão de operadores especialmente instruídos e pelos seus resultados não compensadores. Por tudo isso a tendência para um renascimento da cirurgia nesse terreno está condenado à falência. Mas será que a cirurgia perdeu todo lugar no tratamento da cervix?

“Resultados em casos selecionados são excelentes” — dizem Bowing e Fricke. Mas quem quiser continuar com a indicação cirúrgica, deve lembrar-se do seguinte: os casos selecionados só devem ser os mais precoces, isto é, do grau I; a indicação de Novak dos casos menos avançados das pacientes do grau II é duvidoso. Assim, poder-se-ia indicar aqueles casos do grau I, que Meigs e também Kelly submetem à operação, idênticos aos de “carcinoma inicial” de Schilling, para os quais Novak reservou um subgrupo especial no grau I, denominado também “carcinoma preinvasivo” ou “acadêmico” (Lampe). A operação, portanto, tem que ser radical e é facultativa, visto a eficiência da radioterapia.

Opinando assim temos o apóio dum testemunho insuspeito que é o cirurgião Meigs: “Deve-se nitidamente compreender e frizar que a operação não é uma tentativa para fazer concorrência à irradiação do câncer da cervix. A irradiação no presente é o tratamento de eleição. Não existe prova de que o processo cirúrgico seja igual ou melhor. Cirurgia não deve ser feita como alvo, pois o tratamento em geral, com exceção de poucos casos, é a irradiação...”

RADIOTERAPIA

K. Allen (cit. seg. Adler), revendo 323 trabalhos sobre o tratamento do câncer da cervix uterina, verificou que 99% dos autores consideravam a radioterapia como o melhor tratamento. E como os cirurgiões recomendam a radioterapia como tratamento complementar, pode-se dizer que ela é geralmente considerada como terapêutica indispensável.

A tendência em aproximar os resultados do seu máximo alcance e o grande número de experiências feitas com novas técnicas auxiliares aos métodos clássicos tornam necessária uma supervisão comparativa desses métodos e a separação do que é útil nessas variantes.

Nessa revisão nota-se como linha geral o fato dos autores concordarem nos 3 pontos seguintes:

- 1) O radium é o tratamento de base;
- 2) Os resultados da radioterapia foram aperfeiçoados pela associação do radium à roentgenterapia;
- 3) A justificação da radioterapia exclusiva, depende da questão se a radioterapia é capaz de atingir com doses tumorícidas as formações carcinomatosas profundas (gânglios, paramétrios).

São esses os pontos de vista sob os quais orientamos a discussão.

RADIUMTERAPIA

1) *Radium em contato*

O radium deve a posição dominante à sua capacidade de destruição quando em contato íntimo com os tecidos invadidos, bem como à adaptabilidade da matéria radifera em seus aplicadores, à forma e à extensão tumorais.

São métodos dominantes, os chamados clássicos, como o “de Estocolmo”, da autoria de James Heyman, e o “de Paris”, de Regaud e Lacassagne. Conforme a aceitação dos respectivos autores ao princípio de um ou outro, como a irradiação fracionada, protraída no período de 1 mês (Estocolmo) ou à aplicação contínua em sessão prolongada, numa dose única (Paris), conti-

nuam esses métodos a ser usados, com maior ou menor frequência, no mundo inteiro. Naturalmente, no decurso dos anos, apareceram modificações, rotuladas como aperfeiçoamento. O próprio Heyman, desde 1932, em lugar de aplicar a dose total em 3 sessões com 1 a 3 semanas de intervalo, apenas fez uso de 2 aplicações com 3 semanas de intervalo. No Mount Vernon Hospital usam-se 50 mgRaEl intra-uterino com filtro de 1,5 mm Pt + 1,0 mm de borracha em vez de 40 mgRaEl com filtragem de Pt ou Au, equivalente a 3 mm de Pb e nos paramétrios 2 x 31,25 mg = 62,5 RaEl. em vez de 75 mgRaEl na prescrição original de Heyman. Pode-se considerar como outra modificação do método de Heyman, com um espaçamento longo da dose, a de L. Adler, que é a seguinte:

- 1) 50 mgRaEl em cada um dos paramétrios, durante 4 a 6 horas;
- 2) Após 2 meses de intervalo, 30 mgRaEl na vagina e 30 mgRaEl no reto durante 6 horas;
- 3) 4 repetições da aplicação como em 2) com 1 mês de intervalo.

Prolonga-se assim a aplicação da dose por 6 meses. Voltaremos depois a discutir esse método.

O método de Paris também sofreu modificações, no que diz respeito à quantidade do radium aplicado, ao tempo da aplicação, e particularmente por intercalar na aplicação "contínua" curtos períodos de repouso (Cade). Buschke e Cantril usam 50 mgRaEl endocervical e 25 mgRaEl vaginal em vez de 33,3 mgRaEl em ambas as localizações recomendadas por Lacassagne, enquanto o tempo de aplicação de Hurdon é de 66 horas e a quantidade do Radium 150-210 RaEl. O método de Newcomer é uma combinação dos 2 méto-

dos padrões, aplicando 100 mgRaEl durante 36 horas no canal e, após um intervalo de 4 dias, 55-100 mgRaEl na vagina. Newcomer recomenda a aplicação contínua, dando como boa razão para este modo de proceder, que o tumor recebe uma dose mais pesada quanto mais rapidamente se processa a sua redução quantitativa; pela quantidade do radium aplicado os tumores regridem durante a aplicação.

Não podemos ver através dos resultados publicados pelos autores dessas modificações, que eles tenham aumentado o número dos casos curados. O Radiumhemmet e o Instituto do Radium de Paris ainda figuram entre os 8 hospitais que, pelas publicações da Liga das Nações, alcançaram as cifras mais altas de curas. Entretanto, se números por si só pudessem provar a eficiência de um método ou outro, poder-se-ia talvez ler nas estatísticas que o método de Paris é o melhor. Acontece que Swanberg publicou há pouco uma avaliação das últimas estatísticas colhidas pela Liga das Nações e comunicadas no volume IV dos "Relatórios Anuais" (Editor James Heyman), compilando uma lista dos resultados definitivos de 5 anos, obtidos em 8 Instituições que trataram mais de 100 casos por ano. Anotamos na Tabela VI, os resultados definitivos segundo a publicação da Liga das Nações e na última coluna o cálculo de Swanberg dos "resultados prováveis", isto é, que deveriam ser alcançados se cada um dos Institutos tivesse tratado igual percentagem de todos os graus clínicos, dizendo Swanberg ser "o único caminho certo para se fazer pesquisa comparativa..." Pela avaliação de Swanberg, pertence o primeiro lugar ao Instituto do Radium de Paris

(47% de curas prováveis), o 7.º lugar em 1938, colocando o Radiumhemmet ao Radiumhemmet (29%); ocupa o 3.º no 4.º lugar com resultados próximos lugar com 41% de curas prováveis, o aos do Instituto do Radium de Paris.

TABELA VI

RESULTADOS OBTIDOS PELOS INSTITUTOS ESCOLHIDOS
PELA LIGA DAS NAÇÕES E CURAS (CALCULADAS)
COMPARATIVAS SEGUNDO SWANBERG

NOME DO INSTITUTO	CURAS DE 5 ANOS				CURAS RELATIVAS DE 5 ANOS (TODOS OS GRAUS)	PROVÁVEIS CURAS DE 5 ANOS
	Grau I	II	III	IV		
Rad. Inst. Paris	86,7	51,1	40,0	21,4	47,2%	46%
State Inst. Buffalo	55,6	57,2	46,0	2,0	36,3%	43%
Marie Curie Hosp. London	—	64,3	29,3	6,7	37,6%	41%
Norse Rad. Hasp. Aker Noruega	52,0	57,1	18,9	8,3	36,6%	33%
Holt. Rad. Inst. Manchester	71,4	46,2	23,3	8,3	31,0%	33%
Rad. Station Kopenhague	66,7	40,2	24,1	8,6	32,0%	30%
Radiumhemmet Estokholmo	69,2	30,9	24,2	3,4	25,6%	29%
Memorial Hosp. New York	60,0	27,3	32,0	0,0	26,6%	28%

Marie Curie Hospital de Londres, que usa o radium segundo método de Estockholmo, pouco modificado.

As cifras da tabela correspondente aos resultados de 1933 e relatados pela Liga das Nações em 1941 hoje em dia não mostram mais a verdadeira situação. Heyman, em vez de 25,6% de resultados em 1933, obteve 39,9% de curas

Por outro lado, 4 Instituições usam o método de Estocolmo (*) entre as 8 que obtiveram os melhores resultados no total de 18 "Hospitais testes" escolhidos

(*) São os 3 Institutos Escandinavos: o Radiumhemmet, de Estockholmo, o Norse Radium Hosp. do Aker, Noruega e Radium Station Kopenhague e o Marie Curie Hosp. de Londres.

pela Liga das Nações, que vem demonstrar o valor desse método. Concluimos que os resultados numéricos obtidos pelos dois métodos não permitem atribuir vantagens decisivas a um ou outro. Assim, os autores não fazem sua decisão usando um ou outro método, pela preferência de uma ou de outra das teorias sobre que se baseiam os respectivos métodos, ou seja: irradiação com dose máxima, ininterrupta, das mitoses consecutivas (Regaud) ou irradiação com dose suficiente mas fracionada, com menores possibilidades de causar danos aos tecidos não cancerosos (Heyman), mas seguem o método de Estocolmo ou de Paris, conforme conveniências individuais. Em nosso Instituto usa-se o método de Paris, modificado. Achamos que é pouco econômico para as pacientes e também penoso submetê-las a várias intervenções. Muitas pacientes melhoradas pela primeira ou segunda aplicação poderiam negligenciar as seguintes; assim, entre nós, com as dificuldades no que diz respeito ao controle e previdência social dos cancerosos, seria omissão prejudicial a escolha de um método que oferece à população pouco instruída a possibilidade dum tratamento incompleto. Outros autores presumivelmente têm outras razões para a aplicação única.

No que diz respeito ao método de Paris não apreciamos o uso de colpostato. Achamos que ele esquematizou a aplicação do radium, quando ela deve ser mais individualizada, adaptando-se à forma vegetante ou ulcerada, à infiltração dos paramétrios e à expansão na vagina. Utilizando-se de aplicadores de radium, livres, é possível levar aos paramétrios doses diferentes, conforme o grau de invasão. O tamponamento da vagina com gaze fixa com maior

garantia que o colpostato os portadores do radium na abóbada vaginal, permitindo aproximação mais adequada às lesões da parede e aos gânglios pélvicos.

A nossa atitude negativa quanto ao uso do colpostato encontra apoio na opinião de Hurdon (Marie Curie Hospital, London), que menciona entre as vantagens do tamponamento (*packing method*) a facilidade de aplicação variada, a proteção pela distância dos tecidos vizinhos, a aproximação mais regular à parede pélvica dos portadores de radium, dizendo que “as vantagens de fixar o radium pelo tamponamento para cima e para fora são evidentes”, e, finalizando, que “aparentemente por meio dessa técnica, é possível colocar o radium tão vantajosamente em direção ao gânglio obturador, de modo a conseguir sobre ele uma dose adequada”. Edwards acha que a contração ou infiltração da porção vaginal superior dificulta a aplicação do colpostato e O'Brien diz que o uso desse aparelho “é estritamente limitado a condições anatômicas favoráveis”; Lampe, publicando ultimamente (1947) os resultados obtidos em 1318 pacientes, assevera que desde 1936 não mais faz uso do colpostato.

Assim é natural que se procurem modificações, mais bem manejáveis do que o colpostato. Substitutos como os descritos por Kaplan ou Kakanpaeas aparentemente não obtiveram divulgação. L. A. Campbell, (1947) idealizou um aplicador rígido composto de um tubo “tandem” endocervical (100 mgRaE1) e 4 cápsulas vaginais (25 mgRaE1 em cada uma) em coordenação horizontal, estando as internas colocadas à distância fixa de 2,5 cm da

linha mediana, enquanto as 2 laterais, por meio dum mecanismo especial, são móveis em direção transversal até 7,5 cm da linha mediana. Diz Campbell que êste aparelho, uma vez em posição, não se desloca nem provoca inconveniências; a introdução com cabo inflexível, viável em 70% dos casos, é fácil. Experiências além das do inventor ainda não foram publicadas. O último progresso nesse sentido é o método do Holt Radium Institute, que usa a idéia básica do colpostato desenvolvendo, porém, a mobilidade das peças até ao ponto do método se aproximar do tipo individual do "packing method". Consiste, além do uso dos tubos endocervicais, na aplicação nos paramétrios de 3 diferentes tamanhos de "ovóides" (portadores de radium ovóides) imobilizados durante a aplicação, conforme a largura vaginal ou por um "spacer" (separação maior) ou um "washer" (separação menor). Êste método ultimamente, está ganhando terreno em outras instituições.

2) *Radium intersticial*

A vantagem do radium está em que seu efeito direto é limitado pela queda rápida de dose com o aumento da distância. O uso de agulhas seria capaz de diminuir essa desvantagem sob 2 aspectos:

a) Fazendo-se a irradiação dum ponto inserido no tecido tumoral, torna-se a irradiação útil bi-dimensional em lugar de uni-dimensional. Isto quer dizer que as agulhas distribuem maior dose a pontos equidistantes do nível de sua inserção e atingem com dose suficiente os pontos mais profundos, o que é pouco provável quando a irradiação se origina apenas na super-

fície tumoral. Em consequência, é mais homogênea a distribuição da dose entre a superfície e o leito tumoral.

b) Distribuindo-se agulhas sobre uma área larga nos diâmetros transversal e sagital da vagina, atingem-se com doses mais homogêneas áreas nos paramétrios que não receberiam doses suficientes ou estariam fora do alcance do radium, colocado no canal cervical.

Mas, apesar dessas vantagens teoricamente evidentes, a aplicação de agulhas aparentemente não entrou em uso de rotina. Ainda em 1940 Cade escreveu que "temporariamente experimentou-se a aplicação intersticial do radium no tratamento do carcinoma da cervix uterina" e que "hoje em dia as agulhas são usadas somente em casos raros, excepcionais".

Compreende-se bem essa reserva na técnica intersticial. A inserção de agulhas não torna supérflua a colocação endocervical de tubos. A introdução nos paramétrios apresenta riscos de prejuízos à bexiga, ao reto, aos ureteres e aos vasos, e possivelmente infecções na cavidade peritoneal; isto em grau tanto maior quanto mais avançadas as invasões cancerosas vaginal e parametrial. Nos tumores dos graus I e II consegue-se, pelo fogo cruzado do radium endocervical e vaginal, distribuir dose adequada em todos os pontos carcinomatosos e na zona de segurança necessária, tornando, assim, desnecessária a aplicação de agulhas. Nos casos avançados, além do perigo de complicações, não raro é difícil a introdução das agulhas devido a fibrose dos tecidos infiltrados. Sendo mais difícil e mais acidentado o método intersticial, não é de se admirar que sua aplicação seja restrita.

Existem, porém, pelo menos 2 publicações que antes de 1940 recomendavam o radium intersticial como método de importância capaz de melhorar os resultados em geral (G.G. Ward e B. Sackett, 1938, e H. G. Pitts e C. B. Waterman, 1938-1940). C. B. Waterman e R. Di Leone, em 1945, publicaram resultados definitivos obtidos por Pitts e Waterman. Em 1946, E. E. Covington apresentou "uma nova técnica de implantação intersticial do radium nos paramétrios".

São esses os autores cujas técnicas e resultados merecem a nossa consideração. Existem outros, a nosso ver cada vez mais numerosos, que usam as agulhas como método auxiliar ou para fins especiais: A. N. Arneson e M. Hauptman (1940) aumentam a dose produzida pelos tubos endocervicais por agulhas inseridas ao redor da cervix nos paramétrios pré e retro cervicais, deixando-se em posição por 120-188 horas.

I. Lampe (1947) usa, além de raios X, o método de Lacassagne e recomenda o uso de 5 agulhas de 10 mg no fundo da vagina quando atrofiada, proporcionando, em 90 horas, 4.500 mgh além de 2.800 mgh endocervical. Em geral as agulhas contêm somente 2 a 4 mg e certos autores preferem as de 1 a 2 mg por tempo prolongado. Agulhas de 10 mg aumentam o perigo dessa técnica, pois a introdução de agulhas numa vagina funiliforme encontra dificuldades no ato da colocação, e é difícil a sua permanência sempre em distância igual, sem convergência. Não sendo cumpridas essas exigências, existe o perigo de necrose. Lampe não menciona isso e relata bons resultados (46% de curas de 5 anos) em todos os graus. Parece-nos, porém, pouco provável que

esses resultados sejam influenciados pelas agulhas, pois a indicação na vagina estreitada é relativamente rara.

R. W. Tearan, H. Wammock e J. Weatherwax (1942) descreveram processo mais complicado: 4 semanas depois da roentgenterapia (8.000 r) extirparam ovários, trompas e "gânglios infartados". Ao mesmo tempo e junto com tubos de radium endocervical (20-65 mg) implantaram 9-10 agulhas de 1mg (0,5 mm Pt) na periferia da cervix e 2 a 4 agulhas em cada um dos ligamentos largos, durante 260 horas; 6 a 8 semanas depois repetiram raios X e radium. O total das pacientes assim tratadas foi de 52, das quais 23 morreram e 22 estavam vivas nos 1º e 2º anos após o tratamento. Das que sobreviveram na época da publicação, 10 não passaram do 2º ano e 3 viveram mais de 4 anos e 1 mais de 8 anos. Esse resultado não compensa o esforço e a dosagem excessiva, a saber, 14.000 r com raios X e 13 a 15.000 mgh de radium. Outros autores com doses bem inferiores àquela conseguiram percentagem mais alta de sobrevivência. É possível mesmo, que a percentagem elevada de 43% de pacientes mortas nos primeiros 2 anos após o tratamento seja conseqüência dessa dosagem elevada. Não se pode atribuir o resultado unicamente à inserção de agulhas, pois elas só forneceram a metade da dose total. Teahan, Hammock e Weatherwax entretanto, apresentam outra observação interessante quanto ao uso e perigos originados pelas agulhas: quando aberto o abdome, observaram que certo número de agulhas tinha atravessado os paramétrios penetrando na cavidade peritoneal; apesar disso não observaram nenhum caso de infecção peritoneal.

M. C. Reinhard & L. Goitz usaram sementes de Radon (0,3 mm Au) na cervix e "na porção palpável do tumor". A dose produzida não pôde ser decisiva, mas somente adicional e por isso não permite opinião sobre esse modo de proceder. Uma informação mais nítida dos resultados do radon obtém-se na publicação (em 1946) de H. C. Taylor e G. H. Towmbley, que usaram agulhas com radon na cervix e nos paramétrios. As agulhas radioníferas coordenadas em forma de leque, aberto para cima e para fora, foram usadas em adição à roentgenterapia (12.000 r). Com este método ficaram livres de sintomas de 9 a 34 meses 27,7% das pacientes. Este resultado é pouco animador, mas pode ser avaliado somente em desfavor dos raios do radon e não contra as agulhas em geral, pois conhecem-se resultados bons após aplicação de agulhas com radium fortemente filtrado.

G. G. Ward e B. Sacket introduzem radium (100 mg) no canal cervical e plantam na cervix 4-6 agulhas de 12,5-13 mg, numa dose total de 3.600-4.200 mgh; 10 dias mais tarde colocam 75 mg Ra em contato, nos paramétrios. Resultados: 56,2% de curas de 5 anos nos tumores dos graus I+II combinados e 21,1% nos graus III+IV, comparáveis aos melhores resultados publicados com outros métodos.

As melhores informações sobre o método intersticial são dadas nas publicações de Pitts e Watermann e Pitts e Di Leone. Também esses autores usam o método intersicial combinado aos raios X e tubos endocervicais; o método desses autores acentua a importância das agulhas, pois implantam 6-16 agulhas no tecido cervical ao redor do canal, bem como no tecido paracervical. Últimamente Waterman, Di Leone e

Tracy recomendam 8 agulhas para tumores no grau II e 12-16 nos graus III. Os desenhos esquemáticos desse trabalhos mostram a flexibilidade da palavra "tecido paracervical", pois observa-se que, de acordo com a extensão tumoral, as agulhas são aplicadas em toda a largura do paramétrio e algumas próximas à parede da pélvis. Usam agulhas longas, filtradas com platina, com intensidade baixa e tempo de aplicação prolongado, técnica essa que, como friza Waterman, é essencial para o êxito desejado. A dose no canal é de 3.000 mgh. e a produzida pelas agulhas 6.000 mgh, ou seja um total de 9.000 mgh, no máximo 12.000 mgh. É para mencionar que a mortalidade imediata foi de 1,2%, mas nula nos últimos 326 casos tratados de 1938 e 1945.

Com esse método, Pitts e Waterman e Di Leone relatam resultados gradativamente melhores, que são reproduzidos na Tabela VII.

O progresso feito pela aplicação de agulhas vê-se particularmente no grau III pelo aumento de 14% para 44%. Nos tumores do grau II nota-se progresso somente nos últimos anos; e como entre 1933 e 1938 não se modificou a aplicação das agulhas, mas sim a dose roentgenterápica, o progresso registrado é atribuído pelos autores a essa terapêutica. Afirmam também que o terreno melhor para as agulhas é o dos tumores do grau III, pois pacientes no grau IV praticamente não se salvaram pelo método (2,1%); por isso a aplicação intersticial nesse grau não é indicada.

80-90% de curas no grau I e 53-55% no grau II, conseguidos por Pitts e Waterman, são bons, mas foram também obtidos por autores que não empregaram agulhas. Os últimos resultados al-

TABELA VII

		WATERMANN PITTS E		WATERMANN E DI LEONE
	1921/25 sem uso de agu- lhas (sem roent- genterapia)	1926/30 com agulhas mais roent- genterapia	1930/33 (9000mgh)	1934/38 (com agulhas 7-6.000mgh) — Dosagem aumen- tada de Raios X
Todos os graus	14,0%	29,0%	33,3%	—
Grau II	63,1%	53,8%	54,6%	80,5%
Grau III	14,0%	29,8%	30,9%	44,0%

cançados por Waterman e Di Leone, de 80% no grau II e 44% no grau III, são melhores que os apresentados nas estatísticas em geral. No seu último trabalho (1947), Waterman, Di Leone e Tracy relatam um número menor de resultados nos graus II e III, a saber: 67,8 e 30,3%, respectivamente, enquanto o número de sobreviventes do grau I subiu a 100% e das sobreviventes do grau IV a 8,1%, dando um total de curas de 38,9%. Essa oscilação numérica dos resultados nos diferentes graus clínicos do material desses autores, publicados ao mesmo tempo, é atribuível à oscilação normal de números estatisticamente pequeno (171 casos).

O método intersticial, publicado por Covington, também é uma combinação da técnica do radium em contato e roentgenterapia. Mas Covington introduz uma novidade colocando nos parâmetros, em lugar de agulhas, tubos com parede de 1 mm Pt + 2 mm de borracha dura, contendo 20-25 mgRaE1. cada um. Para introduzir os tubos são necessárias incisões de 0,5 cm nos fundos de saco laterais da vagina, esten-

dendo-se até a profundidade de 2-3 cm. Assim, em cada lado, são colocados 45 mgRaE1 durante 28 horas, ou seja 2 x 1280 mgh. Ao mesmo tempo, enche-se pela 2ª vez o canal com 60 mgRa em contato, perfazendo 1.680 mgh.

A dose total aplicada é de:

8000 — 9000 r produzidos por raios X; 2000 — (3600 mgh) produzidos por Ra. endocervical; 2400 — (4200 mgh) produzidos por Ra. intersticial; Total 12400 — 13400 r.

Esta dose é semelhante à aplicada por Pitts e Waterman e, como eles, Covington desiste da irradiação intersticial nas pacientes do grau IV. O resultado conhecido na presente data, porém, é instável, pois nenhum dos 100 casos irradiados ainda atingiu 5 anos do tratamento, vivendo porém 76 deles mais de 3 anos. Deve ser considerado pelo menos muito prometedora o alcance de Covington.

As vantagens provindas do método descrito são, conforme o autor, as seguintes: distribuição homogênea dos raios, dose máxima distribuída aos gânglios pélvicos tornando supérfluas inter-

venções cirúrgicas no abdome e chance de evitar, pela filtragem mais dura dos tubos inseridos, necroses que pelo uso de agulhas ou de sementes de radon nem sempre são evitáveis.

Nós indicamos agulhas associadas a radium em contato, em indicações especiais: nos grandes tumores vegetantes, nos processos que produziram oclusão ou obliteração do canal cervical, e carcinoma de 3º grau com ulceração da parede vaginal.

Em época anterior fazíamos coagulação das formações exofíticas aplicando depois radium em contato. Mas observamos que, após introdução de 6 a 8 agulhas de 2 a 5 mgRaE1, cada uma, na base do tumor vegetante, desaparecia a vegetação em pouco tempo, permitindo a irradiação da base e do canal e, em virtude da dose já recebida, através das agulhas, economizávamos certa percentagem da dose posterior (em contato). No caso de obturação do canal por tumor infiltrante ou nodular usam-se 4 a 6 agulhas ao redor do canal numa dose de 800 a 1.400 mgh. A aplicação de agulhas nas ulcerações é feita por inserção nos bordos, de acordo com a extensão do processo e uma boa distribuição.

Para se avaliar a utilidade do radium intersticial precisamos considerar as conseqüências indesejáveis. O radium pode produzir em certa percentagem proctites, fistulas etc. Mas parece que com a aplicação tecidual a chance de produção de prejuízos aumenta.

Covington relatou 25% de conseqüências prejudiciais: 6 casos de proctite, 4 de fistulas reto-vaginais, 4 de obstruções das vias urinárias, 7 de hemorragias vaginais e uma retal que foi

fatal, e 5 de necroses da cervix. Covington atcha que todos êsses distúrbios são de "certa gravidade", mas acredita que somente 8 dêles foram condicionados pelo radium, tendo sido os outros conseqüências de "crescimento incontrollável do carcinoma". Somos mais cépticos do que Covington, pois Waterman e Di Leone relatam observações de natureza e freqüência parecida (22,5%), em particular fistulas 7,9-8,4%, hemorragias e úlceras da bexiga, pielonefrite, oclusão ureteral, num total de 6,3%, hemorragias retais, ulceração, perfuração e obstrução completa do reto (8%), tendo sido fatais a pielonefrite, uma hemorragia e a obstrução retal. Waterman e Di Leone contestam que essas cifras sejam mais elevadas do que as observadas após radiumterapia em geral.

A redução da dose intersticial, como fizeram Pitts e Watermann, e limitação dos casos indicados é tendência geral como remédio para evitar prejuízos. Mas se uma pessoa, dada como perdida devido à ulceração carcinomatosa larga e profunda, pode sobreviver por 3 ou mais anos em troca de uma fistula, não achamos alto o preço pago. O sucesso do método intersticial depende de ser capaz de apresentar resultados superiores àqueles obtidos com outros métodos. Opinamos que desse modo já foi provado o valor do método de Pitts e Waterman; o de Covington é muito recente, mas são também animadores os resultados. Com redução dos danos aumentará automaticamente o número das sobreviventes. Assim, com uma melhor seleção dos casos e com o aperfeiçoamento da técnica, pode-se esperar progressos pelo método intersticial.

Considerações sôbre o diagnóstico e tratamento cirúrgico do câncer do lábio

LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA JR.

Cirurgião do S. N. C.

CONSIDERAÇÕES GERAIS



O presente trabalho baseia-se em 192 casos de carcinoma do lábio observados no Serviço Nacional de Câncer, no período de 1938 a 1949.

A localização do câncer ao nível dos lábios permite, em geral, diagnóstico precoce e tratamento adequado em sua fase inicial, pois desde o início chama a atenção do doente, que quase sempre procura logo recursos médicos. Com exceção das lesões negligenciadas pelo próprio paciente ou inadequadamente tratadas, o câncer do lábio é passível, na maior parte dos casos, de tratamento eficaz e precoce.

Consideramos como câncer do lábio apenas as lesões que se localizam na mucosa dos lábios ou em sua orla cutâneo-mucosa. Os carcinomas basocelulares, que quase nunca têm origem nas mucosas, são habitualmente carcinomas cutâneos que podem invadir secundariamente a mucosa labial e como tal não serão aqui estudados.

Esbôço anatômico — O lábio, tanto o superior como o inferior, é uma prega cutâneo-mucosa e muscular, de espessura e conformação variáveis com a raça e idade, estendendo-se transversalmente de uma a outra comissura labial, e verticalmente de sua borda livre ao sulco gengivo-labial. Internamente, são os lábios recobertos de mu-

cosa que se continua para dentro com a mucosa gengival após formar o sulco gengivo-labial. Externamente, a mucosa une-se à pele formando orla nítida. Tanto a pele como a mucosa revestem um conjunto de inúmeros músculos cuticulares, dos quais o principal é o orbicular, vasos, nervos e glândulas salivares mucosas, sebáceas e folículos pilosos.

Linfáticos — A drenagem linfática da mucosa do lábio inferior faz-se à custa de três troncos principais: um mediano e dois laterais. O primeiro termina nos gânglios sub-mentonianos enquanto que os últimos se dirigem obliquamente para traz e para baixo cruzando a borda da mandíbula e terminando nos gânglios sub-maxilares pré-vasculares faciais. Esses linfáticos excepcionalmente cruzam a linha mediana. Os linfáticos da pele do lábio inferior também terminam nos gânglios sub-mentonianos e sub-maxilares, porém, cruzam com freqüência a linha mediana e terminam nos gânglios do lado oposto (Rouvière).

Este detalhe anatômico explica a freqüência de adenopatias cruzadas ou controlaterais, nos casos de câncer de lábio com invasão da pele.

Os linfáticos do lábio superior são mais numerosos que os do lábio infe-

N. da R.: Os clichés publicados no presente trabalho são todos de doentes matriculados no Serviço Nacional de Câncer e foram operados, alguns pelo Autor e outros por cirurgiões do Serviço.

rior, fato este talvez responsável pelo prognóstico mais reservado das lesões desse lábio.

Os linfáticos da mucosa reúnem-se em cerca de 5 troncos coletôres, que se lançam nos gânglios pré-auriculares, cervicais superiores, infra-parotidianos, sub-maxilares pré e retro-vasculares e sub-mentonianos; mais raramente, alguns dos troncos linfáticos dirigem-se ao gânglio bucinador, situado para fora do músculo do mesmo nome, aproximadamente ao nível do meio de uma linha que une a comissura labial ao tragus.

Os linfáticos cutâneos seguem curso idêntico, porém, como os do lábio inferior, cruzam freqüentemente, a linha mediana, terminando nos gânglios sub-mentonianos e sub-maxilares do lado oposto.

Esbôço histológico — Para que se tenha idéia dos tipos de tumores que se originam no lábio, é preciso que se conheça a constituição histológica da região. A pele dos lábios nada de característico apresenta a não ser uma maior riqueza de pêlos nos indivíduos do sexo masculino. Como a pele de outras regiões, possui, além de suas camadas normais, glândulas sebáceas, sudoríparas e folículos pilosos. A mucosa, que se caracteriza, como a de outras regiões, pela ausência das camadas mais superficiais (stratum lucidum e camada córnea), reveste glândulas salivares mucosas numerosas. Entre a mucosa e a pele, num corte transversal, encontram-se músculos cuticulares, tecido conjuntivo, vasos e nervos.

FREQÜÊNCIA

De acôrdo com os arquivos do Serviço Nacional de Câncer, o câncer do lábio representa cerca de 0,8% do número total de casos de câncer até hoje

registados no Serviço. Nas estatísticas americanas a percentagem é de 4%, segundo Hayes Martin, e de 2%, segundo Widmann e Stewart.

Idade — Na estatística do Serviço, a freqüência dos casos em relação à idade foi a seguinte:

Idade	N.º de casos	Percentagem
0 a 10	0	0%
11 a 20	1	0,5%
21 a 30	7	3,6%
31 a 40	24	12,6%
41 a 50	42	21,7%
51 a 60	45	23,4%
61 a 70	48	25,0%
71 a 80	18	9,3%
81 a 90	3	1,5%
91 a 100	4	2,0%

Na estatística de Hayes Martin, a maioria de casos ocorreu, como nessa, entre 50 e 70 anos.

Sexo — Em nossa estatística, o câncer do lábio é muito mais freqüente no homem que na mulher. Dos 192 doentes observados 156 (81,2%) eram homens e somente 36 (18,7%) mulheres. Em outras estatísticas, como por exemplo na de Lacassagne, publicada em 1929, compreendendo 136 casos, apenas 14 apareceram em indivíduos do sexo feminino. Na Clínica de Cabeça e Pescoço do Memorial Hospital de New York, a afecção limita-se quase que exclusivamente aos homens (98%). Outros investigadores verificaram que a incidência do câncer do lábio no sexo feminino varia de 1 a 16%. Nos países escandinavos, Ahlbom observou freqüência quase igual nos 2 sexos. Segundo este autor, a explicação deste fato reside na freqüência das alterações mucosas, que, ao lado da aqloridria e da anemia, são comuns nas mulheres suecas. (Síndrome de Plummer-Vinson).

Raça — O câncer do lábio é mais freqüente na raça branca. Em estatística de 192 casos, apenas 13 indivíduos eram de raça negra, o que representa percentagem de 6,7%. A raça branca entrou com 179 casos, ou sejam 93,2%. Sugerem os autores como razão provável da imunidade relativa da raça negra a proteção conferida à pele e às mucosas pelo pigmento melânico. Na estatística de Hayes Martin, todos os 375 portadores de câncer do lábio eram brancos. Segundo Brewer, o câncer do lábio não é raro nas mulheres de raça negra fumadoras de cachimbo.

Localização — O câncer do lábio ocorre quase que exclusivamente no lábio inferior. Em nossos casos, 150 pacientes (78,1%) apresentavam lesão do lábio inferior, 24 (12,5%) do superior e 18 (9,3%) da comissura labial. Em outras estatísticas há preponderância muito maior de lesão do lábio inferior. Na estatística de Hayes Martin, por exemplo, 93% dos casos eram de lesão do lábio inferior, 6% do superior, e apenas 1% da comissura. No lábio inferior a lesão se localiza, na maior parte dos casos, entre a comissura e a linha mediana.

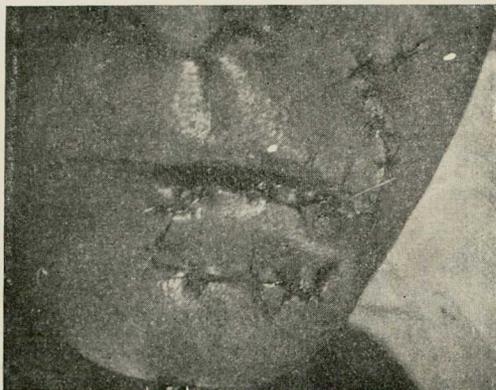


Carcinoma epidermóide espinocelular de lábio inferior.

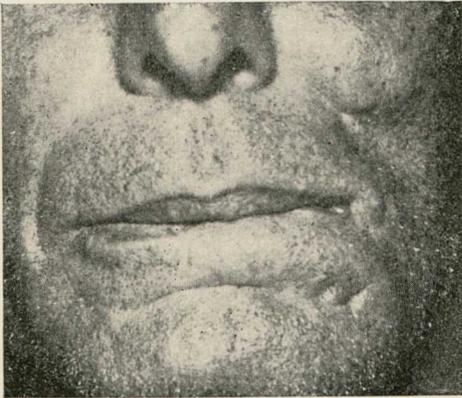
FATORES ETIOLÓGICOS

O câncer do lábio incide quase sempre sobre mucosa com sinais evidentes de irritação crônica. Estes sinais podem exteriorizar-se sob a forma de queilite descamativa, queratoses múltiplas, leucoplasia, tendência ao pregueamento transversal e às fissuras. Estas alterações são conseqüentes a certo número de fatores irritativos, cuja influência, todavia, é difícil de estabelecer.

Fumo — A influência do tabaco na produção do câncer do lábio é assunto ainda discutido. O estudo das estatísticas demonstra que a percentagem de fumantes entre os portadores de câncer do lábio é praticamente a mesma que entre os indivíduos normais, que nunca apresentaram quaisquer lesões ao nível dos lábios. Em nossa estatística, 137 pacientes admitiram o uso do tabaco, o que representa percentagem de 71,3%. Se bem que considerado fator importante em alguns casos, a produção do câncer é, com toda certeza, um dos efeitos menos nocivos do tabaco. O câncer dos fumadores de cachimbo parece ser devido mais a uma ação do calor e do traumatismo repetido produzido pela piteira sobre o mesmo pon-



Resultado operatório imediato de ressecção de carcinoma do lábio inferior e plástica.



Resultado final.

to do lábio, do que pròpriamente a efeito nocivo do fumo.

Sol — A exposição repetida ao sol e às inclemências do tempo constituem talvez um dos mais importantes fatores na produção do câncer do lábio, nos indivíduos predispostos. Segundo grande número de autores, a maior incidência do câncer no lábio inferior seria devida a se achar mais exposto à influência dos raios solares. É bem sabido que a exposição ao frio e ao sol produz queratoses múltiplas na pele exposta e nos lábios, dando origem ao clássico aspecto de pele de marinheiro (*sailor's skin*).

Sífilis — A incidência de sífilis em nossos casos foi de 20,3%. As alterações degenerativas produzidas pela sífilis são mais acentuadas ao nível da língua e da mucosa das bochechas do que ao nível dos lábios. Assim sendo, parece-nos que a sífilis deva exercer papel menos destacado na etiologia deste câncer do que nas demais localizações.

Falta de higiene dental e bucal — Os lábios são também menos sujeitos do que a língua e as bochechas à irritação crônica produzida pelos dentes fragmentados ou irregularmente implantados. Ocasionalmente, porém, podem ser

êles responsabilizados pela irritação crônica, que precede o aparecimento do câncer. Cutler refere um caso de carcinoma do lábio, recidivado após tratamento, que só curou definitivamente após remoção do fator irritativo, no caso em apreço um dente fragmentado.

Leucoplasia — Em nossos casos nenhum esforço especial foi feito para verificar a existência de placas de leucoplasia em todos os pacientes portadores de câncer na bôca. Na estatística de Martin, a incidência de leucoplasia acompanhando o câncer do lábio foi de 28%, enquanto que na de Schreiner a percentagem foi apenas de 2,6%. A leucoplasia bucal, após certa idade, não constitui anomalia, pois, na maior parte dos casos, representa resposta da mucosa à irritação crônica prolongada, e, como tal, constitui parte do processo natural de envelhecimento. Ao nível dos lábios, as placas de leucoplasia são, em geral, superficiais, evoluindo muito lentamente, sem apresentar grandes alterações.

Em casos esporádicos a placa leucoplásica espessa-se, torna-se endurecida, secundariamente infectada e, em futuro mais ou menos remoto, dá origem à lesão maligna.

PATOLOGIA

Macroscopia — A grande maioria dos carcinomas do lábio origina-se na mucosa ou na orla cutâneo-mucosa, entre a linha mediana e a comissura. No lábio superior, há maior freqüência de lesões próximo à linha mediana (Ackermann e Del Regato). Há três formas clínicas principais de câncer do lábio: a forma vegetante ou exofítica, a ulcerada ou endofítica e a verrucosa.

A forma exofítica caracteriza-se pelo aspecto vegetante da lesão, enquanto que a forma endofítica exterioriza-se como ulceração mais ou menos profunda, de bordas endurecidas, quase sempre elevadas e fundo friável.

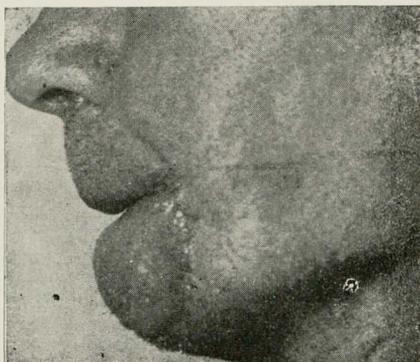
Na forma verrucosa, a lesão tem aspecto papilomatoso, sendo de diagnóstico diferencial difícil com os papilomas, não só do ponto de vista clínico como algumas vezes do histológico.

De tôdas estas formas, a mais freqüente é a vegetante.

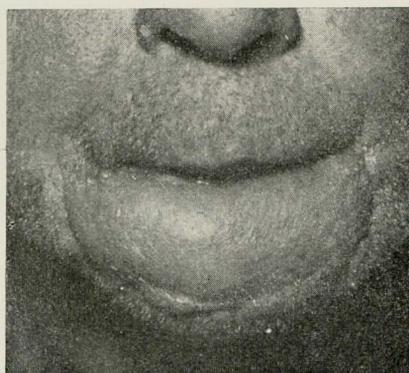
As metástases secundárias ao câncer do lábio inferior não são tão freqüentes e precoces quanto nas demais localizações do câncer na boca. Em geral, os gânglios sub-maxilares e submentonianos do lado da lesão são os primeiros a serem invadidos. A invasão dos gânglios carotidianos é muito mais tardia e de regra só ocorre após invasão da cadeia sub-maxilar. As metástases

metástases ganglionares são mais freqüentes e mais precoces que no inferior. Na estatística de Martin, de 21 casos de carcinoma de lábio superior, 48% apresentaram metástases ganglionares. Em nossa casuística, a percentagem de metástases ganglionares foi de 20,8% em casos de câncer do lábio superior. Os gânglios invadidos são em geral os cervicais superiores, pré-auriculares e sub-maxilares. Do total de nossos 192 casos, apenas 60 apresentavam adenopatias secundárias palpáveis no momento da admissão, o que corresponde a uma percentagem de 31,2%. Na estatística de Martin, a percentagem de metástases ganglionares palpáveis foi apenas de 29%.

Microscopia — A forma histológica mais freqüente de câncer do lábio é o carcinoma epidermóide espino-celular. Dos 192 casos de nossa estatística, 155 (80,7%) eram carcinomas deste tipo. O restante (37 casos) era constituído



Mesmo caso após plástica cutânea de tipo tubular (perfil).



Idem (frente).

ganglionares cruzadas são mais freqüentes nos casos em que a lesão invade o tegumento cutâneo, cuja drenagem linfática também se faz com freqüência, para os gânglios do lado oposto. As metástases viscerais são excepcionais no câncer do lábio. No lábio superior as

de papilomas, muitos dos quais em carcinização inicial. A maior parte dos carcinomas é em geral, bem diferenciada (graus 1 e 2 da classificação de Broders). Na estatística de Ackermann e Del Regato, em 248 casos de carcinoma do lábio inferior, 66% eram de grau 1, 20%

de grau 2, 2% de grau 3 e 11% não classificados. As formas anaplásticas, menos freqüentes, são de evolução mais rápida, produzindo metástases precocemente. Ocasionalmente, encontram-se nos lábios adeno-carcinomas originados das glândulas salivares mucosas, assim como tumores mistos. Estas lesões são mais freqüentemente observadas ao nível do lábio superior.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do câncer do lábio pode ser feito clinicamente com facilidade na maior parte dos casos. Nas lesões iniciais, a biopsia é quase sempre



Carcinoma espinocelular muito extenso do lábio inferior.

indispensável para esclarecimento do diagnóstico. Mesmo nas lesões avançadas deve ser praticada, não só para confirmar o diagnóstico clínico, como para orientar o tratamento, apesar de, em muitos casos, parecer desnecessária. O diagnóstico diferencial do câncer do lábio deve ser feito com grande número de lesões que em muitos casos se prestam à confusão com o câncer. O *furúnculo* e o *antraz* do lábio, quase sempre o superior, são lesões que só excepcionalmente podem confundir-se com o

câncer. Ao contrário deste, evoluem em poucos dias, acompanham-se de fenômenos inflamatórios acentuados e são lesões excessivamente dolorosas desde o início. A *perlèche*, infecção estreptocócica do lábio, de localização quase sempre comissural, uni ou bi-lateral, inicia-se por conglomerado de vesículas diminutas, logo depois transforma-se em pústulas, que, mais tarde se rompem, dando origem à lesão úlcero-crostosa, de evolução mais ou menos tórpida. O *herpes labialis* caracteriza-se pela reunião de vesículas sobre fundo eritematoso, acompanhadas de sensação de ardor intenso. As queilites banais,

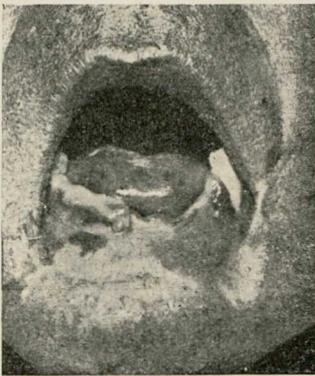


Resultado operatório imediato.

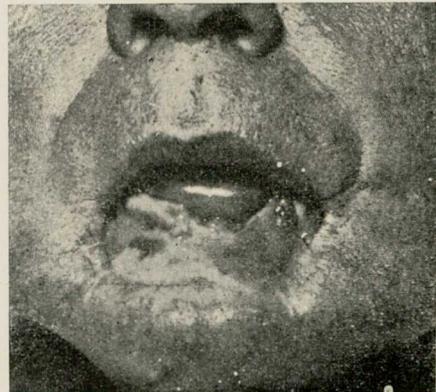
quase sempre consecutivas a processos irritativos mecânicos, físicos ou químicos, muita vez se desencadeiam em indivíduos que apresentam fenômenos de carência vitamínica (riboflavina). São lesões que se não limitam exclusivamente aos lábios, aparecendo simultaneamente na língua e na mucosa da boca. As *queratoses* e a *leucoplasia*,

constituem, após certa idade, resposta normal da mucosa a fatores irritativos crônicos. Exteriorizam-se sob a forma de placas esbranquiçadas, mais ou menos extensas, ora lisas, ora de aspecto verrucoso. A alteração do aspecto de uma placa leucoplástica deve constituir sempre sinal de alarme de degeneração cancerosa. A *sífilis* apresenta-se no lábio em qualquer de seus períodos. A lesão primária aparece quase sempre sob a forma de ulceração rasa regular, de coloração avermelhada, acompanhada de grande infiltração dos tecidos circunvizinhos. Há sempre adenopatias precoces volumosas, sensíveis à pressão. A pesquisa do espiroqueta na lesão e as reações sorológicas confirmam o diagnóstico. As lesões do secundarismo sífilítico (placas mucosas) são de diagnóstico fácil. Os antecedentes, a existência de outras lesões na mucosa da boca e no tegumento cutâneo, e as reações so-

lábios apresenta-se quase sempre como ulceração irregular de bordas descoladas, não infiltradas e fundo granuloso, ora limpo, ora de aspecto necrótico. É sempre lesão de contaminação secundária. A biopsia, o exame de escarro e o estudo radiológico dos campos pulmonares auxiliam muito o diagnóstico. A *blastomicose sul-americana*, também denominada micose de Lutz ou granuloma paracoccidioidico, aparece no lábio sob a forma de ulcerações rasas, irregulares, frequentemente múltiplas, de bordas talhadas a pique e fundo de aspecto lardáceo, com pontilhado hemorrágico característico. Os tecidos vizinhos às ulcerações mostram-se em grande parte dos casos edemaciados e hiperemiados, dando à "facies" aspecto sui-generis. A leishmaniose, lesão menos freqüentemente observada, apresenta-se como ulceração superficial, quase sempre cutâneo-mucosa, recoberta de



Carcinoma do lábio inferior.



Mesmo caso após ressecção total do lábio.

rológicas são suficientes para estabelecer o diagnóstico. A sífilis terciária constitui lesão muitas vezes de diagnóstico diferencial difícil com o câncer. A biopsia e um tratamento de prova em espaço de tempo relativamente curto esclarecem, na maior parte dos casos, o diagnóstico. A *tuberculose* ao nível dos

crosta melicérica. O diagnóstico é quase sempre confirmado pela cuti-reação de Montenegro e pela biopsia. O *granuloma piogênico*, freqüente ao nível dos lábios, constitui lesão de aspecto vegetante, quase sempre pediculada, de coloração vinhosa, sangrando fácil e



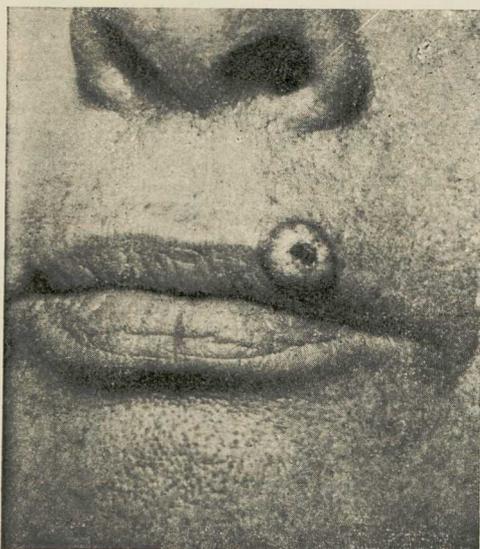
Carcinoma epidermóide espinocelular invadindo tôda a extensão do lábio inferior.

abundantemente ao menor traumatismo. Os *cistos epidermóides*, assim como os *cistos de retenção* constituem lesões, cujo diagnóstico não oferece dificuldades. São tumores arredondados, de consistência cística, não aderentes aos tecidos circunvizinhos. Dos tumores benígnos, os mais freqüentemente



Resultado imediato após tratamento cirúrgico (ressecção do lábio e autoplastia imediata).

encontrados ao nível dos lábios, são os linfangiomas, hemangiomas e papilomas. Os linfangiomas, ora difusos, ora císticos, caracterizam-se pela coloração pálida, sendo responsáveis freqüentes pela macroqueilía congênita, malformação que consiste no volume anormal do lábio. Os hemangiomas aparecem nos lábios sob qualquer de suas formas clínicas: simples, capilar, cavernoso ou plexiforme. Apresentam aspecto e coloração arroxeada característico e vo-

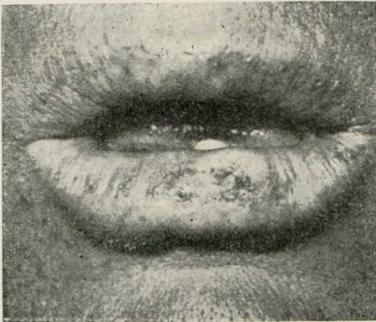


Carcinoma epidermóide espinocelular de lábio superior (lesão inicial).



Hemangiona cavernoso de lábio superior.

lume variável de acôrdo com a forma clínica e a extensão. Desaparecem totalmente ou reduzem de volume pela pressão, e são dotados, em certas formas, de batimentos sincrônicos ao pulso (aneurismas cirsoides). Os *papilomas* apresentam-se ao nível do lábio como tumores de aspecto vegetante, sésseis ou pediculados e muitas vezes se prestam à confusão com as formas verrucosas do carcinoma. Os tumores mistos localizam-se com maior frequência no lábio superior, originam-se das glândulas salivares, têm evolução relativamente lenta, são arredondados, de consistência firme, indolores e não aderentes aos tecidos circunvizinhos. És-



Disceratose de lábio inferior.

tes tumores, apesar de histologicamente malignos, comportam-se clinicamente como tumores benignos, não recidivando após extirpação.

TRATAMENTO

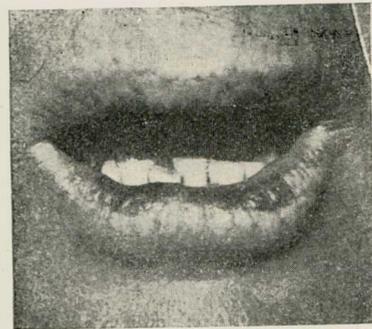
Na fase inicial do carcinoma do lábio, os resultados do tratamento cirúrgico equivalem aos do tratamento pelas irradiações, quer do ponto de vista cosmético, quer do ponto de vista de percentagem de curabilidade. O tratamento do câncer do lábio consta de duas partes:

- 1.º) o tratamento da lesão primária
- 2.º) o tratamento das metástases cervicais.

Tratamento da lesão primária

No presente trabalho, estudaremos apenas as indicações e a técnica dos diferentes processos cirúrgicos usados no tratamento das lesões malignas do lábio.

Ressecção em Cunha — Na fase inicial, quando a lesão pode ser extirpada com boa margem de segurança, sem que a perda de substância ultrapasse um terço da extensão do lábio, pode-se lançar mão da *ressecção em*



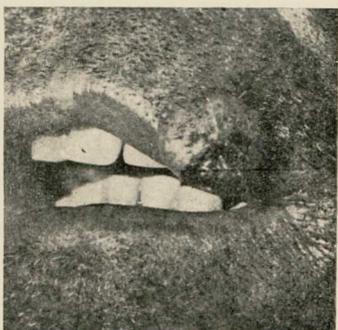
Mesmo caso após tratamento cirúrgico (*ressecção da mucosa do lábio*).

cunha ou em “V”, que consiste na extirpação de um fragmento cuneiforme do lábio, seguida de justaposição e sutura das superfícies cruentas da perda de substância.

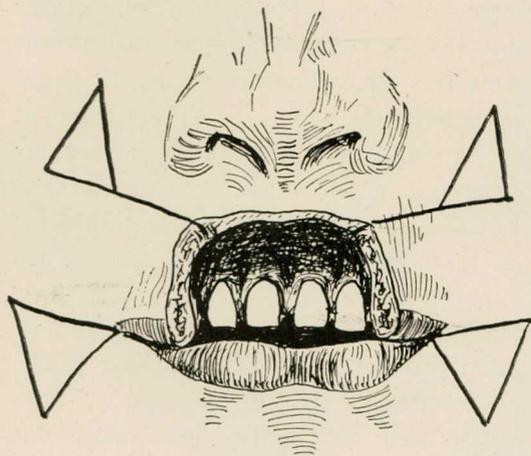
Técnica — Anestesia de preferência troncular, por infiltração do nervo mentoniano ou do infra-orbitário, conforme se trate de lesão do lábio inferior ou superior. Devido à presença do nariz, a *ressecção em “V”* é mais indicada no lábio inferior. Após a anestesia, pratica-se incisão em forma de “V” passando meio centímetro pelo menos dos limites aparentes da lesão e abrangendo

tôda a espessura do lábio. Hemostasia dos vasos orbiculares labiais, seguida de sutura mucosa com pontos separados de catgut fino, tendo-se a precaução de passar o fio, de modo que o nó fique situado no interior da bôca. Sutura cutâneo-muscular com pontos de sêda fina, tipo Donati, afrontando-se com especial cuidado a orla cutâneo-mucosa. Neste tipo de intervenção, não há necessidade de pontos de sustentação, pois um de seus requisitos principais é que a perda de substância não ultrapasse um terço da extensão do lábio.

Operação de Camille Bernard — Nas intervenções em que se faz mister ressecção mais ampla, há necessidade de plástica labial, que aumente a circun-



Carcinoma epidermóide espinocelular do lábio superior.

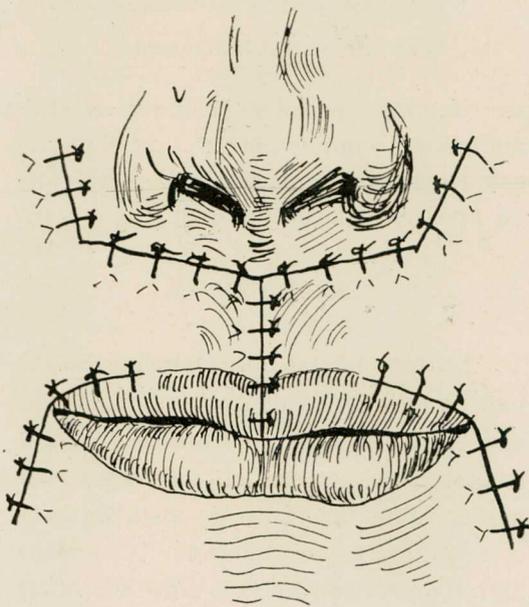


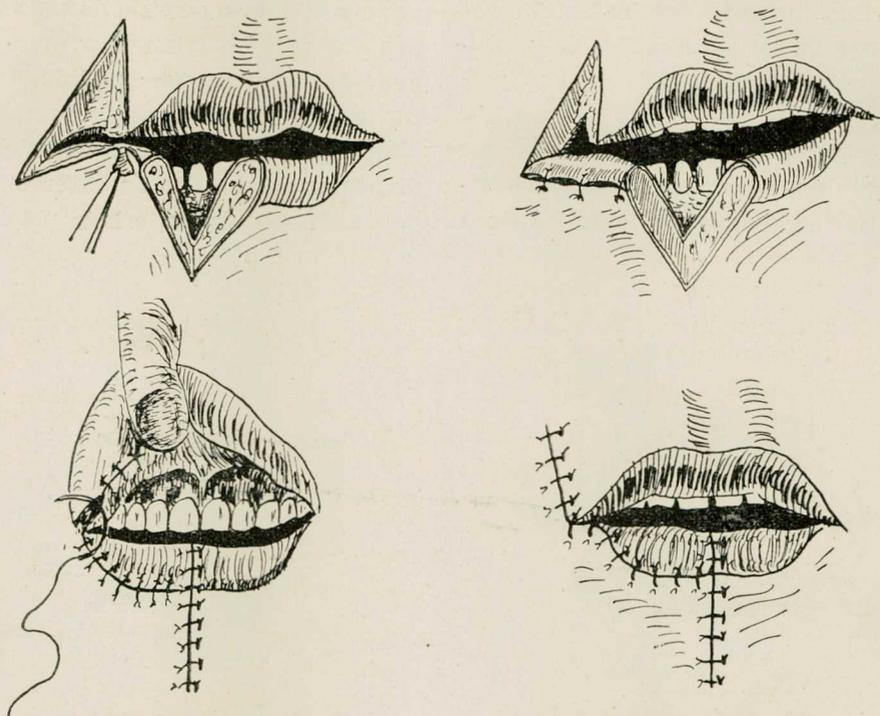
Processo de autoplastia para ressecção extensa do lábio superior.



Mesmo caso após ressecção cuneiforme do lábio.

ferência dos lábios diminuída pela intervenção. A mais antiga operação proposta para tratamento do câncer do lábio consistia, após a ressecção da lesão, no prolongamento da fenda labial ao longo da bochecha, cuja mucosa era suturada à pele à guisa de lábio. Como, porém, o aumento do lábio se verificava, não só no lábio reseccado, como no lábio oposto, deformando a bôca, Camille Bernard, em 1853, propôs uma modificação de técnica, que consiste na





Operação de Camille Bernard (1863).

resseção de um triângulo cutâneo-mucoso do lábio oposto, que, desta forma, ficava de dimensões idênticas às do lábio ressecado. Esta intervenção pode ser executada de um ou de ambos os lados simultaneamente, conforme a localização da lesão e a extensão da perda de substância. A intervenção bilateral é principalmente indicada nas resseções que atingem a parte média dos lábios.

Técnica — Anestesia troncular, por infiltração dos nervos mentonianos e infra-orbitários, de um ou de ambos os lados, conforme a natureza da intervenção, uni ou bilateral. Resseção da lesão, obedecendo às exigências de se passar pelo menos a meio centímetro de distância dos limites aparentes da infiltração. Resseção de um retalho

triangular cutâneo-mucoso, conforme a figura anexa.

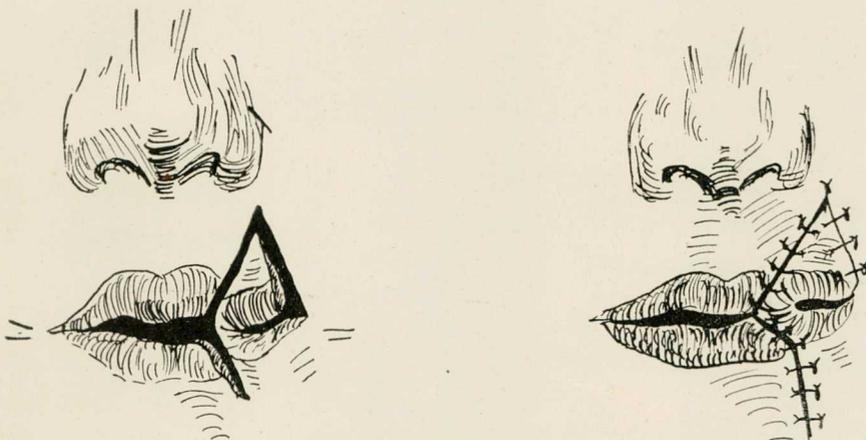
Quando a lesão se localiza na linha mediana, deve praticar-se a resseção triangular cutâneo-mucosa de ambos os lados, para que se não deforme a boca. A sutura é feita como na resseção em "V": pontos separados de catgut fino na mucosa e pontos separados de seda fina na pele.

Operação de Estlander — A operação de Estlander, idealizada em 1865, consiste em reparar o defeito criado pela resseção cuneiforme do lábio, à custa de um retalho triangular, tomado do lábio oposto, e virado, conforme o caso, para baixo ou para cima, formando nova comissura labial e aproveitando a circulação através da coronária do lábio. Este tipo de intervenção é indi-

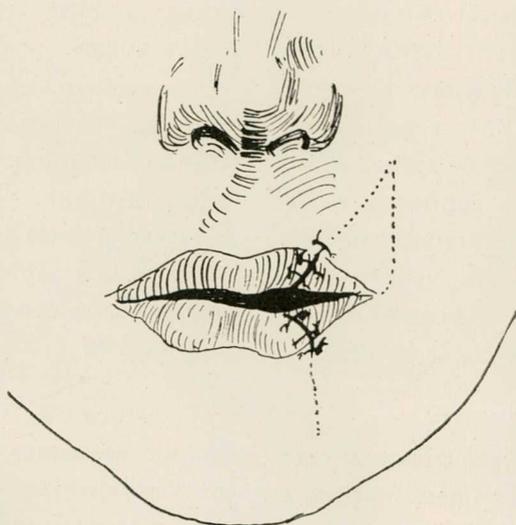
cado principalmente nas lesões do têrço externo do lábio, próximas à comisura.

Técnica — Anestesia troncular, por infiltração dos nervos mentoniano e infra-orbitário do lado da lesão. Após a

catgut fino na mucosa e de sêda fina na pele. O retalho triangular, que abrange tóda a espessura do lábio, tem sua nutrição garantida pela coronária labial, cuja proteção é absolutamente indispensável ao êxito da intervenção. A perda de substância, criada pela obten-



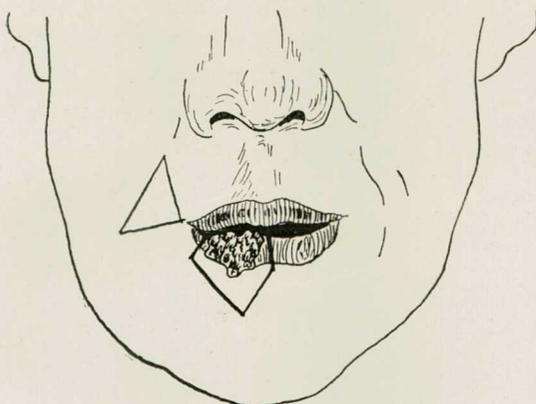
Operações de Estlander modificada por Abbe.



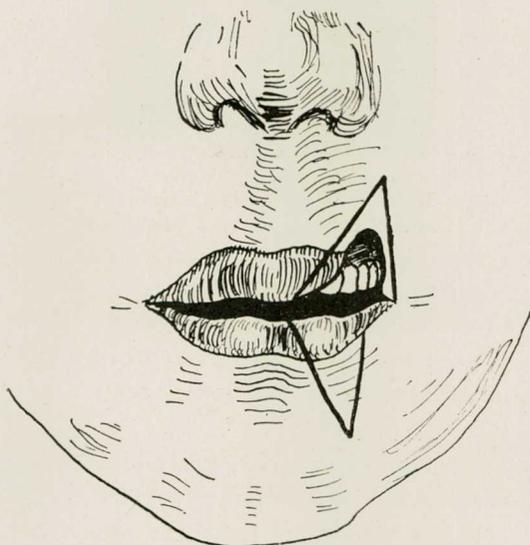
Operação de Estlander modificada por Abbe.

resseção em "V", traça-se um retalho triangular no lábio oposto, que é torcido para cima ou para baixo, conforme o lado da perda de substância e a esta suturado, por pontos separados, de

ção do retalho, é suturada, por meio de pontos separados de catgut fino na mucosa e de sêda na pele. Nas lesões mais extensas do lábio, nas quais êste se acha totalmente invadido ou destruído



Operação de Estlander



Operação de Estlander modificada por Abbe.

pelo processo carcinomatoso, há indicação de excisão larga dos tecidos lesados, seguida de reparação plástica tubular tardia.

Comando operation — Quando, além da lesão labial há invasão óssea, acompanhada ou não de adenopatia metastática, há justificativa para um tipo de intervenção, denominada, pelos americanos, de “Commando operation”, que consiste na reseção labial, hemi-ressecção da mandíbula e esvaziamento ganglionar cervical.

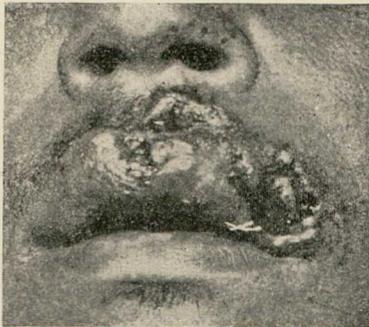
Técnica — Anestesia de preferência gasosa, por intubação traqueal em tamponamento cerrado do oro-faringe. A intervenção deverá ser feita de preferência de baixo para cima, isto é, praticando-se inicialmente o esvaziamento ganglionar cervical e, em seguida, a ressecção da lesão labial e hemi-ressecção da mandíbula, invadida pelo processo maligno.

Tratamento das metástases cervicais

O tratamento das metástases ganglionares, secundárias ao carcinoma do lábio, deve ser feito, de preferência, pela cirurgia. Constitui fato provado ser a radioterapia pouco eficaz como terapêutica profilática ou curativa das metástases ganglionares, ficando, por isso, reservada para os casos inoperáveis ou para os tumores muito anaplásticos. A questão da indicação do esvaziamento ganglionar cervical, como complemento ao tratamento da lesão primária do lábio, constitui ainda assunto debatido entre os diversos autores. Formamos entre os que só indicam o esvaziamento na vigência de adenopatias palpáveis. Duffy estabelece como indicações do esvaziamento cervical:

- 1º) a lesão primária deve estar controlada;
- 2º) a lesão primária deve estar limitada a um lado da boca;
- 3º) o carcinoma deve ser bem diferenciado;
- 4º) as metástases devem limitar-se a grupos de gânglios em dois triângulos cervicais contínuos;
- 5º) não deve haver perfuração da cápsula do gânglio, com fixação do mesmo aos tecidos vizinhos;

- 6º) não deve haver adenopatia cruzada;
 7º) não deve haver metástase à distância;
 8º) o estado geral do doente deve ser compatível com a intervenção.



Sífilis terciária do lábio superior.

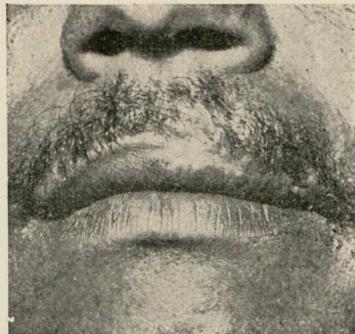
O tamanho da lesão primária, assim como o seu grau de diferenciação histológica, segundo a classificação de Broders, têm importante papel na frequência da invasão ganglionar. Na estatística de Richards, em 224 carcinomas de menos de 1,5 cm. de diâmetro, só houve metástases ganglionares em 5 casos. Em 20 casos de lesão de mais de 3 cm. de diâmetro, houve metástases ganglionares em 13 casos.

A influência do grau de diferenciação histológica na frequência das metástases ganglionares foi demonstrada por Broders. Em 354 casos de carcinoma do lábio de graus 1 e 2, 11% apresentaram metástases; em 95 casos de graus 3 e 4 a percentagem de metástases ascendeu a 66%.

Do ponto de vista terapêutico, a orientação seguida no Serviço Nacional do Câncer é a seguinte:

Os casos são divididos em três graus clínicos:

- Grau 1 — Lesão limitada ao lábio — Ausência de adenopatias palpáveis.
 ” 2 — Adenopatias palpáveis, porém móveis.
 ” 3 — Adenopatias fixas, ulceradas ou não.

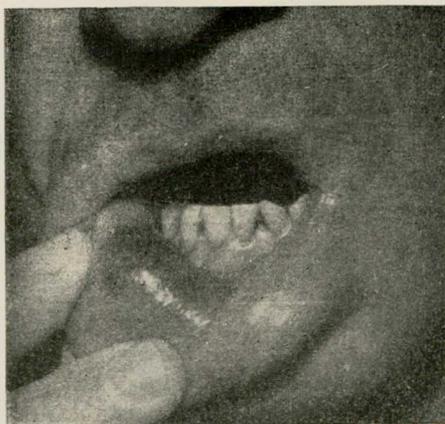


Mesmo caso após tratamento anti-sifilítico (iodeto e bismuto).

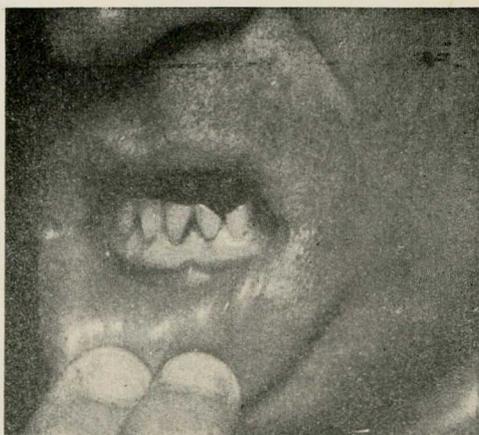
Nos casos classificados como grau 1, limitamo-nos ao tratamento da lesão primária, mantendo o paciente sob vigilância periódica freqüente, após o tratamento.

Nos casos grau 2, praticamos o esvaziamento ganglionar cervical após controle da lesão primária, quando o grau de diferenciação histológica fôr 1, 2 e 3. As lesões anaplásticas, grau 4, pertencem exclusivamente ao domínio da radioterapia.

Quando as adenopatias forem bilaterais, praticamos o esvaziamento ganglionar bilateral em duas sessões, operando sempre em primeiro lugar o lado menos invadido, a fim de evitar, se possível, a resseção da veia jugular interna, que todavia pode ser ressecada bilateralmente, sem acidentes, desde que haja um intervalo de pelo menos 15 dias entre uma intervenção e outra. Abandonamos o esvaziamento ganglionar supra-hioideu, pois foi grande o número



Hemangioma cavernoso de lábio inferior.



Mesmo caso após tratamento esclerosante.

de casos operados que apresentaram, posteriormente, metástases ganglionares cervicais.

No grau 3 praticamos sempre que possível intervenção alargada do tipo "comando", ou então fazemos o tratamento paliativo pelas irradiações.

Uma adenopatia fixa aos órgãos vizinhos não constitui, a nosso ver, causa de contra-indicação cirúrgica, pois em muitos casos, é possível praticar sua remoção juntamente com o órgão ao qual se acha fixa (mandíbula, pneumogástrico, carótida primitiva, etc.).

Del Regato alega que o tratamento cirúrgico do câncer do lábio deve ser o preferido nas seguintes eventualidades:

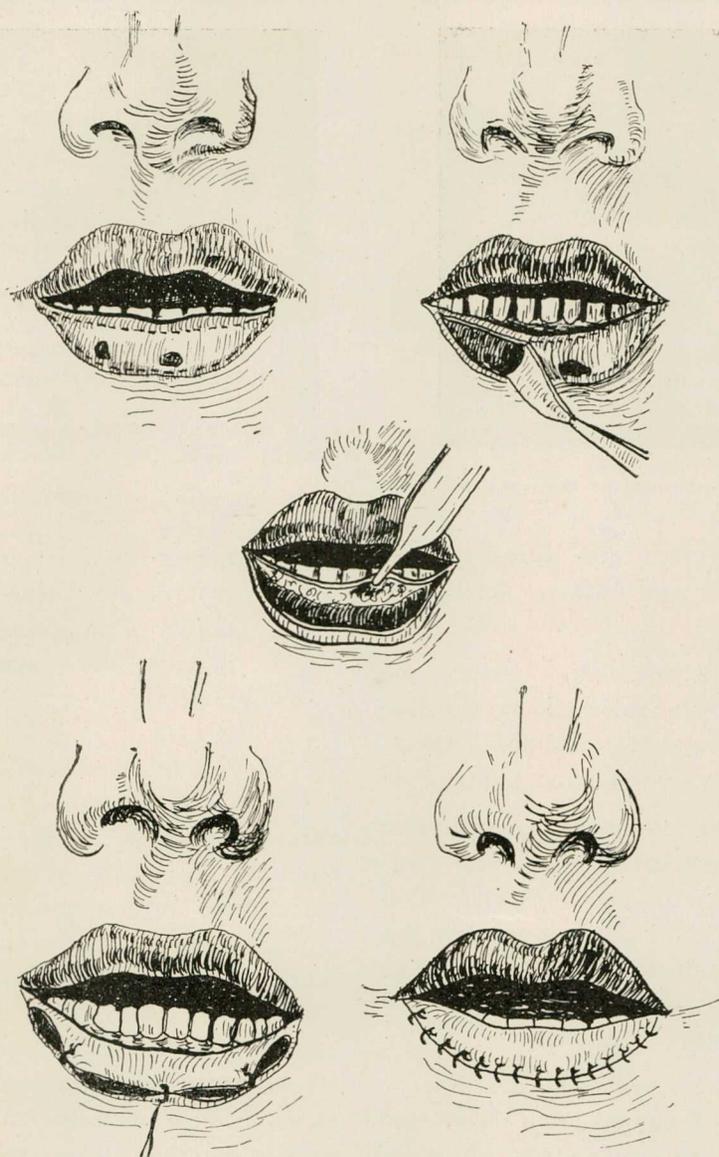
- 1) quando a lesão é inicial e a circunferência bucal relativamente grande;
- 2) nas lesões muito extensas, nas quais há necessidade de reparação plástica após a ressecção;
- 3) nas lesões que já se acompanham de adenopatias secundárias;
- 4) quando há recidiva post-radium;

- 5) quando não há possibilidade de tratamento pelas irradiações por falta de aparelhagem ou de pessoal adequadamente treinado.

Resumo da técnica do esvaziamento cervical — O esvaziamento radical é em geral por nós praticado sob anestesia troncular do plexo cervical. Em casos esporádicos recorremos à narcose por inalação com intubação traqueal. A intervenção, em linhas gerais, consiste na ressecção em bloco feita de baixo para cima, incluindo os músculos esternocleido-mastoidêo e omoiodêo, veia jugular interna, gânglios cervicais, glândula e gânglios sub-maxilares, músculos digástrico e estiloiodêo e gânglios sub-mentonianos. É intervenção que exige conhecimento profundo da anatomia da região.

Profilaxia do câncer do lábio — A profilaxia do câncer do lábio só pode ser feita de duas maneiras:

- 1º) suprimindo as causas de irritação crônica que poderiam dar lugar à alterações que ul-



Ressecção da mucosa do lábio (ap. John Erick).

teriormente dariam origem ao câncer (fumo, sol, dentes mal tratados, etc.);

- 2º) removendo lesões consideradas pré-cancerosas (leucoplasias, queratoses, fissuras recidivantes, descamação crônica).

A remoção destas lesões só pode ser feita cirurgicamente. A mucosa le-

sada é excisada sob anestesia local por incisão fusiforme, sendo a mucosa da borda da perda de substância descolada em certa extensão e suturada anteriormente ao retalho cutâneo por pontos separados de seda fina. O resultado cosmético, conforme tivemos já oportunidade de verificar, é excelente, apesar da extensão de mucosa algumas vezes ressecada.

- 1 — MARTIN, HAYES & MACCOMB, WILLIAM S. — "Cancer of the Lip". *Ann. Surg.* 114:226, 1941.
- 2 — ACKERMAN & DEL REGATO — "Cancer, diagnosis, treatment and prognosis".
- 3 — CUTLER & BUSCHKE — "Cancer, its diagnosis and treatment".
- 4 — DUCUING, J. — "Précis de Cancérologie".
- 5 — VIANA, JOÃO B. — "Reparação das grandes perdas de substância do lábio inferior". *O Hospital* — janeiro de 1943.
- 6 — COUTINHO, ALBERTO — "Câncer do lábio". *O Hospital* — Outubro de 1943.
- 7 — MACHADO, OSOLANDO J. — "Câncer da boca" — *Med. Cir. Farm.*, julho 1950.
- 8 — OLIVEIRA JUNIOR, LUIZ CARLOS — "Câncer do lábio" — *O Hospital* — Janeiro 1947.
- 9 — BARSKY — "Plastic Surgery".
- 10 — MARTIN, H. E. — "Cheiloplasty for Advanced Carcinoma of the Lip". *Surg. Gyn. Obst.*; 54, 914, 1932.
- 11 — ROUVIÈRE, H. — "Anatomy of the Human Lymphatic System".
- 12 — SOMERVELL, T. H. — "Recent Advances in the Treatment of Carcinoma of the Mouth and Jaws" — *Brit. Journ. Surg.* 32, 35, 1944.
- 13 — MORTON, JOHN J. — "Surgical Approach to Cancer". *Arch. Surg.* 58:1-15, 1949.
- 14 — DINGMANN, REED O. — "Chronic Fissure of the Lower Lip". *Plast & Reconst. Surg.* 3:613-618, 1948.
- 15 — KREDEL, F. E. — "Cancer of the Oral Cavity". *J. South Carolina M. A.* 46: 123-124, 1950.
- 16 — MAROON, SAM Z. & KENNEDY, ROBERT H. — "Carcinoma of the Lower Lip". *Ann. Surg.* 130:896-901, 1949.
- 17 — ANDREWS, GEORGE CLINTON — "Diseases of The Skin".
- 18 — CRISTOPHER, FREDERICK — "A Textbook of Surgery".
- 19 — WARD, GRANT E. & HENDRIK JAMES W. — "Results of Treatment of Carcinoma of The Lip.". *Surgery*, 27:321-341, 1950.
- 20 — TAYLOR, G. W. & NATHANSON, I. T. — "Evaluation of Neck Dissection in Carcinoma of The Lip". *Surg, Gy Obst.* 69:484, 1939.
- 21 — FIGI, FREDERIK A. — "Epithelioma of Lower Lip". — Results of Treatment. *Surg. Gyn. Obst.* 59:810, 1934.

A Study of the Tumor Necrotizing Effects with S. Marcenscens Polysaccharide in Mice *

Transplanted Sarcomas (S-37)

A. CANTERO, M. D. & L. C. SIMARD, M.D.F.R.C.P.

Montreal Cancer Institute — Notre Dame
Hospital

Montreal, Canadá

A considerable literature has accumulated in recent years on the subject of a group of bacterial products which produce necrosis in tumor tissues. Much has been written on the clinical effects of certain bacterial infections upon the course of some types of tumors in patients—notably with Coley's so called "mixed toxins". Research workers had repeatedly shown in the past that certain bacterial products had a destructive effect in tumor tissue, but their margin of safety in destroying the tumor was so small, that they had to be abandoned for the time being. Recently, by chemical fractionation it has been possible to separate the active agent from the other toxic but inactive components present in the bacterial preparation and thereby reducing the toxicity, which permits a further contribution of these bacterial preparation to the field of chemotherapy in cancer.

Shear and his co-workers has shown that intraperitoneal or intravenous injections of the specific polysaccharide from *B. prodigiosus* induces hemorrhage in a few hours in both the transplanted and primary sarcomas in mice. Hemorrhage is not seen when given in the

normal tissue. With increasing dosage, to 0.01 mgm, which is the minimal lethal dose, the extent of damage to the tumor by the polysaccharide increases. Necrosis parallels or rapidly follows the induced hemorrhage.

Investigation has been going on at the Montreal Cancer Institute, on the method of reducing the primary shock which follows the injection of the polysaccharide which may be related to the substance itself, or to the secondary shock, which follows the reabsorption of toxins liberated by cytological damage of tumor cells.

MATERIALS AND METHODS

Laboratory strain white mice, 8 to 10 weeks old, furnished by a local dealer, received in the right flank implants of S.37 which was obtained from the National Cancer Institute at Washington. Implants were carried out under strict aseptic condition. The tissue ground and normal saline solution aspirated into a syringe, to which is attached a n° 14 trocar is injected into the right flank. Implants have shown a 100% take, when carried out under strict aspect condition. The size of the

(X) This investigation was supported by research grants from the National Cancer Institute and the Cancer Research Society of Montreal.

tumor, at ten days, was the size of a small grape. Animals were sacrificed for further transfer at 10 days interval. After 10 days, mice show sign of cachexia and die at about 20 days following the sarcoma implant.

The polysaccharide was supplied by D. Shear bearing the stock number P.10. Mice received 1 cc. injection intraperitoneally and the dose was standardized to 50 micrograms per 1 cc.

Mice bearing one week old implants of sarcoma 37 received 50 micrograms of polysaccharide (n° P. 10) were sacrificed at 8,12 and 42 hres. after injection for study of necrotizing and hemorrhagic effects on the tumor. Gross autopsy findings are recorded and tumor tissue is fixed in Brouin for further investigation.

Tumor bearing mice studied in four sets of experiments. Group one made no 4.9 sarcoma bearing mice, received pyridoxine hydrochloride (10 mlgms.) with or without the polysaccharide.

A second group of 19 mice in an effort to prevent primary and secondary shock caused by the polysaccharide received variable doses of antihistamine like substances (Antistine Ciba) previous to or in association with the polysaccharide.

In a third group made up of 15 mice, in which the hemorrhagic action of the polysaccharide may be due to a capillary deficiency, Rutin was given in association with the saccharide.

Finally, in a fourth group of mice bearing implants of sarcoma 37, natural polysaccharide obtained from the Department of Agriculture (Dominion of Canada, Ottawa) was given by oral route (in drinking water). We are here with including our results in this paper.

EXPERIMENTAL RESULTS

Results on sarcoma implanted mice with polysaccharide in association with pyridoxine hydrochloride are shown in table 1.

Pyridoxine hydrochloride has no effect on normal mice, whereas it appears to have a highly toxic action in sarcoma bearing mice.

There is a 50% increase in mortality following the use of pyridoxine hydrochloride with the polysaccharide.

Pyridoxine hydrochloride itself seems to have a somewhat necrotizing and hemorrhagic action in the sarcoma cells.

An antihistamine like substance (Antistine Ciba) had no effect on the mortality rate within the 24 hrs. following the administration of polysaccharide. Antistine proved highly toxic for normal mice when high dosage.

Sarcoma bearing mice, given antihistamine like substance previous to polysaccharide on the tumor bearing mice, as compared to normal animals.

It does not seem probable as revealed by these results with antihistamine like substance that an anaphylactic like reaction may be the cause of the tumor cell necrosis.

In the group of tumor-bearing animals which received Rutin, with the polysaccharide it will be noted that the Rutin shows a marked effect reducing mortality rate (after 24 hrs.), but nevertheless without effect on the hemorrhagic like action of the polysaccharide on the tumor.

Natural polysaccharide given by oral route seem quite effective and appear non toxic. These occurs a marked suppression of tumor growth and the survival period of tumor bearing

mice for this group appears to be markedly increased by some weeks.

The tumor mass, grossly, takes on a bluish hue. There occurs frequently in animals auto amputation of the limb bearing the sarcoma transplant, on section the tumor mass appears partially necrotic and gelatinous like.

There has not been noted complete regression of the tumor, but rather a standstill or inhibition of group of the tumor.

Further investigation being carried out, before definite conclusions as to the value of the new chemotherapy can be drawn.

DISCUSSION

The above preliminary experiment demonstrate that Serrata Marcenscens polysaccharide have a definite cytotoxic action on sarcoma bearing mice. Definite proof is still to be submitted which may incriminate the reabsorption of toxins as liberated by a cytological damage to the tumor cells as being the cause of the primary shock Which folthe injection of the polysaccharide.

The data in table 1 reveals that pyridoxine hydrochloride, while inhaning the cytotoxic like action of polysaccharide, increases the mortality rate quite appreciably. For the present it seems difficult to understand why pyridoxine hydrochloride should become lethal, when associated with polysaccharide.

The use of antihistamine like substance to eliminate primary and secondary shock and which has shown to be without effect, as well as the effort to diminish capillary fragility by using various doses of Rutin, are quite in favor of postulating that the necrotizing like action, as the polysaccharide, is not brought about by an anaphylactic like action, nor that the diminished fragility with Rutin has a definite bearing on the hemorrhagic factor, which seems to occur following the injection of polysaccharide.

The encouraging results obtained with natural polysaccharide i.e. inhibition of growth and the prolonged survival period of the tumor bearing mice and its less toxic effects, warrant further investigation. Further biochemical studies are now being undertaken.

SUMARY

Mice bearing sarcoma implants (S.37) obtained from the National Cancer Institute received sublethal dosage of Serrata Marcenscens polysaccharide (as obtained from Dr. Shear).

The cytotoxic like action characterized by hemorrhage and necrosis in the tumor mass has been investigated, as to its relationship to an anaphylactic action, or as due to an increased capillary fragility.

Results are herewith reported.

Tratamento radiológico do câncer do lábio (*)

OSOLANDO J. MACHADO

Chefe de Seção de Radioterapia do S.N.C.

O câncer do lábio pode ser tratado, com resultado idêntico, por diferentes métodos terapêuticos. Entretanto, a eleição da arma a ser empregada ficará na dependência do grau de evolução da lesão e da preferência do técnico que vai executar o tratamento.

De passagem, desejamos esclarecer que só consideramos como câncer do lábio os originados na zona de transição cutâneo-mucosa da região labial. Conseqüentemente, seguindo a ordem de freqüência dêsses tumores, encontraremos em primeiro lugar os do lábio inferior, depois os das comissuras e, finalmente, os raros casos de câncer do lábio superior. Assim, em linhas gerais, quando dizemos simplesmente câncer do lábio estamos nos referindo aos do inferior, pondo à margem os das comissuras e os do lábio superior, que serão tratados em particular por exigências técnicas inerentes às estruturas anatômicas regionais.

Do ponto de vista histológico, praticamente, a totalidade dêstes tumores é constituída por carcinoma epidermóide, em geral espino-celular, de tipo diferenciado. Os carcinomas baso-celulares aí encontrados são geralmente tumores propagados da pele.

O maior grau de diferenciação histológica do carcinoma do lábio não afeta a sua curabilidade, pelo contrário, facilita-a, não só por serem os tumores diferenciados de evolução mais lenta, como pela facilidade que têm os indiferenciados de darem metástases. Aliás, não é só o grau histológico que interfere no prognóstico do tratamento radiológico. Além de outros fatores, como o estado geral do paciente, a higiene bucal etc., o terreno luético é tido por alguns autores como um dos elementos que mais prejudica o tratamento. Temos observado que o carcinoma do lábio, nos pacientes sífilíticos, não responde às irradiações da mesma maneira que nos outros: a regressão é mais lenta, o mesmo ocorrendo com a recomposição dos tecidos nobres da região.

Não raro há necrose dêstes tecidos, podendo esta se associar a novo surto evolutivo da neoplasia. Assim, ao lado do exame histológico, o paciente deve passar por um exame geral antes de ser submetido ao tratamento pelas irradiações.

Antes de comentarmos a técnica propriamente dita dos diversos métodos da radioterapia, desejávamos tecer algumas considerações de ordem doutrinária sobre a dose e a distribuição da irradiação.

Segundo Paterson, dose é a quantidade de irradiação absorvida em determinado ponto. Aliás, a dose sempre constituiu um dos problemas primor-

(*) Relatório apresentado ao III.º Congresso Argentino de Radiologia e I.º Congresso de Radiologia, Córdoba, Argentina, maio de 1951.

N. da R.: Os casos estudados no presente trabalho, são todos de doentes matriculados no Serviço Nacional de Câncer.

diais da terapêutica e, analisando-se a maneira como são dosados os medicamentos, assim como a sua prescrição, teremos desdobrado ante nós o quadro demonstrativo da evolução da medicina com todos os detalhes de conhecimentos custosamente amealhados. O mesmo está acontecendo na radioterapia. Graças a maiores conhecimentos de ordem técnica, física, podemos interpretar melhor os sábios princípios de radiobiologia ensinados por Regaud e que o saudoso Barcia bem dizia constituir a Bíblia do radioterapeuta.

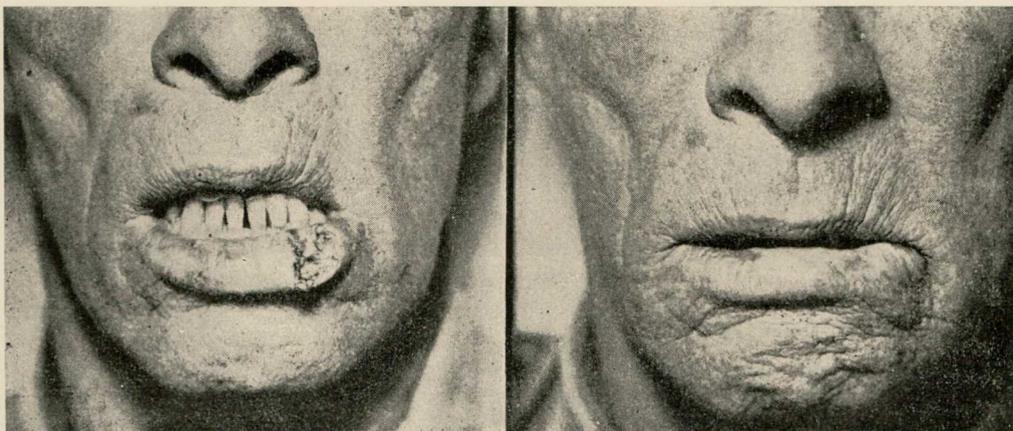
Hoje, apesar do grande cabedal adquirido, ainda temos muito a realizar. Entretanto, a nossa experiência já nos permite tirar uma série de conclusões que somos obrigados a respeitar como princípios básicos para o bom êxito dos tratamentos. Desta maneira, no tratamento dos tumores, aceitando a curva de dose letal de Paterson ou a de Strandqvist, assim como os princípios de fracionamento de Pfahler ou os de Holfelder, não podemos desprezar a dose física com todos os seus quesitos. Dêstes, consideramos como dos mais importantes o que diz respeito à maneira com que a radiação se distribui na área a

ser tratada, sob pena de observarmos pontos de sub ou sôbre-dose.

Creemos, de acôrdo com a opinião geral dos autores modernos, ser impossível separar os fatores de ordem física dos de ordem biológica. O seu conjunto forma o que chamamos de dose ideal, isto é, a quantidade de irradiação absorvida por uma determinada área que vai destruir o tecido neoplásico, permitindo, no entanto, a recomposição dos tecidos nobres da região tratada. Deverá haver uma recomposição a mais próxima possível do normal, de ordem tal que permita aos tecidos reassumirem seu aspecto habitual e aos órgãos suas finalidades fisiológicas.

Deixando à margem outros comentários de ordem geral, passaremos a discutir o tratamento pelas irradiações, por ser êste o tema proposto e por julgarmos que o tratamento cirúrgico só é indicado nas lesões muito pequenas ou em alguns casos em que o tumor já se estendeu ao maxilar inferior, havendo comprometimento ósseo.

A radioterapia é aplicada tanto sob a forma de roentgenterapia como de curieterapia.



Carcinoma do hemi-lábio inferior esquerdo, antes e depois de ser tratado com rádioium armado em aplicador duplo.

A roentgenterapia pode ser empregada com êxito, variando no entanto sua modalidade e técnica de emprêgo com a extensão e o grau de infiltração da lesão a ser tratada. Assim, as lesões pequenas e pouco infiltrantes podem ser tratadas indiferentemente pela roentgenterapia de contato, pela superficial ou pela penetrante, enquanto nas lesões extensas só deve ser empregada esta última modalidade.

A contatoterapia ou roentgenterapia de curta distância focal, propugnada por Chaoul e outros autores, dada a sua baixa capacidade de penetração, só

culo da dose de irradiação que é feita não só nas duas superfícies dêste como também no centro do mesmo. No entanto, analisando as curvas de isodose publicadas no primeiro trabalho dêste autor e em seu livro, verificamos que na contatoterapia, quando feita através das duas superfícies, mucosa e pele, a distribuição da irradiação não é homogênea, e a diferença entre a dose máxima e a dose mínima que atingem o tumor é de 20 por cento, podendo, assim, freqüentemente exceder o limite mínimo de tolerância com relação à dose celulídica, dose carcinoma dos au-



Carcinoma da porção cutânea do lábio superior invadindo a zona de transição do mesmo. Antes e depois de ser tratado com agulhas de rádio.

pode ser empregada com eficiência nas lesões pequenas e pouco penetrantes. No entanto, para tratar lesões infiltrantes, porém, de extensão limitada, Smithers criou um adaptador especial, aliás semelhante a outro usado por Watson, que prendendo o lábio à maneira de pinça permite irradiá-lo em dois sentidos opostos, isto é, da pele para a mucosa e desta para aquela. Por outro lado, êste aparelho ainda nos proporciona o conhecimento exato da espessura do lábio, permitindo, assim, o cál-

tores germânicos, facilitando destarte futuras recidivas.

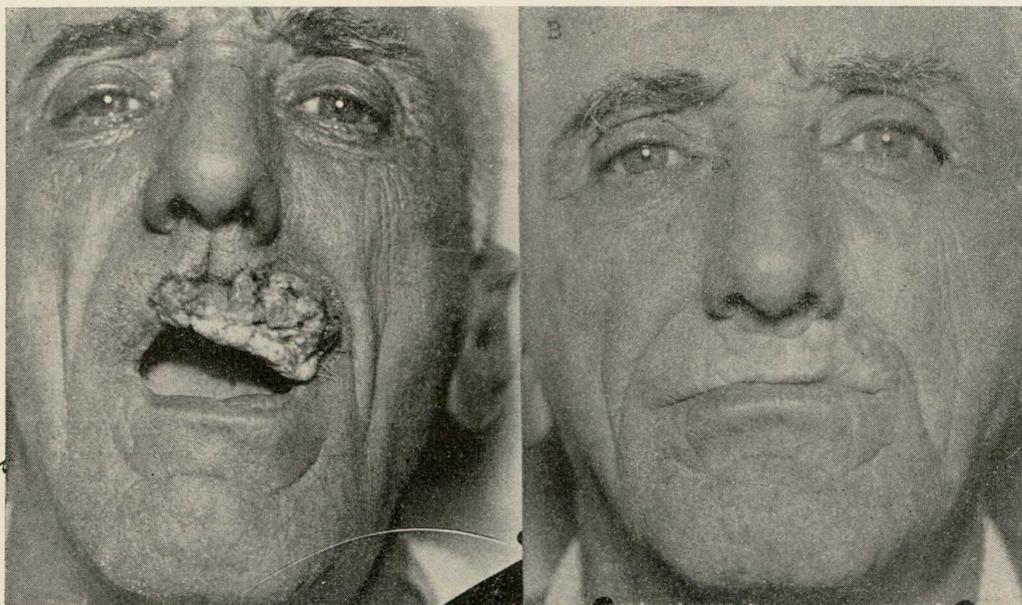
Por outro lado, se analisarmos as curvas de isodose da irradiação dos aparelhos de contatoterapia, fornecidas por Smithers, notamos que junto à abertura do localizador a intensidade da irradiação não é homogênea, havendo uma diferencial que vai de 10 por cento para o aplicador de 2,5 cm F-P, a 30 por cento para o mesmo aplicador com a distância de 3 cm.

Postas à margem tais dificuldades e empregando esta técnica apenas nos casos indicados, não vemos qualquer inconveniente em seu uso, sendo os resultados praticamente idênticos aos obtidos com os outros métodos de tratamento.

A roentgenterapia superficial pode ser empregada nas lesões pequenas e nas infiltrantes de extensão limitada. As lesões maiores requerem o emprêgo de mais de um campo para se poder ob-

começa a apresentar radioepitelite e radiomucite, além de sangrar com facilidade, torna-se dolorosa, dificultando assim a colocação do protetor de chumbo.

Em resumo, o emprêgo da roentgenterapia superficial fica restrito às lesões de tamanho limitado, superficiais ou infiltrantes, porém, que possam ser abrangidas por um localizador pequeno. A duração do tratamento deverá ser a mais curta possível a fim de evi-



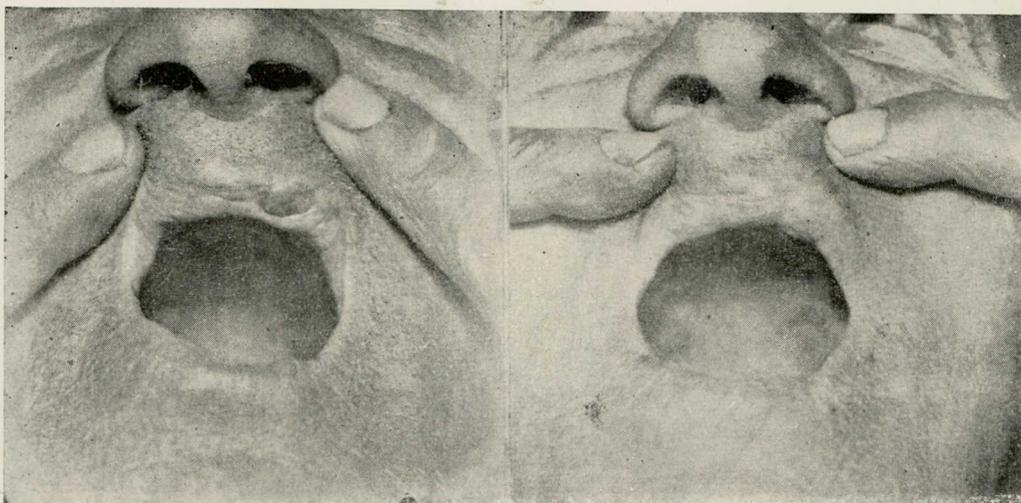
Carcinoma do lábio superior antes e depois de ser tratado com agulhas de rádioio.

ter distribuição homogênea da irradiação, o que é difícil com esta modalidade de roentgenterapia ainda que feita com 140 KV. Outro cuidado que esta técnica requer é a proteção dos dentes e da mucosa gengival com uma lâmina de chumbo simples ou montada em aparelho de prótese, conforme sugere Paterson. De passagem, queremos mencionar que temos encontrado dificuldades a partir do fim da segunda semana de tratamento quando empregamos esta técnica, pois a porção irradiada do lábio que

tar sofrimento aos pacientes, pelos motivos já expostos.

Paterson, em seu livro, reúne a roentgenterapia de contato à superficial sob a designação de radioterapia de baixa voltagem e aconselha-a como bom substituto da curieterapia no tratamento das pequenas lesões (do primeiro grau), porém com resultados menos eficazes.

A roentgenterapia penetrante é a técnica de eleição para o tratamento das lesões extensas. Constitui a alter-



Carcinoma da zona de transição cutâneo-mucosa do lábio superior, antes e depois do tratamento feito com agulhas de rádioio.

nativa da cirurgia mutiladora no tratamento das lesões extensas invadindo o sulco gengivo-labial e a mucosa geniana. Nestas lesões geralmente há perda de substância do lábio, dificultando, assim, o emprêgo de agulhas de radium, o que vem reforçar mais uma vez a indicação dêste tipo de irradiação.

No decurso do tratamento são necessárias precauções de ordem técnica, que facilitam a distribuição da irradiação e outras que evitam complicações futuras. Nas primeiras queremos nos referir ao emprêgo de um ou mais campos de irradiação a fim de fazer a mesma dose total em tôda a área tratada, visto constituir o lábio um segmento de arco de convexidade externa, o mesmo acontecendo à intensidade de irradiação em um feixe de Raios X proveniente de qualquer localizador. Como são as faces convexas dêstes dois segmentos de arco que se vão defrontar, freqüentemente se torna necessário o emprêgo de mais de um campo a fim de evitar áreas de sub-dose nas extremidades laterais da lesão. Neste arranjo alguns empregam campos opostos tan-

gentes, porém a distribuição dêstes deverá variar de acôrdo com cada caso, sendo no entanto indispensável, à quase totalidade, o uso de protetor de chumbo, simples ou duplo, conforme preconiza Paterson.

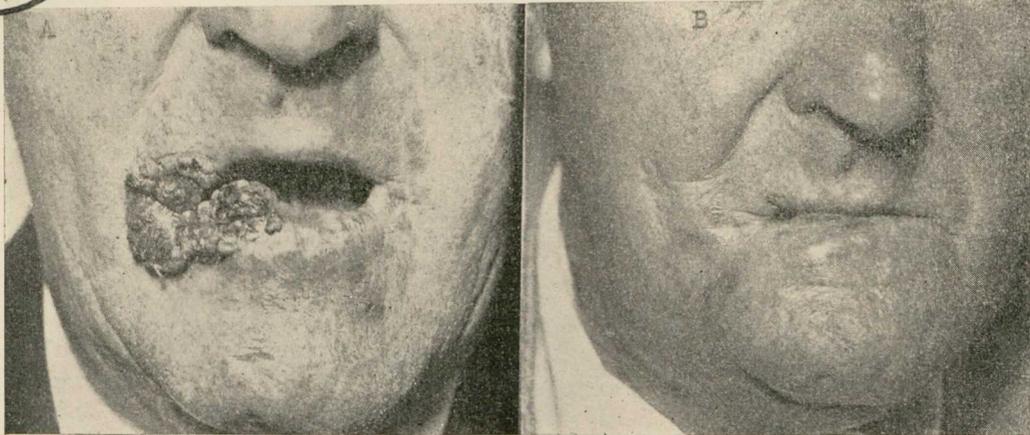
Os resultados locais obtidos por esta técnica são relativamente bons, porém a maioria dêstes casos tem o prognóstico agravado pelas condições das rêdes linfáticas regionais, freqüentemente tomadas por metástases quando as lesões atingem esta fase evolutiva.

No que diz respeito à curieterapia, consideramo-la como o método terapêutico de eleição para o tratamento do carcinoma do lábio. Entretanto, a técnica de seu emprêgo variará de acôrdo com o grau evolutivo, sentido de propagação e localização da lesão.

Em linhas gerais, empregamos o radium no tratamento do câncer do lábio de duas maneiras:

- a) em aplicador duplo
- b) radiumpuntura.

A primeira é indicada em todos os casos em que não houver comprometimento do sulco gengivo-labial.



— Extenso carcinoma da comissura labial direita antes e depois de ser tratado pela curieterapia intersticial.

O aplicador duplo para lábio é constituído, como seu nome o diz, de duas peças: uma, interna, feita de Gudiva de alta fusão e outra, externa, de material plástico transparente. O aplicador interno é feito diretamente na bôca do paciente de maneira a marcar a mordida de ambas as arcadas dentárias, graças ao que é mantido em posição durante o tratamento. Por outro lado, a sua porção anterior é feita de tal maneira que desça o mais possível no sulco gengivo-labial, e também com espessura tal que permita a fixação de tubos de radium a 0,5 cm de distância da mucosa labial. Esta peça é feita de modo a acompanhar o arco formado pela mucosa do lábio.

Uma vez pronto o aplicador interno, é nêle colocado um parafuso com um suporte para manter o aplicador externo. Este, atualmente, é feito de material plástico transparente como o Plexiglass, por nós usado, que não só é muito leve como permite visualizar por transparência a área a ser irradiada. Outra grande vantagem desse material é permitir a observação periódica a fim de verificarmos se o paciente está man-

tendo o aplicador em posição. O Plexiglass é trabalhado aquecido em alta temperatura e uma vez frio mantém a forma que lhe foi dada quando ainda quente. Isto facilita a confecção do aplicador externo, que deverá ter o mesmo grau de curvatura do aplicador interno. A distância entre os dois aplicadores, ou melhor, entre os dois planos de tubos de radium é previamente determinada por cálculo matemático e a conexão entre os dois aplicadores é feita de maneira a facilitar a colocação diária dos mesmos, uma vez que os doentes o usam de 6 a 8 horas consecutivas, diariamente, durante o tratamento.

O aplicador duplo permite-nos variar consideravelmente a dose de irradiação que chega na face cutânea do lábio, ao mesmo tempo que fazemos dose diferente não só na mucosa como na linha média deste órgão, o que é de grande conveniência, sabido que a radiosensibilidade destas porções difere muito. Assim, aconselha Paterson, para o tratamento fracionado feito no tempo total de 8 dias, a dose de 6000 r gama na pele, 3000 na mucosa e de 6000 ou mais na linha média do lábio. Nós,

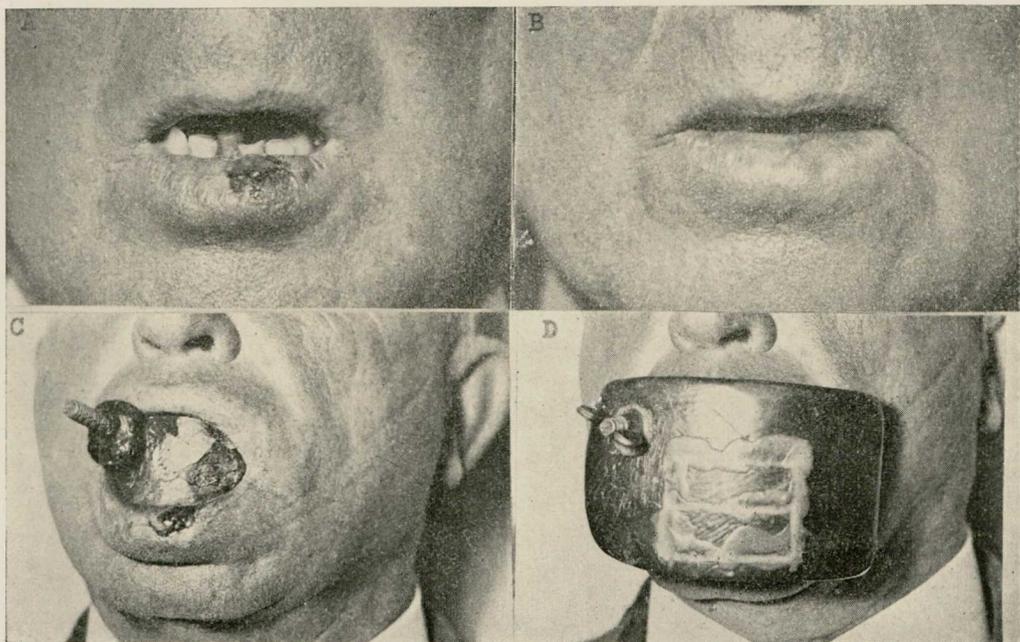
apesar de procurarmos seguir a escola de Manchester, por conveniências de ordem econômica, fazemos o tratamento com este tipo de aplicador em 6 dias e empregamos a dose de 5500 r gama na pele, 7000 na mucosa e de 5500 a 6000 na linha média.

Apesar das grandes vantagens oferecidas por esta técnica, devemos assinalar que pequenos descuidos podem acarretar radionecrose imediata ou tardia do lábio, ou mesmo do maxilar. O primeiro tipo de acidente é geralmente causado pela alteração accidental da distância entre os dois aplicadores, depois de já calculado o tratamento e conferida a mesma. O segundo, a osteonecrose do maxilar, pode ser acarretado pela curvatura excessiva do aplicador externo, o que produz uma convergência muito pronunciada da irra-

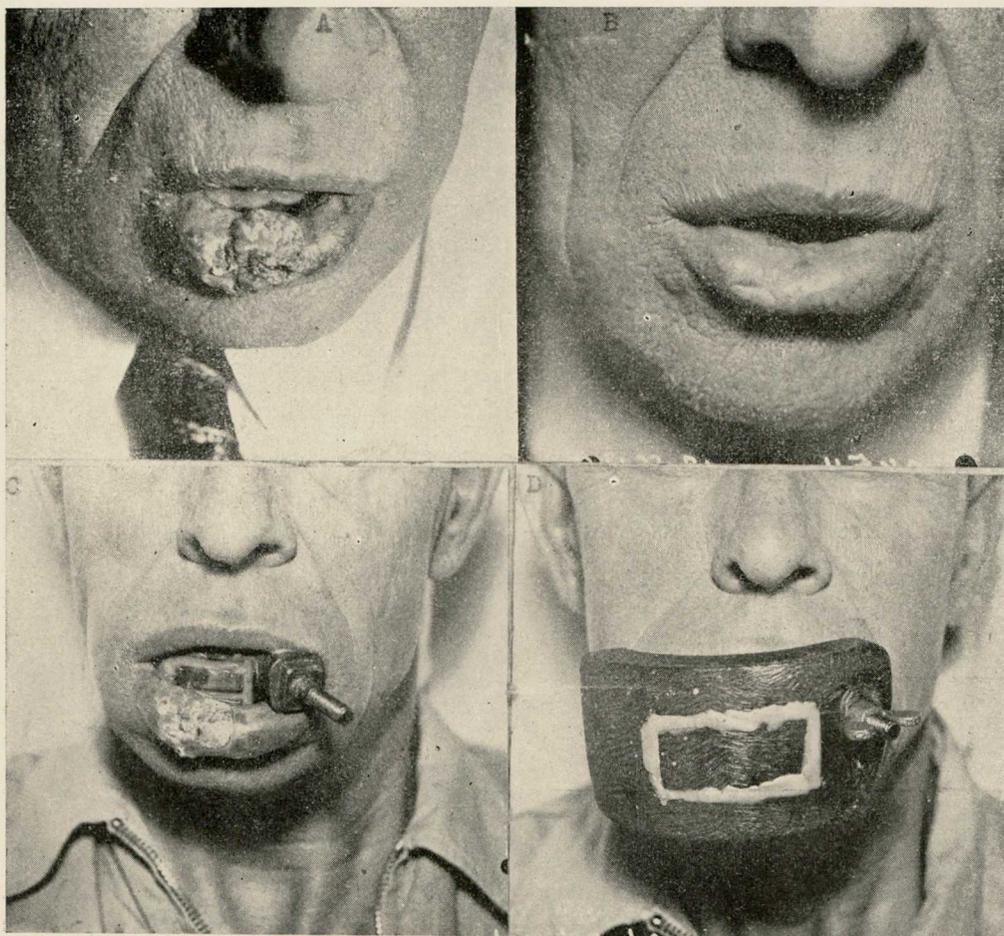
dição proveniente dos diversos tubos do aplicador externo.

Com esta técnica a referida escola obtem 78 por cento de cura no tratamento de câncer do lábio. Não apresentamos estatística própria por empregá-la apenas há quatro anos. No entanto, podemos adiantar que os resultados imediatos são bastante satisfatórios, além de ótimos resultados cosméticos, como pode ser observado pela documentação fotográfica que acompanha este trabalho.

A extensão da lesão para baixo, no sentido do sulco gengivo-labial, dificulta o emprégo do aplicador duplo, pois a parte interna dêste não pode descer de maneira a abranger a lesão entre as duas peças do aplicador. Nestes casos poderíamos trazer o campo interno de irradiação mais abaixo associando ao



- a-b) Carcinoma do lábio inferior antes e depois do tratamento feito com rádioium armado em aplicador duplo.
- c) Peça interna do aplicador duplo, vendo-se o parafuso que vai sustentar a peça externa do aplicador;
- d) Peça externa do aplicador em posição. Note-se a cêra branca cobrindo os tubos de rádioium.



- a-b) Carcinoma do lábio antes e depois de ser tratado pelo rádio armado em aplicador duplo.
- c) Parte interna do aplicador;
- d) Parte externa já em posição mantida na peça interna pelo parafuso de borboleta. Os tubos de rádio estão presos nos aplicadores com cêra branca.

aplicador interno um implante de agulhas de radium, porém, a dose já não seria tão precisa. Aliás, a nosso ver, o comprometimento do sulco gengivo-labial constitui indicação formal para curieterapia intersticial.

A radiumpuntura ou curieterapia intersticial ocupa segundo plano na curieterapia do carcinoma do lábio. Isto em consequência de dois fatores, a saber:

1º) a configuração geométrica e anatômica deste órgão, que não permite

boa distribuição das agulhas de radium, dificultando, assim, a homogeneidade da irradiação.

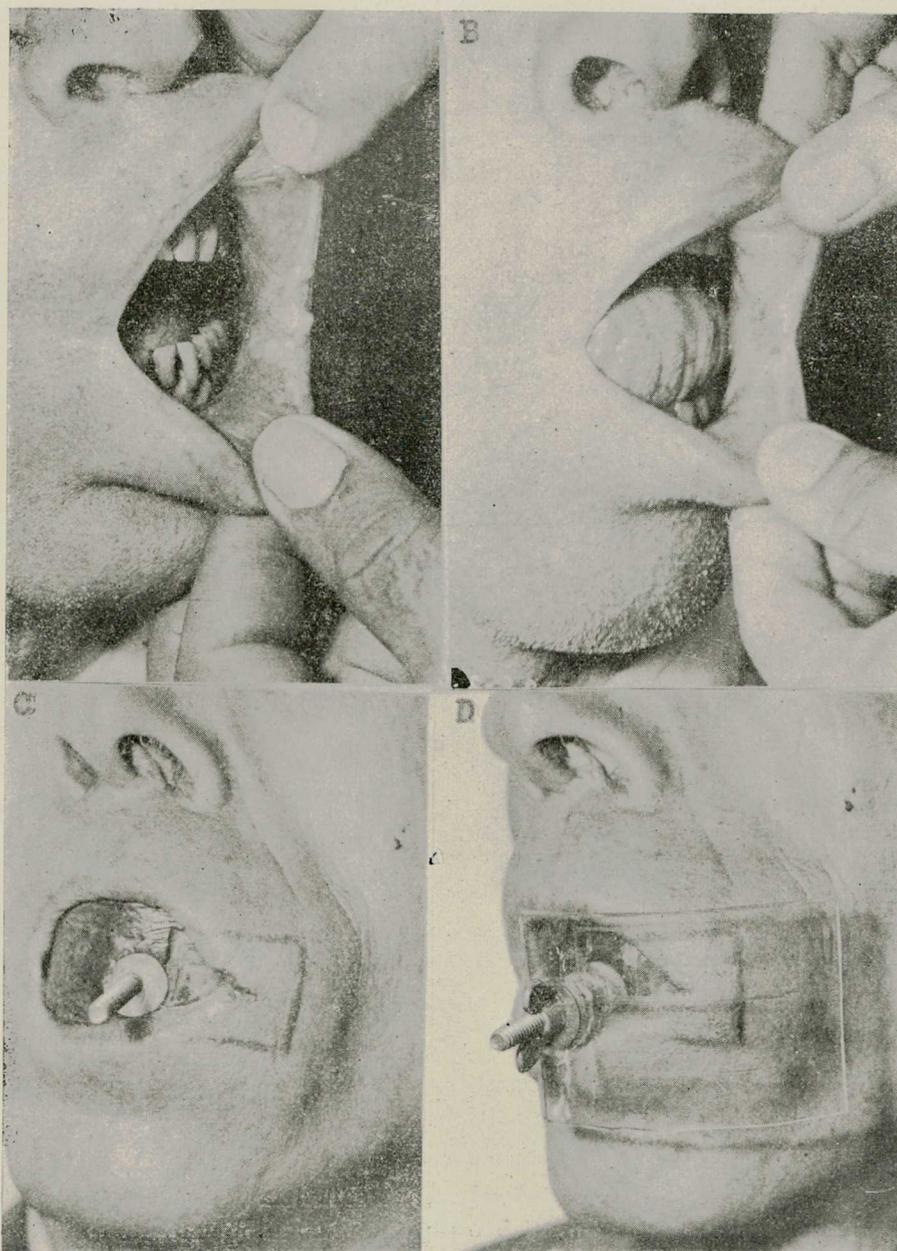
2º) a fibrose da área tratada que, de acôrdo com alguns autores, é conseqüente à grande intensidade de irradiação na proximidade das agulhas de radium associada ao traumatismo produzido pela implantação das mesmas.

Apesar dos inconvenientes citados, esta técnica tem, conforme já vimos, uma indicação formal. No entanto, existem casos em que, dada uma série de

circunstâncias, se torna necessário o seu emprêgo. Aliás, estas condições são mais encontradas nas lesões do lábio superior e das comissuras. São indica-

ções que só podem ser feitas no decurso do estudo da lesão, tornando-se impossível generalizá-las.

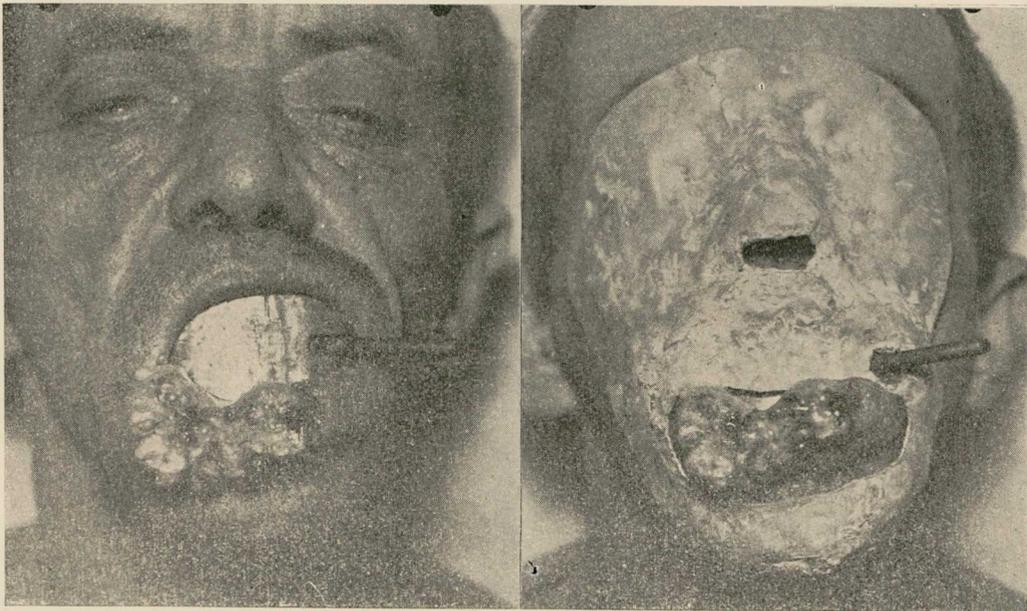
Outro fator que necessitamos levar



- a-b) Carcinoma da comissura labial esquerda, antes e depois de tratado com rádio em aplicador duplo.
- c) A peça interna do aplicador vendo-se a área cutânea a ser irradiada, demarcada com lápis dermatográfico.
- d) Peça externa transparente do aplicador duplo.

em consideração é a angulação das agulhas quando fazemos um implante único, constituído por mais de uma fileira de agulhas. Freqüentemente, dada a configuração do lábio e região mentoniana, o implante toma no seu centro uma angulação de abertura interna, o que acarreta maior dose de irradiação dêste lado que do lado externo. Esta diferença de dose dentro de certos limites pode ser favorável, pelos motivos já expressados quando discutimos as van-

tamento. Nestes casos, fazemos a curieterapia empregando a técnica por nós denominada de radium em tempo curto. Esta constitui-se de um implante de agulhas com grande carga de radium por centímetro ativo, distribuídas de acôrdo com as regras de Paterson — Parker. A dose que habitualmente usamos nesta técnica é de 2 500 r gama feitos em 8 horas, obtendo reação e tempo de cicatrização em tudo idênticos à dosagem clássica. Aliás, esta cons-



Protetores de chumbo para tratamento de lesões extensas com os raios X. — a) Protetor interno; b) Protetor externo que fica prêso ao interno durante o tratamento.

tagens do aplicador duplo. No entanto, torna-se mister o conhecimento exato desta angulação para podermos calcular a dose a ser feita. Para isto deve ser empregado o método de contrôlo radiográfico da dose na curieterapia intersticial preconizado por Meredith e Stephenson.

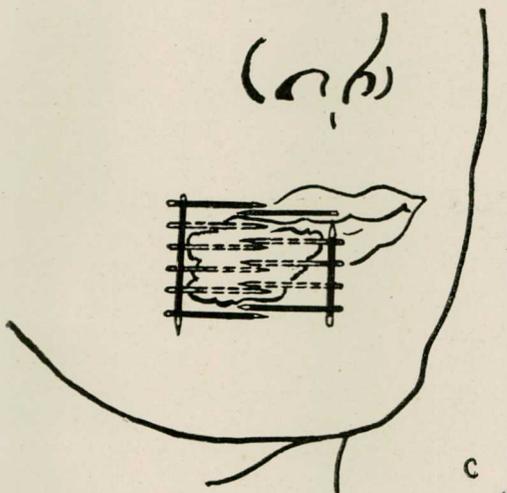
Outra circunstância em que empregamos a radiumpuntura é em se tratando de lesão pequena em paciente que não disponha de muito tempo para tra-

titui uma modificação da técnica sueca, pois apenas substituímos a sua distribuição empírica pela sistematizada dos autores citados.

Outro problema felizmente de pouca freqüência são as recidivas devidas principalmente à má distribuição da irradiação ou à dose deficiente. Apesar de nos parecer desnecessário, desejaríamos lembrar que êstes tumores, como os da bôca, às vêzes têm uma forma de disseminação caprichosa dando metás-

tases regionais. Aliás, alguns autores não as consideram como tais, admitindo a origem multicêntrica desses carcinomas. Aceitando uma ou outra teoria, o essencial é abrangermos com as irradiações larga área a fim de evitarmos recidivas, se é que assim podem ser catalogadas estas lesões.

Um ponto em que às vezes surgem discórdias é o tratamento das recidivas. Na presença de recidiva pós-irradiação, qualquer que seja o seu tipo, preferimos tratá-la pela cirurgia. Nos casos em que



houver contra-indicação à cirurgia poderemos tentar fazer o tratamento pela radioterapia, lembrando sempre dois fatores: primeiro, temos grande possibilidades de provocar uma radionecrose e, segundo, devemos sempre irradiar com o tipo de irradiação que não foi usado, isto é, fazer radium quando a recidiva fôr pós-roentgenterapia e vice-versa.

Outro acidente que, apesar de ocorrer raramente, somos obrigados a con-

siderar, são as radionecroses. Estas, em tese, são conseqüentes a doses acima do limite máximo de tolerância dos tecidos e podem ser oriundas de pontos mais irradiados conseqüentes à má distribuição de agulhas de radium ou a acidentes já mencionados.

Traumatismos constantes produzidos por irregularidades dos dentes, como o tártaro ou defeitos de prótese, também podem desencadear radionecrose tardia. Este tipo de necrose às vezes pode ser combatido facilmente para o que basta remover o fator irritativo. O outro tipo de radionecrose, que poderíamos chamar de genuíno, é de combate mais difícil e a conduta do tratamento varia de acôrdo com a sua intensidade e com as condições locais, sabendo-se que a infecção secundária colabora de modo eficiente na destruição dos tecidos nobres em tais circunstâncias.

Geralmente a radionecrose pode evoluir de duas maneiras. No primeiro tipo, a evolução é lenta e uma intervenção cirúrgica econômica pode contornar a situação e debelar a necrose. O outro tipo tem evolução rápida e quase nos tornamos apenas meros espectadores até que a porção necrosada se elimine.

Terminando, desejávamos fazer apenas ligeira referência ao tratamento das adenopatias secundárias a estes tumores e que julgamos ser da alçada da cirurgia, sendo a radioterapia nestes casos quase só empregada com finalidade paliativa.

Com relação à chamada irradiação profilática, pensamos de acôrdo com Del Regato, Paterson e Widemann, que a consideram destituída de qualquer fundamento científico e sem valor prático.

BIBLIOGRAFIA

- CHAUL, H. — Strahlentherapie, 52, 221, 1935.
- CHAUL, H. e OESER H. — Strahlentherapie, 60, 184, 1937.
- SMITHERS, D. W. — "The X-ray treatment of accessible cancer". London, 1946.
- SMITHERS, D. W. — Brit. J. Radiol., 12, 276, 1939.
- WATSON, T. A. — Brit. J. Radiol., 14, 366, 1941.
- MEREDITH, W. J. e STEPHENSON S. K. — Brit. J. Radiol., 18, 86, 1945.

DIVULGAÇÃO

Diagnóstico do câncer do esôfago

ALBERTO COUTINHO

Diretor do I.N.C.

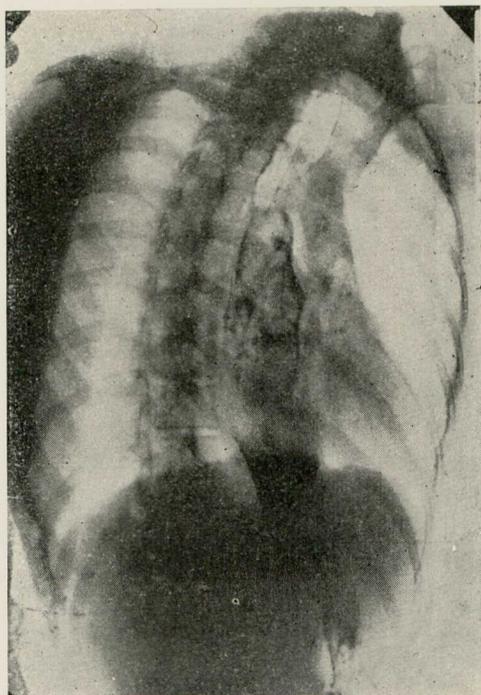
O câncer do esôfago se apresenta principalmente no sexo masculino: 11% no homem e 13% na mulher (Fischer, Leudwig).

Observa-se com maior freqüência de pois dos 45 anos. Quando os doentes procuram a clínica, em geral já decorreram 6 a 9 meses do início de seu mal: apresentam-se emagrecidos e narram um passado mórbido de perturbação na deglutição. Informam que os alimentos costumam a transitar até o estômago e que, ao passarem através do esôfago, provocam dores em determinado ponto e são, por vèzes, rejeitados. Com o correr do tempo, se, a princípio, a dificuldade era unicamente para os alimentos sólidos, passa a ser para os pastosos e até mesmo para os líquidos. Em face da impossibilidade duma alimentação normal sobrevém a perda rápida de pêso com as suas sequelas: anemia, fadiga, etc. Quando o paciente atinge a um estado avançado da doença é comum apresentar regurgitação, vômitos e abundante salivacão. Neste estado a nutrição se acha muito comprometida e os doentes chegam a estado deplorável de emagrecimento. É a época em que se apresentam as complicações devidas à invasão tumerosa dos órgãos vizinhos e expansão neoplásica através do sistema linfático.

Se considerarmos os sintomas próprios ao câncer do esôfago podemos acompanhar a marcha da doença desde que mencionemos a ordem cronológica

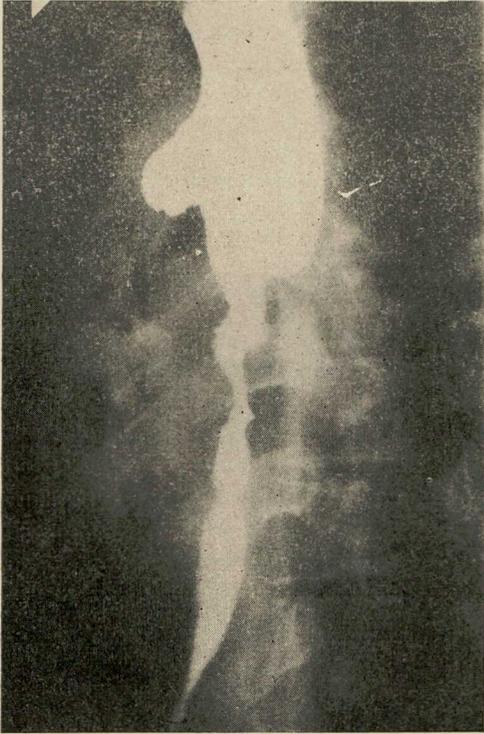
do aparecimento dos mesmos, tendo em vista a freqüência em que são observados.

1º) DISFAGIA — Sendo o câncer uma afecção produtiva, tôda vez que atingir um órgão ôco, tende certamente a ocluí-lo. A estenose, por infiltração ou proliferação, é sempre progressiva e



Megaesôfago

daí a dificuldade crescente à deglutição que os portadores de câncer do esôfago apresentam. Os pequenos embaraços para os alimentos sólidos, depois a impossibilidade de degluti-los, o mesmo acontecendo para os alimentos pasto-



Câncer do esôfago — Ectasia da porção pré-estenótica

tos e, em seguida, para os próprios líquidos. Um caráter especial da disfagia cancerosa é que, dentro da sua progressão constante, há períodos de melhoria e agravação. Acontece tal fato quando há ulceração tumoral e os filetes nervosos sofrem a ação traumática e irritação infecciosa, resultando daí crises espasmódicas. O uso de atropina em doses elevadas faz cessar ou diminuir estes espasmos e o doente, sob a ação medicamentosa, apresenta melhoras apreciáveis na sua disfagia.

Este sintoma é o mais frequente podendo mesmo se afirmar que raras vezes deixa de ser observado como sinal inicial da enfermidade. Os autores, como Farrell, o encontraram em 96% dos casos observados. A disfagia geralmente data de 6 a 9 meses

quando da 1ª consulta. Por vezes é preciso insistir junto ao doente sobre a data do seu aparecimento, que é confundida como sendo *engasgo*, leve pressão à passagem do bôlo alimentar ou irritação na garganta como se houvesse pequeno embaraço.

2º) DOR — Desde que se processa a estenose, a deglutição torna-se algo dolorosa. Resulta em princípio da tensão do bôlo alimentar em sua passagem através a zona estreitada e, posteriormente, pelo atrito que o mesmo exerce sobre as superfícies cruentas do câncer ulcerado. A dor nunca é pungente e, de acôrdo com a localização do tumor, é sentida na região cervical para os cânceres altos, intra-escapular, retro-esternal nas localizações endotorácicas e epigástrica dos cânceres do 1/3 inferior do esôfago. Nos cânceres chamados de bôca do esôfago, que estão incluídos na categoria dos cânceres do hipofarínge, o paciente acusa sensação dolorosa

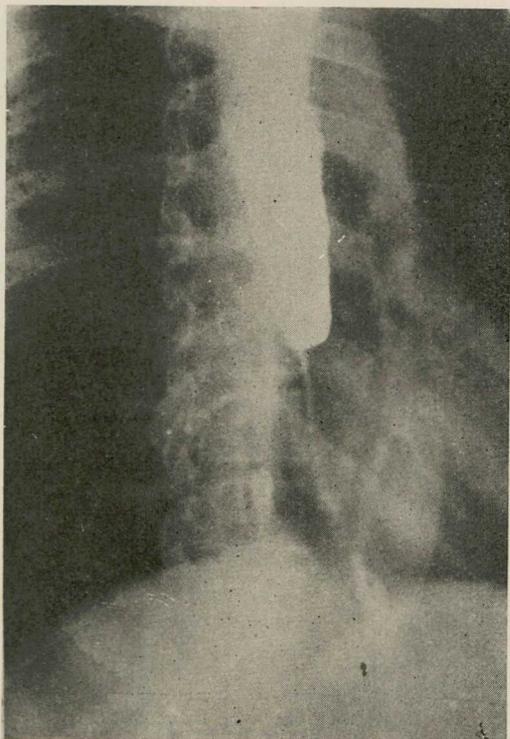


Câncer do esôfago — Fístula esôfago-brônquica

permanente como se aí houvesse um corpo estranho (que muitos doentes acreditam ser uma espinha de peixe) e que se exacerba durante o primeiro e segundo tempo de deglutição.

3º) REGURGITAÇÃO E VÔMITO —

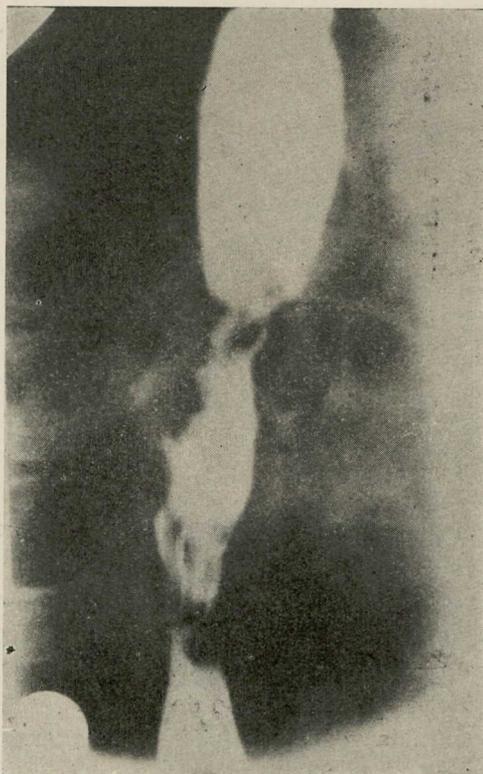
Ambos os sintomas são consecutivos à estenose e se apresentam em elevada incidência estando a sua presença ligada ao fator obstrutivo. Assim todo canceroso do esôfago, mais cedo ou mais tarde, forçosamente, apresentará os sintomas mencionados.



Estenose cicatricial do esôfago

A regurgitação é nítida principalmente para os cânceres altos e consiste na rejeição dos alimentos assim que deglutidos. Os vômitos são mais tardios e se apresentam em tempo variável de acordo com a altura da obstrução e as modificações parietais do esôfago. Des-

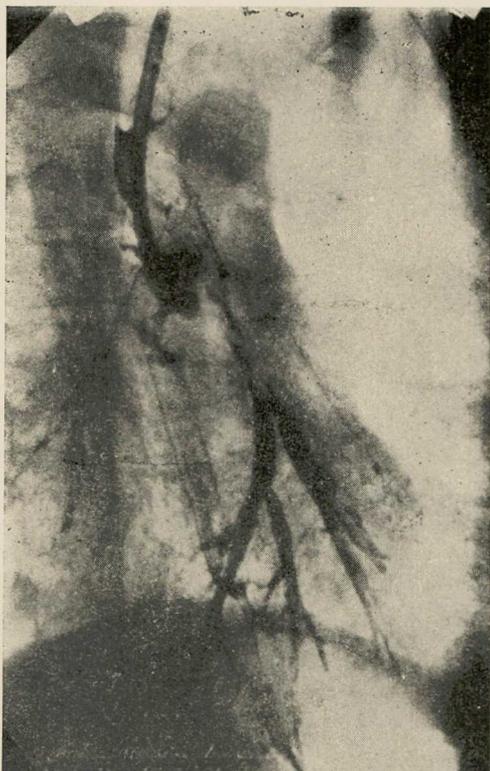
se modo verificamos que, quanto mais baixa for a estenose, mais tardio será o vômito. O estreitamento neoplásico do esôfago acompanha-se freqüentemente por uma retro dilatação do órgão, sinal êste peculiar à natureza da afecção. A retro dilatação é consecutiva a dois fatores: a perda de elasticidade do esôfago decorrente do processo maligno e a ação mecânica distensiva dos alimentos ingeridos. Nos casos de apreciável dilatação retro estritural, observam-se copiosos vômitos constituídos por alimentos deglutidos em épocas diferentes de mistura com sangue e mesmo fragmentos tumorosos. As matérias rejeitadas, nauseabundas, bem dão mostra dos processos fermentativos e infecciosos que existem no interior das dilatações esofagianas. Os pacientes, nes-



Câncer do terço médio do esôfago

tes casos, apresentam hálito extremamente fétido e o seu estado geral bem demonstra o avançado das suas lesões.

4º) TOSSE — Sintoma frequentemente relatado nos casos em que a estenose é acentuada. Três são os motivos da tosse. A subnutrição, que pode acarretar a eclosão de processos pulmonares, o refluxo do conteúdo esofagia-



Câncer do esôfago — Fístula esôfago-brônquica

no para a traquéia e as fistulas esôfago-traqueais ou esôfago-brônquicas. A tosse é, portanto, um fenômeno tardio que indica, nos casos avançados, as perturbações esôfago-respiratórias complicando enormemente o quadro clínico como bem se pode prever. Nestes casos, o paciente é acometido de acessos quin-todos toda vez que se alimenta podendo chegar a verdadeiras crises de asfixia. Observamos um paciente que durante

a exploração radiológica do esôfago apresentou súbita perfuração brônquica seguida de tosse intensa, cianose, angústia; o exame radiológico realizado evidenciou o enchimento da árvore brônquica pelo contraste.

5º) OUTROS SINTOMAS — Devemos nos referir a outros sinais observados no câncer do esôfago como: hematemese, rouquidão progressiva devido ao comprometimento dos nervos laríngeos superiores (para as localizações altas) e adenopatias supra-claviculares.

O exame clínico do doente não permite grandes achados. São pacientes emagrecidos; não raro em lamentável estado de subnutrição e desidratação chegando a caquexia multi-carencial. É de notar que eles conservam o apetite e muitos insistem em ingerir alimento na ânsia de se nutrirem. A língua é seca, saburrosa e o hálito é fétido



Megacystocele

nos casos avançados. É notada, na maioria dos enfermos, abundante salivagem tida como de origem reflexa e conhecida sob a designação de reflexo esôfago-salivar de Roger. A tosse é notada com freqüência quando a doença é vista em estado avançado. Podem ser verificadas metástases abdominais (fígado), ganglionares (supra-claviculares) e pulmonares. A pesquisa do sangue oculto nas fezes revela-se com freqüência positiva.

O exame clínico deve ser completado com a exploração radiológica do esôfago e a esofagoscopia. A radiografia é um elemento precioso e indispensável de diagnóstico.

Ela nos permite verificar a altura e extensão do processo neoplásico, a coexistência de fístula esôfago-respiratória como também o estado dos campos pulmonares, do mediastino e do coração. Não esquecer a existência de compressões extrínsecas do esôfago por tumores mediastinais que podem levar à confusão com o câncer esofágiano. O sinal radiológico é o defeito de enchimento, é a estenose, a perda da motilidade parietal substituída por rigidez e a dilatação retro-estritural.

A esofagoscopia, que deve ser precedida após o exame radiológico, permite observar o aspecto da lesão, o grau de estreitamento e outras condições mórbidas que porventura coexistam.

Ela nos faculta a retirada de material para exame histológico, elemento básico para o diagnóstico de tumor maligno.

É mister considerar que alguns cânceres esofagianos são precedidos de processos de hiperplasia epitelial papilomatosa e a zona degenerada não raro deixa de ser observada à endoscopia. Em casos como estes, havendo suficientes dados clínicos a favor do câncer esofágiano, a biopsia deve ser repetida tantas vezes quantas forem necessárias.

É importante usar de máxima prudência durante a esofagoscopia. O tubo deve ser introduzido lentamente e sob controle a fim de serem evitados graves acidentes (perfuração, hemorragias...).

O câncer do esôfago deve ser diferenciado de afecções que podem simulá-lo, tais como as compressões extrínsecas, divertículos, esofagites crônicas, estreitamentos cicatriciais, mal de engasgo e certos estados nervosos acompanhados de disfagia, dor torácica, angústia.

Atualmente, quando a cirurgia do esôfago se tornou um processo corrente de tratamento desta afecção e os casos curados se acumulam diariamente, é mister, para melhorar as nossas conquistas terapêuticas, que se proceda com a máxima oportunidade ao diagnóstico do câncer inicial deste órgão. Assim pensando foi que tomamos a iniciativa de escrever este artigo.



O câncer como flagelo

(Exposição feita à Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados)

MARIO KROEFF

Diretor do S.N.C.

Hoje, ninguém mais duvida constituir o câncer um flagelo que já traz apreensiva tóda a humanidade.

Nos Estados Unidos, por exemplo, em 1900, a doença figurava em 8º lugar nos índices de mortalidade. Hoje, subiu para o segundo, tendo à frente apenas as doenças do coração. Naquela época, em compensação, a tuberculose achava-se em primeiro lugar e hoje já baixou para o nono. De 196 mortes por ano, em 100.000 habitantes, o coeficiente da peste branca passou para 26. Na Suécia, Holanda e Dinamarca é de 18. No Brasil de 350.

Assim, ante as medidas sanitárias já postas em prática, baixa por tóda parte a mortalidade atribuída à tuberculose e outras doenças infecciosas, mas cresce a rubrica do câncer de modo alarmante. Nos Estados Unidos, em 1900, o câncer figurava com 3,5% de tódas as causas de morte. Hoje, esta cifra vai a 13,5%. Isso lhe da uma morte em cada 8 homens e uma em cada 7 mulheres.

Segundo as estatísticas, houve naquele país 180.000 óbitos por câncer em 1949. O tributo que ao câncer pagará a atual geração americana já foi calculado com base nos coeficientes referidos atrás.

Se no obituário geral, a doença figura com 13,5% de tódas as outras causas letais, pode-se tirar a conclusão de que a perda será maior de 17 milhões de vidas, entre os que habitam presentemente nos Estados Unidos.

O que há de grave, porém, no problema, é a progressão real da incidência do mal, tanto ali como por tóda parte. Esta ascensão, figurante nas estatísticas, não está só num melhor diagnóstico da doença hoje feito, nem na maior longevidade a que atingiu o povo americano. Na verdade, entre a gente que habita a América do Norte, a média de vida subiu de 35 anos, em 1789, para 49 em 1900 e para 65,8 anos em 1945.

Hoje já está mais alta. Entre nós ainda é de 43 no Distrito Federal, 48 em São Paulo, 39 em Pôrto Alegre, 34 em Salvador e 30 em Recife. (Das tábuas de vida calculadas pelo Gabinete Técnico do Serviço de Recenseamento, com dados fornecidos pelo Serviço Federal de Bioestatística no período de 1939-41).

Há quem afirme que a média de vida, em algumas zonas do Nordeste, gira em tórno de 18 anos.

Em confronto com a Norte América, estamos assim num atraso de mais de 50 anos.

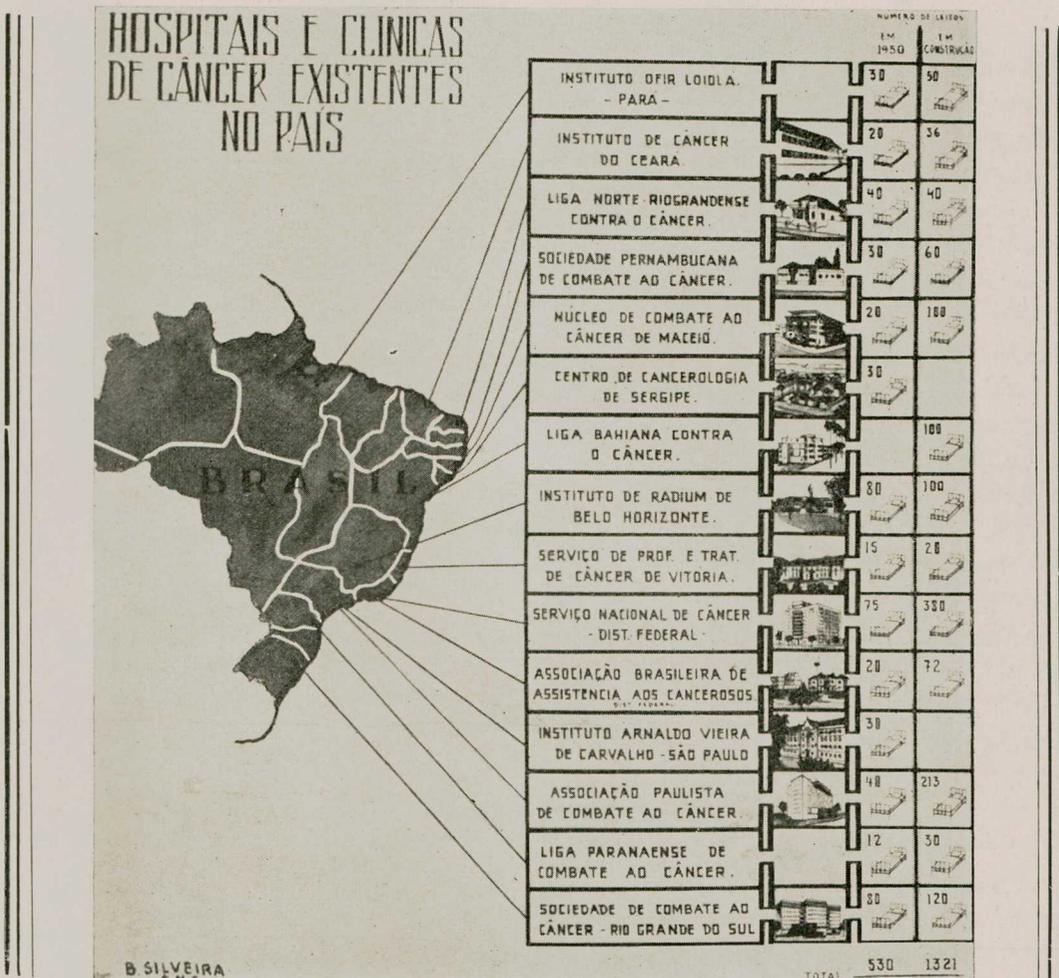
No Distrito Federal, o câncer figurou no obituário geral com 1.341 mortes em 1945, 1.699 em 1949 e 1.840 em 1950, o que nos dá a proporção de 76 em cada cem mil habitantes, se tomarmos a população da Capital na base de 2.400.000.

Atendendo a que a relação é sempre de uma morte por ano em cada três doentes de câncer, teremos no Distrito Federal cêrca de 6 mil cancerosos ou mais exatamente 1.844 multiplicado por

três igual a 5.532. Por essa mesma estimativa, é fácil calcular-se o número de cancerosos existentes no país. Se a proporção no Distrito Federal é de 76 mortes em cada 100.000 habitantes, como referimos acima, temos no Brasil uma mortalidade anual de 39.520, calculada nossa população atual na base de 52.645.479 habitantes em 1950.

no Brasil por ano, em números redondos, 70 x 52 milhões igual a 36.400 óbitos por câncer.

O número de cancerosos existentes no país pode ser estimado naquela base de um óbito por ano em cada três doentes, isto é, 109.200 cancerosos. Isso ainda é pouco, em relação aos países nórdicos, Alemanha, Suécia, Inglaterra



Se considerarmos que muitas das mortes verificadas no Distrito Federal provêm de doentes oriundos dos Estados, pode-se reduzir a 70 em vez de 76 o índice de mortalidade anual em cada 100.000 habitantes. Assim, teremos

e Estados Unidos. Na América do Norte, por exemplo, a proporção vai até 120 mortes nas regiões septentrionais por ano em cada cem mil habitantes, quase o dôbro do Distrito Federal, que é de 76, como já referimos.



Como já tivemos ocasião de salientar, a população da América Latina vive menos do que vivem os americanos do Norte. Nossa gente morre no caminho, antes de chegar à idade do câncer, que é dos 40 em diante. Assim, nosso baixo índice de incidência por câncer

Se em 8.429.045 habitantes das capitais houve 5.862 mortes, nos 52.645.479 do Brasil haverá cerca de 36.160 óbitos.

36.160 mortes anuais, número mais ou menos equivalente ao que foi encontrado por nós anteriormente por outros meios: 36.400 óbitos.

POPULAÇÃO DAS CAPITALS	PROPORÇÃO		
	ÓBITOS EM 1948	EM CEM MIL HABITANTES	
Manaus.	145.952	42	35
Belém.	267.456	131	67
São Luís.	125.504	28	28
Terezina.	96.020	24	33
Fortaleza.	290.264	66	30
Natal.	111.535	40	62
João Pessoa.	123.603	38	34
Recife.	549.131	283	72
Maceió.	127.984	60	62
Aracaju.	82.133	31	45
Salvador.	437.697	390	89
B. Horizonte.	275.450	273	100
Vitória.	53.543	33	61
Niterói.	194.544	116	71
D. Federal.	2.473.279	1.699 (1949)	76
São Paulo.	2.302.987	1.947	85
Curitiba.	171.261	165	100
Florianópolis.	71.372	39	79
Pôrto Alegre.	56.785	34	61
Cuiabá.	414.320	388	125
Goiânia.	58.236	35	60
Capitais com.	8.429.045	5.862	69

Dados fornecidos pelo Serviço de Bioestatística.

não significa sinal de civilização, mas de atraso sanitário.

No Brasil, a mortalidade na capital dos Estados e a sua proporção, em cada cem mil habitantes, foi a seguinte em 1948: (*Vide quadro acima*)

Por aí se verifica que nossos cálculos têm base na verdade.

Tudo que referimos diz respeito, em resumo, ao câncer como flagelo. Agora, vejamos o problema da luta contra o câncer: (*Pág. 71*)



A LUTA CONTRA O CÂNCER COMPREENDE:

Assistência aos recuperáveis.
Aperfeiçoamento da técnica moderna do diagnóstico e tratamento da doença.
Assistência aos incuráveis.
Educação popular, alertando o povo sobre o valor do diagnóstico precoce.
Ensino da cancerologia nas Universidades e formação de técnicos nas várias especializações que hoje compõem a cancerologia.
Pesquisa, visando a descoberta das causas do mal e procura de um agente de ação geral e específica.

ASSISTÊNCIA AOS RECUPERÁVEIS

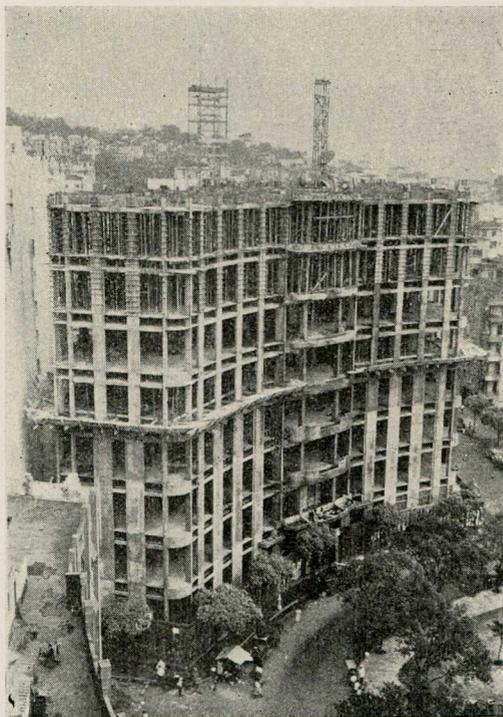
Na assistência aos recuperáveis, deve-se levar em conta que o câncer é curável se fôr tratado no início. As porcentagens de cura, obtidas nos grandes Institutos dos principais centros médicos do mundo, chegam, de modo geral, a um terço ou metade talvez de todos os casos, quando tratados oportunamente, dentro da boa técnica. Se no início, em cinco casos curam-se quatro, no fim talvez nem um sobre cinco.

E as armas clássicas, hoje consagradas pela prática, são a cirurgia, o radium e os raios X, agindo separadamente ou em conjunto, conforme os casos. Os melhores resultados obtêm-se no trabalho de equipe, onde colaboram especialistas nos vários ramos que compõem a cancerologia: clínica, patologia, radiologia, cirurgia, radiumterapia e roentgenterapia. E' o trabalho nos grandes institutos, dotados de todos os meios para o diagnóstico exato e de todos os recursos terapêuticos, manejados por técnicos adestrados no convívio contínuo dos doentes, sob a orientação de outros ainda mais experimentados.

APERFEIÇOAMENTO DA TÉCNICA

O aperfeiçoamento da técnica é feito dia a dia, pelos grandes Institutos,

não só nos processos cirúrgicos, como na maneira de aplicar-se a complexa aparelhagem, cada vez mais poderosa. De 250 mil volts, passaram os aparelhos



Estado atual das obras do Instituto Nacional de Câncer, à Praça da Cruz Vermelha — Rio

de raios X para 400 mil, para um milhão e hoje já existem os *betatrons* de 5 milhões e 12 milhões de volts. O custo dos aparelhos dessa linhagem foge à capa-

cidade de uma clínica pessoal. Seu preço, que chega até um milhão de dólares, só é acessível às grandes clínicas altamente especializadas.

Hoje em dia, entra também promissoramente na prática da cancerologia a terapêutica pelos rádio-isótopos que são substâncias carregadas de rádio-atividade e que têm ação eletiva para determinadas formas de câncer. Por aí é que vem o aproveitamento do ciclotron e da energia atômica no tratamento do câncer, hoje tão cheia de promessas. Enfim, o aperfeiçoamento da boa técnica em cancerologia só se pode fazer num centro equipado eficientemente dos necessários recursos e à obra dos especialistas, isto é, num grande Instituto. A prova está nas percentagens de cura cada vez mais elevadas que apresentam ao mundo médico os centros anti-cancerosos mais afamados, tais como os de Paris, Manchester, Estocolmo, Goetingen, Lisboa, Buenos Aires e outros tantos da América do Norte, que disputam entre si a maior percentagem de cura, nesta e naquela forma e localização da doença, numa verdadeira emulação profissional.

Na mama, a cura vai a 76%, pela cirurgia; no útero, a 70%, pelo radium; na pele, a 90%, pelos raios X; no estômago, 10%, pela gastrectomia parcial ou total; na boca, a 35%, pelo radium; no lábio, a 75%, pela irradiação; no grosso intestino, a 50%, pela ressecção e assim por diante.

ASSISTÊNCIA AOS INCURÁVEIS

A assistência aos incuráveis torna-se imprescindível ao lado do tratamento dos casos que ainda são passíveis de cura. Nas clínicas de câncer, há sempre um bom número de casos que aí

se apresentam já fora das possibilidades terapêuticas, por terem deixado avançar demasiado suas lesões, por ignorância, negligência, medo ou pobreza. Entre nós, dado o baixo grau de cultura e pobreza da maior parte de nossa gente, os incuráveis atingem a mais de 50% dos que comparecem ao ambulatório do S.N.C.

São os inoperáveis, os incuráveis, como se poderiam chamar, e que nas enfermarias ocupam inutilmente um leito, que a outros poderia servir com mais vantagem.

No comum, são rejeitados à porta dos hospitais gerais. São os indesejáveis nas clínicas hospitalares. Num sentido humano e sentimental, esses também merecem por parte da comunidade o amparo material, moral e paliativo. Carecem de morfina para alívio de suas dores, ao término da penosa existência; necessitam de cuidados de higiene no penso de suas chagas; precisam do consolo de se sentirem assistidos pela medicina na desdita e sofrimento.

As condições de hospitalização para esses casos podem ser simples, tendo caráter de mero alojamento, bem diferentes da custosa internação que requerem os casos ainda passíveis de cura. No Distrito Federal existe a Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos destinada a abrigar os incuráveis. É a única no gênero na capital. Vive da caridade pública e foi criada por nós. Ao lado do Asilo para 20 doentes, sempre lotado, estamos construindo um grande hospital para 72 leitos. As obras acham-se em fase de conclusão.

A PESQUISA

A pesquisa, que hoje se faz nos laboratórios experimentais, visa o estudo

da etiologia do câncer por vários caminhos. Essa requer também não só instalações adequadas, mas também homens dedicados à investigação com inteligência, técnica e devotamento.

Dela, espera a humanidade a promessa de redenção, sonhada desde muito, contra o grande flagelo.

Benemérita, pois, a Nação que um dia puder oferecer êsse privilégio à sua gente e aos outros povos que certamente não de sentir-se agradecidos. Por enquanto, tudo que tem aparecido nesse gênero é apenas ensaio de substân-

mos obrigados a assistir os afetados do mal com as armas atuais.

EDUCAÇÃO POPULAR

No capítulo da educação popular, cumpre esclarecer ao público sobre a gravidade do problema, reafirmar-lhe que no início o câncer é curável, advertir sobre as vantagens do diagnóstico precoce, informar-lhes quais os sinais reveladores e os sintomas peculiares a cada localização da doença, mostrar, enfim, a necessidade do exame periód-



Estado atual das obras do novo Hospital da Associação Brasileira aos Cancerosos.
Ao lado o antigo asilo

cias várias que ainda não revelaram até hoje mais que um efeito paliativo, coadjuvando, quando muito, a terapêutica clássica, feita pela irradiação e pela cirurgia. Assim, enquanto não surgir da pesquisa a descoberta de um agente salvador na luta contra o câncer, sere-

co e sistemático, de 6 em 6 meses, depois dos 40 anos, principalmente entre as mulheres que só pelos órgãos genitais pagam enorme tributo ao câncer.

Um povo alertado nesse sentido comparece às clínicas de câncer quando apenas lhe surge qualquer anormalidade intercorrente à saúde e não perde a

maior chance de cura pelo tratamento oportuno e correto.

ENSINO DA CANCEROLOGIA

O ensino da cancerologia nas Universidades, em disciplina própria, pode contribuir eficazmente na luta contra o câncer.

O clínico e o médico prático são os primeiros a serem consultados em face de alguma irregularidade que se passa com o individuo ou mesmo sobre algum sintoma suspeito.

A sorte do doente depende da providência que desde logo fôr tomada pelo primeiro médico consultado. Todos sabem que a espera é sempre prejudicial. E quantas vezes já é tarde demais quando surgem os sinais típicos de confirmação da doença?

No câncer, o clínico é sempre o intermediário entre o doente e o cancerologista.

FORMAÇÃO DE TÉCNICOS

A formação de técnicos em cancerologia é questão capital, no combate à doença. A especialização já se faz imperiosa, tanto no diagnóstico, como no tratamento da doença. E' desnecessário insistir.

As clínicas de câncer, os centros de cancerologia ou os grandes Institutos é que podem reunir os melhores elementos de aprendizagem: mestres, aparelhagens e doentes. No Serviço Nacional de Câncer, adotamos o regime de *mesa-redonda*, onde são vistos diariamente todos os doentes novos em conjunto e ali são discutidos os respectivos diagnósticos e as indicações terapêuticas, democraticamente, entre clínicos, patologistas, cirurgiões e radioterapeutas.

Muitas vezes, a indicação do tratamento é tomada democraticamente por votação entre o corpo médico do Serviço. Só aí está uma escola diária na cancerologia.

NECESSIDADES BRASILEIRAS

Construção de um grande Instituto na capital da República para sede do S.N.C., órgão encarregado de executar, orientar e controlar tôdas as atividades relativas ao câncer no país, como dispõe o decreto de sua criação.

Será o órgão padrão de luta contra o câncer no Brasil, servindo de modelo às demais organizações nos Estados, dando exemplo e normas práticas no combate ao câncer. Será não só um órgão de assistência aos atacados, estudo da doença, formação de técnicos e aperfeiçoamento dos meios terapêuticos, mas também um centro destinado às pesquisas correlatas.

Será uma escola viva de cancerologia e formação de técnicos para a campanha nos Estados.

Poderá ser um elemento representativo da cultura brasileira, empenhada em assistir a sua gente, quando prês a de um mal que não encontra cura, senão em centros devidamente aparelhados. Através de seu Instituto Nacional de Câncer e por intermédio de seus pesquisadores, poderá talvez o Brasil contribuir na solução radical de um dos maiores problemas da atualidade médica: a cura do câncer.

Para criação e construção desse Hospital-Instituto temos todo nosso empenho. Não foram poucos os tropeços a transpor, desde a obtenção do terreno, que foi doado pela Prefeitura, no tempo do ex-Prefeito Philadelpho Azevedo, até a sua transferência definitiva

para o Domínio da União. A organização do plano hospitalar propriamente dito, com a distribuição dos vários serviços e respectivas plantas, foi elaborada por nós, com grande cuidado e capricho, tendo nisso colaborado também outros técnicos no assunto. Os projetos foram devidamente aprovados pela Divisão de Obras do Ministério da Educação e Saúde. As obras estão orçadas em cinquenta e sete milhões de cruzeiros, tendo área total de construção calculada precisamente em 19.000 metros quadrados. Se o custo do metro quadrado é de três mil cruzeiros, o vulto total atinge a 57 milhões. Ali já estão empregados cerca de 20 milhões.

A instalação completa, inclusive equipamento e mobiliário, está calculada em 35 milhões de cruzeiros.

O regime atual da construção, orientada e fiscalizada pela Divisão de Obras do Ministério da Educação e Saúde, é de concorrências parceladas, por isso mesmo sempre demoradas.

A concessão das verbas é também parcelada, cinco a seis milhões de cruzeiros anuais.

Há todo empenho para que se ponha desde logo em função esse órgão de tratamento, não só para que cumpra seu humanitário programa-assistencial, mas para que esteja também a Capital do país em condições de mostrar aos maiores cancerologistas do mundo um órgão representativo de sua cultura médica, quando nos visitarem os mil e tantos congressistas que virão assistir ao 6º Congresso Internacional de Câncer, com sede no Brasil, em julho de 1953.

Só um crédito global de 50 milhões de cruzeiros poderá, em regime de urgência, permitir a conclusão daquelas obras, ainda em meio caminho e sua

inauguração em época aprazada. Urge essa providência para decôro de um hospedeiro a expoentes da ciência mundial, interessada na solução do maior problema médico-social que hoje aflige a humanidade.

CAMPANHA NOS ESTADOS

O combate ao câncer nos Estados vem sendo feito por meio de auxílios do S.N.C. às várias entidades interessadas no problema assistencial.

O sistema é de convênios tripartidos, em que entram a União, através do S.N.C., o Estado e uma organização privada. Esta guarda sua autonomia administrativa, mas recebe orientação técnica do S.N.C.

Esse o critério que deve prevalecer entre nós na distribuição pelas capitais do país de centros de cancerologia ou clínicas de tumores (*tumor clinic*, como se chamam na América do Norte) sempre anexas aos Hospitais Gerais.

No Brasil, atendendo-se ao sentimento regionalista de nossa gente, não se poderá estabelecer um grande centro no Nordeste para atender, por exemplo, aos doentes do Maranhão, Piauí e Ceará.

Sendo feitas essas clínicas na base de convênios tripartidos, onde entram o Estado e a contribuição pública, não se deve esquecer que as Unidades de nossa Federação são sempre ciosas de suas escassas verbas assistenciais e nossa gente só se apraz em contribuir financeiramente ao amparo direto de seus coetaduanos.

É preciso, também, levar em conta as grandes distâncias que deveriam ser vencidas, se se adotasse o critério de dividir o país em zonas geográficas.

Nesse aspecto, as condições de nos-

sa vastidão territorial, sempre desprovida de meios de comunicação, são bem diferentes das facilidades que desfrutam, por exemplo, os países europeus.

Assim, receberam auxílio da União as seguintes entidades:

	<i>Leitos exis- tentes</i>	<i>Leitos em cons- trução</i>
Instituto Ofir Loiola em Belém.....	30	50
Instituto de Câncer do Ceará.	20	36
Liga Norte-Riograndense Contra o Câncer.	40	40
Soc. Pernambucana de Comb. ao Câncer..	30	60
Núcleo de Combate ao Câncer da Sta. Casa da Misericórdia de Maceió.	20	100
Hospital de Cirurgia — Sergipe.	30	30
Liga Baiana Contra o Câncer.	0	100
Serviço de Profilaxia e Tratamento de Câncer da Sta. Casa de Misericórdia de Vitória.	15	20
Instituto de Rádium de Belo Horizonte..	80	100
Assoc. Bras. de Assist. aos Cancerosos do D. F.....	20	72
Asilo da Lapa (do S.N.C.)	20	20
Inst. Arnaldo Vieira de Carvalho — São Paulo.	30	30
Liga Paulista de Combate ao Câncer — Hosp. Santa Cruz..	30	213
Liga Paranaense de Combate ao Câncer.	12	30
Soc. Médica de Combate ao Câncer —		

R. G. do Sul.....	80	120
Serviço Nacional de Câncer.	75	380
	<u>530</u>	<u>1.321</u>

NÚMERO DE LEITOS NECESSÁRIOS AO PAÍS

O cálculo pode ser feito do seguinte modo.

Se cada doente leva, em média, um mês de hospitalização, logo se conclui que cada leito num hospital pode servir a 12 doentes por ano.

Se morrem 36.000 cancerosos por ano no Brasil, e a proporção é sempre de um óbito em cada três doentes de câncer, pode-se estimar em 72.000 o número de casos novos de câncer por ano no país.

Como a soma dos leitos está em função do número de doentes novos por ano, basta dividir 72.000 por 12, para obter-se o total de leitos necessários no Brasil.

Isso nos dá 6.000 leitos.

Atendendo-se, porém, a que um terço dos doentes não recorre aos centros de cancerologia por serem abonados, pode-se reduzir a 4.000 a soma de leitos necessários à assistência aos cancerosos, espalhados pelo país.

Dêsse cálculo, metade talvez dos leitos ficará distribuída pelos hospitais gerais, onde certo número de leitos é ocupado pelos casos de câncer, aí internados e entregues a cirurgiões não especializados.

Fica, pois, assim a nossa necessidade real reduzida a 2.000 leitos. Se temos, conforme a lista transcrita atrás, 500 leitos já instalados no país e 1.300 em vias de construção, faltam-nos, portanto, apenas 700 para o desempenho de uma campanha ideal no Brasil.

DISTRITO FEDERAL

A necessidade atual do Distrito Federal pode ser calculada em bases do movimento do S.N.C.

O nosso serviço, instalado provisoriamente numa dependência do Hospital Gaffrée-Guinle, está 7 a 8 vezes aquém da capacidade exigida para a assistência integral da grande massa que o procura diariamente.

A fila dos que esperam é sempre enorme, uns para cirurgia e outros para rádio. Muitos até, por tanto esperar, perdem a oportunidade de cura quando lhes toca a vez da internação.

No futuro Instituto, estão projetados 380 leitos, isto é, 5 vezes os 75 leitos disponíveis do atual S.N.C.

O cálculo também pode ser feito de outro modo, com base no índice de mortalidade do Distrito Federal. Se este foi de 1.840 óbitos por câncer, teremos 3.680 doentes novos ($1.840 \times 2 = 3.680$) em 1940.

Se cada doente permanece em média 1 mês em hospital, basta dividir 3.680 por 12 para termos o número necessário, isto é, 396 leitos.

Essa é mais ou menos a capacidade projetada para nosso grande Instituto: 380 leitos. Ainda é pouco, se considerarmos que a população cresce cada vez mais.

CRÉDITO DOS CEM MILHÕES

Quanto ao crédito dos cem milhões, achamos criteriosa a distribuição proje-

tada pelo Deputado Janduí Carneiro, destinando 50 milhões à construção do Instituto Nacional de Câncer na capital da República; 20 milhões especificamente à Paraíba ou ao Nordeste com hospital localizado em João Pessoa; 30 milhões a serem repartidos equitativamente aos demais Estados da União. Esse crédito poderá ser concedido em 2 parcelas anuais. Não há necessidade da concessão ser integral.

Certamente, receberão maior soma os 4 grandes Estados: Minas, Bahia, S. Paulo e Rio Grande do Sul. Os Estados menores serão contemplados conforme sua importância demográfica.

Os projetos, saídos do Legislativo, devem ter sentido amplo, lato, sem descer aos detalhes de aplicação, que cabem à competência dos órgãos oficiais correlativos, neste caso o S.N.C.

Enfim, Senhores Deputados, ante esta despreziosa exposição, que bem reflete a realidade a respeito do grave problema, qualquer pode verificar contristado como as estatísticas da mortalidade do câncer concluem de modo dramático; em cada 8 indivíduos aparentemente são vai uma existência destruída. Não esquecer: nessa proporção, qualquer de nós aqui presente pode ser a presa.

Assim, considerando que já se pode salvar um terço dos atacados através do tratamento oportuno e correto, dêem armas, pois, para o combate ao câncer.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

A fimose predispõe ao câncer do pênis?

TURIBIO BRAZ

Cirurgião do S.N.C.

Todos os cancerólogos e urólogos são acordes em observar a frequência da fimose no câncer peniano, agindo como causa irritativa. Concorrem para isto outros fatores adjuvantes, conforme iremos expor através de opiniões e estatísticas comprobatórias.

No Serviço Nacional de Câncer, encontramos uma média de 58% de fimoses em indivíduos portadores de câncer do pênis.

Eiras de Araujo, em abril de 1942, apresentou um trabalho à Sociedade de Medicina de Pôrto-Alegre — “Alguns casos de epiteloma do pênis” — no qual se evidencia a importância da fimose no aparecimento do câncer peniano.

Moisés Fisch, em trabalho apresentado ao II Congresso Brasileiro de Urologia, em 1942, refere a fimose como fator de grande influência na fase predisponente ao câncer do pênis.

Na Sociedade Cubana de Cancero-logia, Ricardo Portilla, em 1943, fazendo uma revisão de 177 casos, encontrou 139 fimoses, ou sejam 78,5%, concluindo daí ser este um dos maiores fatores na formação do câncer do pênis.

No tratado de cancerologia do Prof. Cutler, encontramos também referências à constante presença da fimose, congênita ou não, como causa adjuvante na cancerização do pênis.

Winiwarter afirma que 2/3 dos portadores de câncer do pênis têm ou tiveram fimose.

Marion e Foyne, referindo-se aos blastomas malignos do pênis, escreveram: “A fimose e tôdas as irritações crônicas predispõem ao câncer”.

Keys e Ferguson, na América do Norte, afirmam: “O neoplasma do pênis origina-se de irritação crônica prolongada, sendo que a mais importante destas é, sem dúvida, a presença de um prepúcio longo”.

Legueu e Michon escreveram em “Maladies de la vessie et du penis”: “Há um fato que não deve passar em silêncio: a importância da fimose no desenvolvimento de câncer do pênis”.

Como age a fimose nestes casos? Pela irritação crônica provocada pela retenção de urina (porções finais da micção), de esmegma, etc., que, em presença de uma flora microbiana abundante, provoca o aparecimento de uma balano-postite crônica. Esta, em terreno predisposto, pode gerar a neoplasia.

Quando publicamos o nosso trabalho “Profilaxia do câncer do pênis pela circuncisão”, em dezembro de 1945, transcrevemos um trecho de Wolbarst (trabalho publicado em 1932), onde este

Autor mostrava a raridade da localização peniana do câncer entre os judeus, pelo uso sistemático da circuncisão por motivos de ordem religiosa. Citou um único caso nesta raça, mas consecutivo à estenose congênita do meato. Encontrou também alguns casos de câncer entre os judeus, aparecidos entre os não circuncidados. Isto demonstra não haver imunidade racial.

Nos Maometanos e nos Indús, que são circuncidados dos 3 aos 10 anos de idade, os casos de câncer são mais frequentes do que nos Judeus.

Cabe-nos, pois, responder afirmativamente à pergunta inicial, aconselhando tratamento cirúrgico precoce da fimose, assim como de todos os casos de prepúcio longo.

CASOS CLÍNICOS

Lipoma da região palmar

DR. A. EIRAS DE ARAUJO

Cirurgião do S. N. C. (estagiário)

A raridade da localização dos lipomas na região palmar, leva-nos a publicar o seguinte caso que tivemos oportunidade de operar no Serviço Nacional de Câncer:

V. L. C., sexo feminino, 62 anos, branca, brasileira, casada, de profissão doméstica, residente em Cascata, no Estado do Rio, compareceu ao Serviço Nacional de Câncer pela primeira vez a 3 de maio de 1951, tendo sido registrada sob o número 19.171.

História da doença — Relata a paciente que há 5 anos notou o aparecimento de um pequeno nódulo na região palmar direita. Este nódulo foi aos poucos aumentando de volume, até atingir as dimensões atuais. Sempre foi indolor e por isto nunca lhe deu maior importância. Ultimamente porém, seu volume dificultava os movimentos da mão, perturbando a execução de seus afazeres domésticos. Por este motivo recorreu a um médico de sua cidade e foi por ele aconselhada a procurar o Serviço Nacional de Câncer.

Antecedentes — Hereditários e familiares — Nega casos de câncer ou de tuberculose na família.

Pessoais — Doenças próprias da infância. Menarca aos 16 anos. Ciclo 3/30, eumenorréico. Última menstruação

há 11 anos. Oito partos a termo, eutócicos. Quatro abortos espontâneos. Etilista e tabagista moderada. Nega cirurgia.

Exame geral — Paciente em mau estado de nutrição, astênica, peso 47 kg., altura 1,48 m. Fâneros normais. Mucosas visíveis regularmente coradas. Ausência de adenopatias palpáveis. Presença de algumas telangiectasias nas coxas. Eczematização no terço inferior da perna direita.

Cabeça — Olhos, ouvidos e nariz normais. Bôca desprovida de dentes na arcada superior, poucos na arcada inferior e em péssimo estado de conservação.

PESCOÇO — Tireóide aparentemente normal. Batimentos dos vasos.

TORAX — Aparelho circulatório: pressão arterial Mx 220 Mn 80. Pulso 84, ritmado, cheio. Ictus cordis no 6º espaço, linha hemi-clavicular. Clangor. Aparelho respiratório: negativo. Mamas: normais.

ABDOMEN — Batimentos da aorta abdominal. Fígado e baço impalpáveis. Meteorismo.

Exame ginecológico — negativo.

Exame local — A inspeção da região palmar direita, nota-se a existência de um tumor, ocupando sua porção



Fig. 1

mais inferior, entre o sulco digito-palmar e a prega mais inferior do côncavo da mão, prega esta que se acha ligeiramente levantada. No sentido transversal esta neoplasia se estende desde a eminência hipotenar até a raiz do segundo quirodactilo, medindo no total cerca de 7 x 4 cms. Sua espessura máxima, ao nível da raiz do quarto quirodactilo, é de cerca de 2 cms. A fotografia (fig. n.º 1) dá uma idéia melhor do que qualquer descrição que se possa fazer. Pela palpação verifica-se ser este tumor de consistência elástica, parecendo flutuante em alguns pontos, absolutamente indolor. Parece estar preso à pele e aos planos profundos da região. A mesma consistência e o mesmo aspecto notam-se na primeira falange do quarto quirodactilo que dá impressão de estar invadida pelo tumor. Há

limitação dos movimentos de flexão da mão e do quarto quirodactilo.

Com os diagnósticos interrogados de sinovioma ou condroma, foi a doente internada a fim de ser mais bem estudado o seu caso. Foram pedidos os seguintes exames:

1 — Estudo radiológico dos ossos da mão direita — “Tumor com transparência homogênea. Ossos de aspecto normal” (Dr. E. Machado).

2 — Hematimetria — 4.500.000
 Dos. hemoglobina — 90%
 Leucocitos — 6.000
 Fórmula leucocitaria - normal.
 Reação de Kahn — negativa.
 Glicemia (sangue total) — 115 mgrs. % (Folin-Wu).
 Uréia no sangue total — 45 mgrs. %
 Exame de urina — nada de importante a assinalar.

A princípio pensou-se em fazer uma punção exploradora do tumor, dada a sensação de flutuação que se tinha em alguns pontos. Não sendo porém bastante característica esta sensação, ficou resolvida a intervenção cirúrgica na qual seria feita a exérese do tumor e seu exame histológico. E assim, com o diagnóstico provável de sinovioma, foi a doente operada em 27/6/51, após preparo pré-operatório.

Operador — Dr. Eiras de Araujo.

Auxiliar — Dr. Amador Campos.

Anestesia loco-regional pelo Sinalgan (40 cc.), com excelentes resultados.

Descrição do ato operatório— Incisão transversal, com cerca de 5 cms. de comprimento e se estendendo da eminência hipotenar até a raiz do segundo quirodactilo, feita sobre a porção



Fig. 2 — Fotografia tomada durante o ato operatório, mostrando os prolongamentos que o tumor emitia para os quirodactilos

mais saliente do tumor. Logo depois de incisada a pele, o tecido conjuntivo sub-cutâneo e a aponevrose palmar superficial, fez hernia pela ferida operatória um tecido gorduroso, encapsulado, característico dos lipomas. Com um bom afastamento e o auxílio de uma tesoura romba foi o tumor, que ocupava toda a loja média da mão, cuidadosamente isolado dos planos vizinhos, inclusive dos prolongamentos que emitia para as bases dos quirodactilos, principalmente dos terceiro e quarto e para o canal do carpo. Alguns filetes nervosos, bem como os tendões flexores que estavam aderentes em alguns pontos ao tumor, foram cuidadosamente dissecados e inteiramente poupados. O lipoma

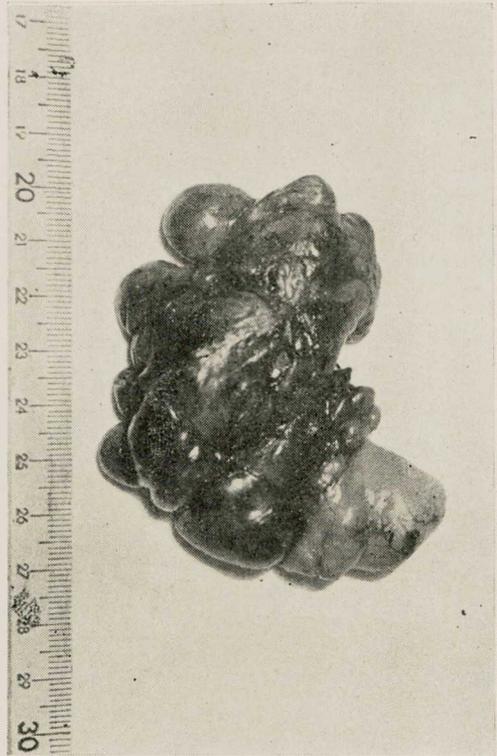


Fig. 3 — Fotografia da peça operatória.

foi assim extirpado numa só peça, como se poderá ver pelas fotografias das figuras 2 e 3. Drenagem com crina de Florença no ângulo interno da ferida operatória. Fechamento da pele com pontos separados de seda, tipo Donatti. Imobilização com gesso, em extensão.

Pós-operatório — Sem incidentes. A 29/6 foi retirado o dreno. A 2/7, retiramos o gesso e a 5 os pontos, tendo a ferida cicatrizado por primeira intenção. Alta em boas condições. Revista 16 dias mais tarde, antes de viajar para a sua cidade, nada mais apresentava.

Exame histo-patológico — “Lipoma” — (Prof F. Fialho).

Os lipomas da região palmar são extremamente raros, principalmente atingindo o volume verificado em nosso caso. O que leva quase sempre ao erro diagnóstico é a falsa sensação de flu-

tuação verificada. No estudo de nossa doente, diversas hipóteses diagnósticas foram aventadas, mas ninguém lembrou a possibilidade de se tratar de um lipoma. Consultando os clássicos encontramos: "Os lipomas têm sua séde quase sempre na face palmar, mas em alguns casos atravessam os espaços intermetacarpianos e vêm fazer saliência no dorso da mão. Simulando algumas vezes uma sinovite tuberculosa das bainhas eles se estendem para os dedos do lado proximal, nunca passam do ligamento anular do carpo, o que os diferencia das tenosinovites tuberculosas" (F. de Quervain — *Traité de Diagnostic Chirurgical — Tumores da mão*).

"... e eu quero insistir sobre os lipomas, os lipomas palmares, sub-aponevróticos, moles, quase flutuantes e que podem dar confusão com uma sinovite ou com um abscesso frio" (F. Lejars — *Exploration Clinique et Diagnostic Chirurgical*).

"Os lipomas são raros nas mãos e nos dedos e os caracteres que apresentam tornam seu diagnóstico difícil pela sua situação sub-aponevrótica. Em

geral são encapsulados e bem circunscritos. Podem entretanto, se difundir, sem nunca passar além do ligamento anular do carpo... Eles podem ser confundidos com os cistos sinoviais do punho e com a sinovite serosa ou de grãos riziformes. Sabe-se, com efeito, que a falsa flutuação é um dos principais apapnágios dos lipomas..." (Duplay, Rochard, Desmoulin, Stern — *Diagnostic Chirurgical*).

"Os lipomas... dão à palpação uma impressão de flutuação. São menos frequentes nas mãos do que em qualquer outra parte do corpo. O diagnóstico é feito ao se encontrar no tecido sub-cutâneo um tumor móvel lobulado, mole, pseudo-flutuante. Depois de se ter examinado e palpado um tumor destes, é fácil o diagnóstico nos casos subsequentes" (D. Hart, in Dean Lewis *Practice of Surgery*).

Achamos interessante publicar este caso acompanhado de sua documentação fotográfica, pela sua raridade e pelas dificuldades diagnósticas que apresentou.



RESUMOS, CONDENSADOS E ANÁLISES

Ataque cirúrgico ao câncer

John J. Morton, Arch. Surg. 58:1-15,
1949

Sendo radical o tratamento cirúrgico das lesões malignas, o Autor friza que êle deve ser baseado em diagnóstico histológico preciso. A não ser em certas exceções, como a leucemia, o câncer, em sua fase inicial, é uma doença local. Os cirurgiões devem estar familiarizados com a história habitual, os aspectos biológicos e meios de disseminação de muitas espécies de lesões malignas que podem ocorrer no organismo. Em geral, os meios de disseminação são a embolia linfática, a infiltração linfática perineural, permeação linfática, embolia sanguínea, invasão através de tecidos vizinhos e travessia de cavidades se- rosas.

Um dos métodos cirúrgicos de tratamento é a remoção "em bloco", no qual a lesão primitiva e os gânglios regionais são extirpados em um só bloco. Todos os tecidos intermediários devem ser sacrificados sem hesitação e se a remoção puder ser efetuada antes da doença haver progredido além dos limites da operação, o paciente estará curado. Os cânceres da mama, colon, reto, intestino delgado, porções periféricas do pulmão, tiróide (lesão unilateral), alguns casos de carcinomas epidermóides cutâneos, o melanoma maligno, os carcinomas do antro gástrico, os linfossarcomas e a doença de Hodgkin, podem ser tratados com sucesso pela dissecação em bloco.

Em outros cânceres, os tecidos entre a lesão primitiva e os gânglios metastáticos raramente apresentam implantes secundários, de forma que tais áreas podem ser poupadas sem prejudicar as possibilidades de cura. O tratamento cirúrgico consiste na extirpação da lesão original e, em tempo posterior, dos gânglios regionais. Esta exérese ganglionar é realizada profilaticamente quando a lesão é de alta malignidade, com metástases prováveis, e, em outros casos, somente após observar periodicamente o doente e a invasão ganglionar tornar-se evidente. Os cânceres dos lábios, da cavidade bucal e da pele podem ser tratados dessa forma. Nos carcinomas epidermóides da pele dos pés, pernas e braços, e melanomas malignos, exceto os do tronco, a dissecação ganglionar profilática deve ser feita, de preferência, após remoção da lesão primitiva. Os carcinomas transicionais em geral exigem dissecação ganglionar. Quando a exérese ganglionar fôr omitida, o cirurgião deve fazer a vigilância periódica do doente a fim de que as metástases possam ser descobertas prontamente.

Certas espécies de câncer têm um baixo grau de malignidade, exigindo apenas a remoção local.

Entre tais lesões estão o carcinoma baso-celular cutâneo, os tumores mistos das glândulas salivares, os adamantinomas, os cânceres intrínsecos operáveis do laringe, os carcinóides, o carcinoma do endométrio, os fibrossarcomas, neurossarcomas, meningiomas, neurinomas, astrocitomas,ependimomas, oli-

godendrogliomas, liomiomas gástricos, polipos.

Os cânceres que não se prestam à remoção de áreas regionais por invasão de estruturas essenciais, como a aorta, veia porta, artéria mesentérica superior, ambos os ureteres ou brônquios, podem ser tratados pela remoção local simples ou associada à remoção regional parcial. Para os cânceres internos o tratamento pelas irradiações é, de regra, ineficiente. Certos hipernefomas, tumores de Wilms, sarcomas osteogênicos, tumores ovarianos, rabdo-miossarcomas, linfosarcomas, neuroblastomas, carcinomas baso-celulares que invadiram o antro ou a órbita, não respondem ao tratamento pelas irradiações. Os cânceres primitivos do fígado, esôfago, vesícula biliar, duodeno, pâncreas, colo uterino, bexiga ou próstata são exemplos. A aplicação prática da prevenção do câncer reside na remoção de lesões propensas à transformação maligna. Entre elas estão os adenomas da tireoide, os polipos do canal alimentar, o cistadenoma papilífero da mama, as ceratoses cutâneas devidas ao arsênico ou raios X, os nevi, cistos sebáceas, lesões de disqueratose de Bowen e doença de Paget extramamária, as ulcerações recidivantes ou crônicas em cicatrizes e queimaduras devidas à neoplasia da cavidade bucal, os polipos naplasia da cavidade bucal, os pólipos nasais, papilomas do larínge, adenomas brônquicos, cistos e fistulas na cabeça ou no pescoço, papilomas vesicais, polipos uterinos, carúnculas uretrais, épulis, condromas, tumores ósseos de células gigantes, restos aberrantes de natureza heterotópica e leucoplasia vulvar. A circuncisão e a remoção dos cálculos da vesícula biliar, rim ou bexiga de longa duração constituem tratamento pre-

ventivo prático contra o aparecimento futuro do câncer.

O tratamento cirúrgico pode ser vantajoso quando a palição é necessária. Mesmo que se encontrem metástases durante a operação, a remoção da lesão primitiva pode dar uma existência terminal mais confortável. A gastrostomia pode salvar um paciente da inanição, a traqueotomia pode livrá-lo da asfixia e tipos indicados de enterostomia podem evitar a obstrução intestinal ou a freqüência e o tenesmo. A palição mais dramática é a conseguida quando se usa a castração para o câncer avançado da próstata, processo que também dá resultados promissores no carcinoma mamário no homem. O alívio da dor pode ser obtido cirúrgicamente pela resecção de nervos simpáticos, secção de nervos cranianos, raízes posteriores ou cordotomia. É de valor aliviar doentes mesmo que seja por um período de meses, e algumas vezes é surpreendente quão longamente certos pacientes vivem confortavelmente apesar de portadores de extensas metástases. Há algumas regras de inoperabilidade que devem ser respeitadas. O câncer da mama é inoperável quando se desenvolve durante a gravidez e a lactação ou quando há ulceração da pele ou fixação da lesão ao plano costal ou à axila. A invasão maciça, os nódulos cutâneos disseminados, gânglios supraclaviculares aumentados e duros, edema do braço e metástases viscerais ou ósseas também contraindicam a intervenção. Quando os cânceres primitivos da cavidade bucal ou lesões cutâneas não podem ser curados cirúrgica ou radiologicamente, é desnecessário dissecar os gânglios regionais que drenam tais áreas. A inacessibilidade de gânglios invadidos, a disseminação extensa

através das cavidades pleural e peritonial e lesões fixas à parede ou "congeladas" na pelve, são de regra impossíveis de remover.

LUIS CARLOS DE OLIVEIRA JUNIOR

★

Definição de inoperabilidade em cancerologia

George T. Pack, Ann. Surg. 127:1105-1118 — 1946

Segundo o Autor três fatores estão envolvidos na questão da operabilidade:

1) condições relativas ao paciente, no que se refere à idade, coexistência de afecções degenerativas e complicações do câncer;

2) extensão da lesão, i.e. grau de invasão local ou orgânica, órgão ou tecido implicado, extensão a vísceras vizinhas e metástases regionais ou à distância;

3) filosofia cirúrgica, ponto de vista moral, coragem e experiência do cirurgião.

Uma distinção deve ser feita entre inoperabilidade absoluta por disseminação à distância do câncer e incurabilidade óbvia e a inoperabilidade relativa por dificuldades técnicas locais. Um ataque agressivo contra o câncer que apresenta dificuldades técnicas quase insuperáveis resultará algumas vezes em palição e ocasionalmente em cura, devendo o cirurgião enfrentar a possibilidade de morte operatória.

A idade avançada, por si só, não constitui desculpa suficiente para não operar.

Uma lesão cancerosa de certa magnitude deve ser removida sem levar em conta a idade do paciente, desde que a intervenção seja tecnicamente possível

e as condições físicas do doente não muito precárias. As idades anatômica e fisiológica são infinitamente mais importantes que a idade cronológica. O estado do doente pode aparentemente fazer prever complicações graves, porém estas foram reduzidas pela melhora dos tratamentos pré e pós-operatório.

O grau e a extensão do câncer complicam o problema. A inoperabilidade de um câncer abdominal está fora de dúvida em presença de metástases hepáticas extensas ou carcinose peritonial. Todavia, as ressecções paliativas do estômago, colo e reto trazem considerável alívio a muitos doentes mesmo quando pequenos focos metastáticos são descobertos no fígado.

O comprometimento de múltiplos órgãos pelo câncer tem sido considerado fator de inoperabilidade, porém, com perseverança e dissecação meticulosa, e até mesmo com sacrifício de uma parte ou da totalidade de um órgão adjacente, pode o cirurgião muitas vezes remover a lesão com sucesso. Alguns cânceres considerados inoperáveis por um cirurgião podem ser operados com sucesso por outro. Se a primeira decisão baseou-se em dificuldades técnicas, justifica-se uma segunda tentativa operatória.

LUIS CARLOS DE OLIVEIRA JUNIOR

★

O uso dos esfregaços do sedimento urinário no diagnóstico e na conduta terapêutica dos neoplasmas do rim e do bacinete.

J. Hartwell Harrison, Thomas W. Botsford e Martha R. Tucker, Surg. Gyn. Obst., vol. 92, n.º 2, Fev. 1951, p. 129.

O estudo citológico do sedimento urinário constitui um novo e importante

método, não só para o diagnóstico, como para a orientação terapêutica, nos casos de câncer do aparelho urinário. A esfoliação constante das células epiteliais é característica no epitélio do trato urinário. Esta descamação aumenta sensivelmente em casos de reações inflamatórias, litíase e neoplasmas. Por meio de exames metódicos e repetidos do sedimento urinário, é possível evidenciar células neoplásicas na urina antes do aparecimento de qualquer sintoma e antes mesmo que este neoplasma possa ser diagnosticado pelos exames cistoscópicos ou radiológicos. Quando surgem estas células, estes exames devem ser repetidos com frequência até que se consiga localizar o tumor. Os Autores aplicaram o método em 614 doentes urinários do Peter Bent Brigham Hospital, desde 1946 até agora. Para este exame são necessárias cerca de 30 cc. de urina recentemente emitida. Na mulher é indispensável que a colheita do material seja feita por cateterismo, pela possibilidade da contaminação com a secreção vaginal. A seguir descrevem os Autores a técnica laboratorial propriamente dita, dando também uma descrição dos diversos tipos de células neoplásicas que podem ser encontradas.

Os resultados são classificados nos seguintes grupos:

- Grupo 1 — ausência de células anormais.
- Grupo 2 — ausência de células tumorais e presença de leucócitos, hemácias ou células epiteliais atípicas.
- Grupo 3 — células suspeitas mas não caracteristicamente tumorais.

Grupo 4 — presença de células tumorais.

Grupo 5 — presença de numerosas células tumorais.

Os Autores preferem esta classificação que evita as palavras positivo e negativo. Algumas vezes o resultado é negativo em casos de câncer, porque o tumor não comunica com a luz do aparelho urinário ou o ureter está bloqueando o rim portador do tumor, não permitindo que a urina por êle secretada atinja a bexiga e seja examinada. O método é de grande valor nas sequências pós-operatórias, permitindo evidenciar as recidivas com grande precocidade. Eis, em resumo, o trabalho dos Autores:

1 — Realizaram estudos em esfregaços de sedimentos urinários de 614 doentes que apresentavam ou haviam apresentado sintomas urinários.

2 — 88 destes pacientes eram portadores de carcinoma renal ou vesical.

3 — Todos os casos de carcinoma vesical (67) apresentaram células cancerosas no sedimento.

4 — Dos 15 doentes com câncer renal, 3 tinham esfregaços “falsos negativos” (ausência de células tumorais na urina).

5 — Houve 15 resultados “falsos positivos” em 532 pacientes nos quais não se conseguiu demonstrar carcinoma nos rins ou na bexiga.

6 — Discutiram amplamente a aplicação da técnica citológica no diagnóstico e conduta terapêutica nos casos de carcinoma do rim e da bexiga.

São as seguintes as suas conclusões: a aplicação dos estudos citológicos ao sedimento urinário trará um diagnóstico mais precoce e um tratamento mais eficiente aos casos de neo-

plasma do rim e da bexiga. Este método de estudo tem sido de grande utilidade na observação de doentes que fizeram cirurgia conservadora em tumores da bexiga, permitindo uma descoberta mais precoce das recidivas.

ADAYR EIRAS DE ARAUJO



Volume sanguíneo e outras determinações no pré e pós-operatório.

Sua aplicação prática.

Beling, C. Abbott; Morton, Thomas V. de Bosch; Donald T.; Surg. Gyn. Obst.
89:163-171, 1948 *ap. year Book of General Surgery*

Muitos pacientes, em grande número de afecções, podem ter o volume total de sangue diminuído com *deficits* de plasma, hemoglobina, glóbulos, plasma circulante e proteínas, não sendo estes *deficits* muitas vezes evidenciados pelos exames de laboratório comuns. Tornou-se aparente há algum tempo, que a gravidade específica, a percentagem de concentração de proteínas plasmáticas e os valores do hematócrito não eram indicadores reais do estado das proteínas totais no plasma circulante ou tecidos orgânicos. Se não se reconhece a diminuição da volemia e *deficits* associados, pode haver consequências graves durante e após a operação. As tentativas para fazer voltar ao normal o volume sanguíneo, pela introdução de simples fluidos, resultarão, segundo os A.A., em diluição da massa de glóbulos e proteínas totais circulantes, a primeira produzindo graus mais intensos de anemia e a última reduzindo a percentagem de concentração proteica plasmática. Estes graus mais intensos de anemia resultam em anoxia

relativa seguida de passagem de líquido para os espaços intersticiais, evitando a restauração do volume sanguíneo. Esta deve ser obtida pela introdução de quantidades adequadas de hemácias, proteínas e fluidos com eletrólitos. Três simples testes são necessários para determinar as quantidades a serem administradas: determinação do volume plasmático, do peso específico do plasma e sangue total.

O método mais simples para determinar o volume de plasma circulante é a adaptação do método de Gregerson, em que o corante "azul de Evans" (T-1824) é introduzido na circulação venosa e a concentração do corante no plasma medida após 10'. Do volume de plasma circulante, determina-se o volume de sangue pela fórmula $VP/VS = Hp/100$ onde VP é o volume plasmático, VS o volume total sanguíneo e Hp a percentagem de plasma obtida pela subtração do hematócrito de 100. O volume de eritrócitos circulantes é calculado subtraindo-se do volume total de sangue o volume total de plasma. O peso específico do plasma, sangue total, hematócrito, proteínas plasmáticas e hemoglobina são determinados por qualquer método *standard*. Após determinar estes dados, os *deficits* são calculados, subtraindo-os dos valores normais, calculados segundo o peso do paciente pelas seguintes fórmulas: Volemia normal = quilos x 85 expressos em cc.

Volume plasmático normal = quilos x 45

Volume total de glóbulos normal = quilos x 40

Hemoglobina total normal =
Volemia x Hb (Gm %)

= -----

O volume de hemoglobina total circulante é calculado pela seguinte fórmula:

$$\text{Hb total} = \frac{\text{volemia} \times \text{Hb (Gm \%)}}{100}$$

Quando os *deficits* são conhecidos é possível corrigir o *deficit* de Hb por meio de transfusões de sangue total até 1.000 cc diariamente, considerando o fato de que cada 100 cc contém 16,3 Gm de Hb. A não ser quando a perda plasmática foi excessiva, o *deficit* do volume plasmático pode ser restaurado por meio destas transfusões, porém, se a perda de plasma foi desproporcionalmente elevada acha-se indicada a substituição quantitativa. A correção dos *deficits* proteicos não é tão simples, sendo muitas vezes impossível fazer a substituição quantitativa no período pré-operatório. Quando há pouco tempo para preparar um paciente para uma operação de emergência, a substituição do *deficit* do volume sanguíneo por meio de transfusão de sangue total fa-lo-á suportar satisfatoriamente a intervenção; quando há bastante tempo, os pacientes podem ser preparados por alimentação oral de proteínas, carboidratos e gorduras em quantidades que excedam às necessidades calóricas. Os hidrolisados de proteína raramente são necessários no período pré-operatório. Sempre que possível é melhor dar proteínas totais de alto valor biológico até 150,0 por dia, com iguais quantidades de carboidratos e gorduras. Deve-se ter cuidado para que as necessidades vitamínicas sejam satisfeitas. Pós-operatoriamente, após terem sido quantitativamente substituídos o sangue e plasma perdidos durante a operação, a ambulância precoce é enco-

rajada, começando dentro das primeiras 24 horas. O paciente começa a escolher sua dieta no 2º dia, sendo esta suplementada com 50-100gm. de proteína e dextrose diariamente até que já esteja em condições de alimentar-se suficientemente. Quando a intervenção foi feita no tubo digestivo com anastomoses, colostomias ou ressecções para estados obstrutivos, os hidrolisados de proteínas são dados por sonda ou por via oral.

LUIS CARLOS DE OLIVEIRA JUNIOR



O diagnóstico do carcinoma incipiente do colo uterino

Gordon Watkin Douglas e William E. Studdiford. *Surg. Gyn. Obst.*, vol. 91, nº 6, Dez., 1950, p. 728

Apesar dos mais ingentes esforços, a proporção de casos de câncer do colo grau I, mesmo nas clínicas ginecológicas mais eficientemente orientadas, raramente vai além de 10%. Por este motivo a maioria dos ginecologistas acreditava ser esta lesão de desenvolvimento rápido e quase explosivo, com invasão precoce dos tecidos vizinhos. Contudo, nos últimos 20 anos, novos conceitos foram surgindo sobre as fases mais precoces do câncer do colo, conceitos estes que são hoje quase universalmente aceitos. O câncer cervical pode existir em muitos casos, senão em todos, durante um longo período de tempo como uma lesão limitada ao epitélio de revestimento do colo. Esta fase inicial tem sido denominada pelos diversos autores de "carcinoma *in situ*", "câncer intra-epitelial" ou "câncer pré-invasor". A seguir, os Autores resumem



as investigações que, começando com Schottlaender e Kermauner em 1912, prosseguindo com Walter Schiller em 1927, terminaram com os trabalhos mais recentes de Smith e Pemberton, Younge, Hertig, Armstrong, Te Linde, Galvin, Meigs e muitos outros, todos confirmando esta nova doutrina. Desde 1947 até 1949 (dezembro) os Autores dedicaram-se ao assunto estudando detidamente, praticando inúmeras biopsias e exames colpocitológicos nas pacientes do Bellevue Hospital. Conseguiram reunir 16 casos, dos quais 13 eram de câncer intra-epitelial e em 3 já havia invasão inicial. Apenas em 1 paciente havia uma lesão macroscópica suspeita, sendo que nas outras 15 notavam-se apenas erosões e lesões de cervicite banal, sendo até de chamar atenção a ausência de grandes processos inflamatórios nos casos positivos. Passam depois a descrever, com riqueza de detalhes, os diversos aspectos microscópicos da lesão intra-epitelial, insistindo sobre a importância do contorno do orifício externo do canal cervical, na chamada junção escamo-colunar. Os 16 casos dos Autores distribuíram-se de preferência pela proximidade dos 40 anos, com as idades extremas de 27 e 64. Dez pacientes eram brancas e 6 da raça negra. Treze eram múltíparas, duas nuligestas e uma tivera dois abortos. Seis doentes vieram à consulta por perdas sanguíneas irregulares: em 2 após toques vaginais e em 4 pós-coito. As restantes não apresentavam sintomas cervicais e tinham vindo à consulta por motivos outros. Os Autores insistem sobre a necessidade de exames repetidos em toda a mulher que, depois

dos 30 anos, apresenta perdas sanguíneas intermenstruais, principalmente se estas perdas surgem após traumatismos. Citam a propósito dois casos. Num deles tratava-se de uma mulher com 40 anos, portadora de um fibroma do útero e que apresentou metrorragias em 1948; foi feita uma raspagem do colo e o patologista encontrou pequenas zonas epiteliomatosas. Como o aspecto do colo era normal, o seu ginecologista não deu importância ao achado. As metrorragias continuaram e em fevereiro de 1949 foi feita uma histerectomia sub-total. Em abril de 49, evidenciou-se um carcinoma do coto restante. A biopsia nestes casos de lesões pré-clínicas oferece aspectos especiais. A lesão não pode ser vista nem sentida. Os Autores recomendam que se façam diversas biopsias em torno do orifício externo do canal cervical. Descrevem os instrumentos especiais idealizados com esta finalidade por Gusberg, Ayre, Gladstone e Schubert. Dão preferência a este último, realizando 4 biopsias, uma em cada quadrante. Chamam atenção para a possibilidade das estenoses cervicais se as biopsias forem muito juntas. Como a lesão pode ser intra-cervical, usam também em certos casos a cureta de Novak. Referem-se, por último, à colpocitologia que classificam como precioso meio auxiliar de diagnóstico, sem lhe darem contudo um valor absoluto. Em seus 16 casos a colpocitologia só foi positiva em 11 (a colpocitologia só foi praticada em 13). Os Autores não entram no terreno da terapêutica deste tipo de lesão.

Carcinoma intra-epitelial do colo do útero

Louise A. Kaufmann, W. Kenneth Cuyler e Robert A. Ross — *Surg. Gyn. Obst.*, vol. 91, nº 2, Agosto 1950, p. 179

O trabalho dos Autores se refere ao diagnóstico do chamado câncer intra-epitelial do colo uterino pela colpocitologia. Começam por assinalar a dificuldade do diagnóstico visto que algumas lesões benignas produzem núcleos no epitélio cervical, que podem ser confundidos com os núcleos do câncer intra-epitelial. O trabalho abrange o período de 1947 a 1949 durante o qual foi praticada a colpocitologia em 10.029 pacientes, tendo sido encontrados 44 casos (0,44%) de carcinoma intra-epitelial. Os resultados estão resumidos em 3 quadros, cujo estudo os Autores assim sintetizam:

1 — A grande maioria dos doentes não apresentava sintoma algum.

2 — Cerca de 75% tinham menos de 45 anos, sendo de notar que metade estava entre os 35 e os 45. Note-se que a incidência do câncer do colo, segundo estatísticas anteriores, é maior entre os 45 e os 50 anos.

3 — É necessária uma grande experiência por parte do citologista para chegar a este diagnóstico e a cooperação do patologista é indispensável.

4 — Das 44 doentes, 33 eram brancas e 11 negras.

5 — Seis doentes estavam grávidas e os Autores chamam atenção para a grande dificuldade do diagnóstico nestes casos.

6 — A colpocitologia não apresenta grande valor no diagnóstico de lesões carcinomatosas avançadas. Não só a lesão é clinicamente visível, como os restos celulares e o sangue mascaram muito os resultados. O método é de grande valor nos casos de câncer inicial e no carcinoma intra-epitelial, principalmente quando associado aos estudos anátomo-patológicos.

ADAYR EIRAS DE ARAUJO



Extensas adenopatias axilares secundárias carcinomatosas sem evidência clínica de lesão mamária primitiva

Howard A. Weinberger e DeWitt Stevens. — *Surgery*, vol. 29, nº 2, Fev. 51, p. 217

O câncer da mama continua desafiando a terapêutica cirúrgica. Apesar de todos os progressos feitos ultimamente, 15.000 mulheres morrem de câncer mamário anualmente nos Estados Unidos. A maioria das clínicas americanas consegue uma cura de 5 anos de cerca de 50%, cifra esta que sobe para 70 a 75% quando não há metástases axilares e desce para 20 a 25% em presença das mesmas. Depois de se referirem à drenagem linfática da mama, os Autores advogam uma cirurgia mais radical e mais meticulosa para que os resultados melhorem. Encaram o fator individual ao qual dão enorme importância no carcinoma da mama. Têm observado resultados verdadeiramente paradoxais: curas de 5 anos em doentes com carcinoma surgido durante a prenhez, em casos com metástases supra-claviculares e nos chamados carci-

nomas "inflamatórios" (três variedades de péssimo prognóstico), em oposição a doentes com curta sobrevivência, e portadoras de pequenas lesões, sem metástases axilares.

Falando sobre a chamada "cura de 5 anos", acham este período muito curto, pois não foram raros os casos em que observaram disseminações locais, ósseas e viscerais surgidas depois de 5 anos. A própria graduação histológica da malignidade não tem, neste setor, a mesma importância que em outros territórios da economia. Dão mais valor prognóstico à extensão da propagação axilar e citam o trabalho de Warren e TcmPKins, mostrando que a "cura" e a sobrevivência são inversamente proporcionais ao número de gânglios comprovadamente invadidos, de acordo com o exame microscópico.

Os Autores fazem todas estas considerações a propósito de 5 interessantes casos que tiveram oportunidade de observar e nos quais havia gânglios axilares palpáveis, sem nenhuma manifestação clínica mamária. Uma vez extirpados estes gânglios, o seu exame histo-patológico demonstrou que se tratava de carcinoma metastático. Depois

de eliminada a possibilidade de se tratar de lesão primitiva cutânea, pulmonar, ou de qualquer outro órgão distante, foi praticada a mastectomia radical. O exame histo-patológico das mamas amputadas mostrou, em todos os casos, pequenos nódulos malignos primitivos. Arnold Jackson publicou 3 casos semelhantes: no primeiro, a doente ficou em observação após a exérese dos gânglios axilares e a lesão mamária só foi se manifestar 3 anos mais tarde; com a experiência deste primeiro caso, o Autor praticou a mastectomia radical nos dois seguintes e em ambos o exame histo-patológico foi positivo para carcinoma. Também Westermeyer apresentou trabalho semelhante, baseado em 6 observações.

Os 5 casos apresentados pelos Autores estão com sobrevivência de 13, 12, 5, 3 e 2 anos, sem apresentarem sinais de recidiva local ou a distância. Concluem dizendo que, apesar de ser muito pequeno número de observações para uma idéia definitiva do assunto, acham ser a indicação da mastectomia radical nesta eventualidade absolutamente exata.

ADAYR EIRAS DE ARAUJO

NOTICIÁRIO

Mesa redonda sôbre câncer realizada no "Diário Carioca" A organização da Fundação Laureano

O SR. DANTON JOBIM — O DIÁRIO CARIOCA organizou esta mesa redonda, atendendo ao apêlo feito pelo dr. Napoleão Laureano, no sentido de se mobilizarem recursos para uma grande campanha contra o câncer. Convidou para isto o diretor do Serviço Nacional do Câncer, dr. Mário Kroeff e uma equipe de eminentes especialistas em cancerologia.

Vou dar a palavra ao exmo. sr. ministro da Educação e Saúde, dr. Simões Filho, que presidirá os debates dessa reunião.

O Sr. Ministro Simões Filho — Senhores, o Governo da República, que tenho a honra de representar aqui, participa da emoção pública. Acrescentar que êle considera de seu estrito dever oferecer sua cooperação em todos os sentidos para dar ao heróico médico brasileiro todo o amparo, como à campanha que seu próprio heroísmo suscitará neste país para a solução do problema da cancerologia, será escusado.

Esta campanha, que em seus detalhes deve ser esquematizada pelos técnicos, à primeira vista, parece, deve obedecer a uma preparação psicológica que interesse tôda a nação na captação de recursos para que ela possa se desenvolver dentro das bases científicas e humanas.

Acrescentar, ainda, que o Governo da República toma à sua inteira proteção o heróico médico brasileiro será também escusado.

Deu-me o sr. presidente da República instruções expressas e repetidas para declarar que da parte do Governo nada faltará aos cientistas brasileiros para cumprirem o seu dever.

Seja-me permitido dizer pessoalmente uma palavra, menos do ministro de Estado do que do homem profunda-

mente humano, de que me prezo ser. Se não ocupasse êste cargo, não estaria agora nesta cadeira, mas vós me verieis na assistência, como um velho jornalista que, debruçado tôda a sua vida sôbre os problemas dêste país, sobretudo aquêles que dizem respeito com os sofrimentos humanos, aqui não faltaria.

Dou a palavra ao sr. dr. Pompeu de Souza, chefe da Redação do "Diário Carioca", para dirigir os debates.

O Sr. Pompeu de Souza — O "Diário Carioca" inicia com a maior emoção êstes debates, em que colabora na campanha do dr. Napoleão Rodrigues Laureano.

Teve o "Diário Carioca" o plano de discutir o problema no campo científico, e para tanto convidou os mais eminentes cancerologistas — o Diretor do Serviço Nacional do Câncer, dr. Mario Kroeff, e sua equipe de médicos cancerologistas daquele serviço público federal, aqui presentes: Drs. Alberto Coutinho, Jorge Marsillac, Osolando Machado, Antonio Pinto Vieira, Adayr Eiras de Araujo, Sergio de Azevedo, Turibio Braz e o dr. Fernando Gentil, que recentemente voltou de longa per-

manência nos Estados Unidos, tendo estado justamente no grande centro de estudos de cancerologia de onde regressa agora o dr. Laureano.

Procuramos orientar os debates no sentido de estabelecer a comunicação entre o conhecimento científico da matéria e o grande interesse público que ela está gerando, já que se polariza uma atenção enorme para o assunto, o que se deve ao dr. Laureano. Vamos ver se, à custa do jornalismo, que é o veículo de comunicação popular, trazendo a palavra da ciência, interessamos o povo nesta campanha do dr. Laureano.

Inicialmente, quero me dirigir ao próprio dr. Laureano, para ouvi-lo sobre alguns dos assuntos ligados à sua campanha e aos seus projetos; depois, então, dirigir-me-ei aos eminentes cancerologistas presentes, para estabelecermos o debate científico da matéria.

Preliminarmente, dr. Laureano, pergunto-lhe: como se sente?

O Dr. Napoleão Rodrigues Laureano — Quanto à saúde, não posso dizer que vou bem, porque sou portador de uma moléstia que a ciência ainda não encontrou meios para curar. Moralmente, porém, encontro-me fortalecido por este ambiente de cientistas e de homens que se integram, agora, numa campanha muito elevada: a de trazer aos que sofrem de câncer, aos que poderão sofrer de câncer, ao menos um conforto regular quando não é possível a cura.

O Sr. Pompeu de Souza — Dr. Laureano, o sr. se dispõe a dedicar sua vida a uma campanha para minorar a situação dos cancerosos no Brasil e para o combate ao câncer em geral — e esse é o objetivo de nossa mesa redonda. Pergunto-lhe, então, como pretende

orientar seu esforço nessa campanha, nessa luta.

O Dr. Napoleão Rodrigues Laureano — Ilustres srs., ninguém poderá duvidar das minhas intenções, pois condenado como estou pela medicina, nada pretendo para mim. Profissionalmente me faltarão as forças necessárias para qualquer iniciativa. Assim, não peço para mim, mas para meus patricios, para milhares de brasileiros que pelo interior são vítimas do mesmo mal que me acometeu. Sinto ainda forças morais para pedir, porque conheço a sensação de ser presa dessa moléstia terrível, pedir ao povo e ao Governo que me auxiliem a morrer tranquilo, com o conforto de haver feito algo, ao menos pela Paraíba, neste setor que abracei como especialidade — de luta contra o câncer; pedir ao Governo que auxilie a ação do Serviço Nacional do Câncer, nessa obra benemérita que vem realizando. Técnicos, como já frisei, felizmente não lhe faltam, sob a orientação esclarecida e eficiente do ilustre dr. Mário Kroeff.

Acho que assim começo a alcançar o meu propósito, que é o de focalizar o problema de modo objetivo, com meu próprio caso, e mostrar ao público que o câncer é curável, desde que tratado a tempo. Aliás, isto é o que sustentam, no estrangeiro, os cancerologistas de renome e é sempre tema das campanhas realizadas pelo Serviço Nacional do Câncer. Quero, portanto, ver fundado um centro de combate ao câncer, em João Pessoa, na Paraíba, ainda antes de morrer, se a sorte me permitir.

O Sr. Pompeu de Souza — Dr. Laureano, queria perguntar-lhe se já tem alguma fórmula, algum sistema organizado para encaminhar essa campanha,

como um projeto prático de arrecadação de verbas ou de aplicação destas.

O Dr. Napoleão Rodrigues Laureano — Entrego a resposta a essa pergunta ao ilustre cancerologista dr. Mário Kroeff, que tem já um esquema perfeito e há tanto tempo vem lutando à frente de campanhas semelhantes.

O Sr. Pompeu de Souza — Antes de ouvir o dr. Mário Kroeff, gostaria de perguntar-lhe, dr. Laureano, sobre sua preferência na matéria, quanto à aplicação dos fundos resultantes do movimento, se em pesquisas, se em centros de tratamento, se em clínicas, em suma, qual a aplicação que pretente dar a êsses fundos.

O Dr. Napoleão Rodrigues Laureano — Devem essas verbas ser empregadas na aquisição de material eficiente para o diagnóstico precoce. Isto em primeiro lugar, porque não se pode tratar do câncer, sem que seja feito o diagnóstico precoce. Em segundo lugar, em material eficiente para o tratamento: radium, raios X, etc. Além disso, uma parte dessa verba deve ser aplicada na criação de centros de pesquisas, sem os quais não podemos avançar nos estudos do problema.

O Sr. Pompeu de Souza — Uma pergunta mais, apenas, dr. Laureano, para não o sobrecarregar, e, em seguida, passaremos ao debate. Gostaria de saber se já tem qualquer coisa concreta, resolvida, como promessas firmes, ou, pelo menos, esperanças fundadas, para sua campanha.

O Dr. Napoleão Rodrigues Laureano — Sim, tenho. Aqui no Rio de Janeiro, os "Diários Associados" me fizeram promessas animadoras, e estava certo de que, com apoio não só dos "Diários Associados", como do "Diário Carioca"

e de toda a imprensa, verei concretizado meu plano, qual seja, a criação de um hospital para cancerosos na Paraíba. Pretendo, também, que os donativos sejam distribuídos para os diversos centros e hospitais nos Estados.

O Sr. Pompeu de Souza — O "Diário Carioca" agradece a confiança que o senhor antecipadamente deposita na sua colaboração, que já estamos demonstrando com a realização desta mesa redonda. Aproveito a oportunidade para acrescentar que o "Diário Carioca" se entrega a essa campanha com o maior entusiasmo e será um militante de todas as horas; o senhor poderá contar conosco incondicionalmente em qualquer terreno. Basta que determine nossa tarefa, que nós a cumpremos na medida das nossas possibilidades.

Aliás, estou recebendo notícia de que a "Rádio Nacional", que transmite este debate juntamente com a "Mayrink Veiga", acaba de abrir uma subscrição pública com um dia de salário, para a campanha, tendo já obtido a importância de cerca de setenta mil cruzeiros; comunica-nos, também, aquela emissora que seus microfones estão à inteira disposição do dr. Laureano para o movimento que empreendeu.

Vamos passar ao debate científico da matéria. Antes, porém, atendendo às condições de saúde do dr. Laureano, peço-lhe que, se se sentir fatigado, não faça cerimônia se acaso se sentir em condições pouco confortáveis.

O Dr. Napoleão Rodrigues Laureano — Estou bem, muito bem.

O Sr. Pompeu de Souza — Inicialmente, como disse, há, de um lado, a pesquisa científica, o conhecimento científico fechado entre os cientistas,

e, de outro, a polarização desse interesse público gerado pelo caso pessoal do dr. Laureano, criando um clima emocional que favorece a receptividade da informação. A imprensa tem esta função de veículo, de ponte, de comunicação entre esse interesse ávido e ignorante de todos nós leigos e a palavra sábia, o conhecimento sábio, e até certo ponto enclausurado, dos cientistas aqui presentes, que conhecem a matéria e precisam, agora, ir ao encontro do povo, esclarecendo-o, pois, creio eu, esta é uma das finalidades, um dos pontos mais importantes da campanha do dr. Laureano: o esclarecimento público.

Esta mesa redonda, portanto, começará por pontos, vamos dizer, bem elementares, da matéria, para essa obra de divulgação a que os cientistas modernos, os mais eminentes, hoje não se furtam.

Pergunto, então, de início, ao dr. Mário Kroeff, Diretor do Serviço Nacional do Câncer, o que é exatamente o câncer.

D Dr. Mário Kroeff — Esta é uma pergunta que a ciência ainda não está em condições de responder, de modo categórico. E' incógnita que ainda perdura, entregue às pesquisas de laboratórios. Dêse trabalho surdo dos pesquisadores é que deve surgir — hoje ou amanhã, estou certo — a grande promessa esperada pela humanidade, há tanto tempo.

O que se sabe de positivo a respeito é que o câncer não é doença contagiosa. Pode-se provocá-la artificialmente nos laboratórios, por meio de substâncias químicas. A ciência chegou a esse ponto, que constitui um lado importantíssimo em nosso conhecimento: provocar o câncer artificialmente nos ani-

mais de laboratório por meio de substâncias químicas.

Por exemplo: atritando-se a orelha de um coelho com alcatrão, ao fim de certo tempo, teremos um processo inflamatório que, depois, se transforma em processo maligno. A mesma coisa acontece com esses derivados do alcatrão ou melhor em substâncias que a química já conseguiu isolar desses produtos de modo sintético. Assim, podemos provocar o câncer respiratório, dando aos animais para respirar, para inalar, essas substâncias. Fazendo ingerir, os cientistas chegaram, também, a produzir em animais o câncer no estômago, como fez Roffo na Argentina.

Por aí se vê que a ciência está na pista de uma descoberta que há de surgir amanhã ou depois, em benefício da humanidade; e, descobrindo-se a causa, o tratamento esperado vem conseqüentemente. Por enquanto temos de assistir os nossos doentes com o tratamento clássico, que se resume na cirurgia, no rádio e nos raios X. O resto é, por enquanto, apenas esperança.

O Sr. Pompeu de Souza — Devo esclarecer que nesta mesa redonda, pela sua própria natureza, o debate é livre. Assim, se algum dos senhores tem alguma coisa a dizer sobre a pergunta — o que é o câncer? — eu gostaria que se pronunciasse, inclusive apartando.

O Dr. Mário Kroeff — Eu propria que, antes de entrarmos nesse setor enclausurado de discussão entre cientistas, debatêssemos, antes, esse outro ponto, mais acessível ao público, que vem a ser o programa e o alcance desta campanha do Dr. Laureano, porque esta é a ordem geral. Depois, então, seguiríamos no detalhe. Como se encara o problema, qual o resultado prático que

se pode auferir dêsse movimento proposto pelo Dr. Laureano, o qual já está produzindo ótimos resultados — haja vista esta mesa redonda, que conta com a presença do exmo. sr. ministro da Educação e Saúde e de eminentes especialistas na cancerologia. Isto já é um sinal de que a campanha está alcançando plenamente seu objetivo. Em vez de sair pelo interior a fazer propaganda, como sempre se faz, êsse homem reuniu, por intermédio do “Diário Carioca”, em tôrno de sua pessoa, essa plêiade de interessados num problema de tão elevada significação médico-social.

O Sr. Pompeu de Souza — É um dos aspectos da questão a ser debatido. Há êste aspecto, vamos dizer, educativo do problema do câncer; depois, então, podemos ver a questão do combate ao câncer. Continuamos, pois, a debater o problema do câncer.

O Dr. Mário Kroeff nos disse que o câncer não é contagioso. Agora, pergunto: — é hereditário? A pergunta se dirige ao Dr. Mário Kroeff, como aos demais cientistas presentes.

O Dr. Mário Kroeff — Peço ao Dr. Sergio de Azevedo, vice-diretor do Serviço Nacional do Câncer, que se incumba da resposta.

O Dr. Sergio de Azevedo — Para resumir, de acôrdo com os dados atuais da ciência, o câncer, pelo menos o câncer humano, o câncer do homem, até agora não foi provado ser contagioso. Nenhum micróbio foi reconhecido como responsável pela transmissão da moléstia. Portanto, até o momento atual, o câncer humano — não o dos animais, porque há uma série de cânceres dos animais que podem ser considerados contagiosos — o câncer humano, repito, não é tido como contagioso.

O câncer humano não é hereditário. O fato de encontrarmos ascendentes cancerosos entre os pacientes, nada quer dizer, porque mais de 50% dos doentes não possuem, na sua história mórbida, qualquer ascendente canceroso. O que há no terreno da hereditariedade é, quando muito, uma predisposição hereditária. Havendo muitos casos numa família, o descendente, naturalmente, está mais do que qualquer outro, sujeito a ser canceroso.

Observa-se também o inverso. O indivíduo que não tem qualquer tara, qualquer ascendência cancerosa, pode adquirir, durante sua vida, por hábitos, por vícios, por desvios alimentares, por desvios no modo de viver, por intoxicações, pode adquirir a chamada constituição cancerosa, o que não é um privilégio dos indivíduos que têm uma tara cancerosa.

Esta constituição cancerosa portanto, pode ser adquirida em vida. Não é, por conseguinte, uma fatalidade. Se fôsse, estaríamos todos perdidos, porque é rara a família em que não se encontre um ou outro caso de câncer.

Portanto, em resumo, é preciso que o povo saiba que, até agora, o câncer humano não é, absolutamente, de origem microbiana, nem tão pouco contagioso.

Não é hereditário— o que há, quando muito, é uma predisposição hereditária, condição propícia ao desenvolvimento do câncer por uma série de causas.

O Sr. Pompeu de Souza — Isto pôsto, eu gostaria de indagar da importância do diagnóstico precoce para o prognóstico da doença.

O *Dr. Mário Kroeff* — Pode responder a esta pergunta o *Dr. Alberto Coutinho*, chefe de seção do Instituto de Câncer, no Serviço Nacional do Câncer.

O *Dr. Alberto Coutinho* — Antes de entrar pròpriamente na resposta, eu queria fazer uma pequena divagação que se relaciona com o momento que estamos vivendo e que representa para nós uma das expressões mais avantajadas do sentimento humano, expressões estas muito pouco vistas nos tempos que correm. O *dr. Napoleão Laureano* está mostrando ao mundo e aos seus patrícios as reservas sentimentais e morais que ainda existem e devem alicerçar tóda a obra humana. Aquêles que vivem em contato com o sofrimento, principalmente, com os cancerosos, é que podem aquilatar a grandeza dêsse gesto, e a onipotência dessa expressão — pode-se dizer — sublime e santificada. Então, êsse homem já no fim de sua vida, conforme êle mesmo nos declarou, lança mão dos últimos dias que lhe restam, das últimas energias que lhe sobram para, fazendo uma propaganda dentro dos princípios verdadeiramente morais, realizar uma obra de combate ao câncer no Brasil.

Êste movimento, que despertou e está despertando interêsse imenso, dará nova visão do assunto entre nós e virá mostrar que a educação, o alertamento do povo a respeito do câncer é a base fundamental de tóda campanha contra a doença. Muito mais razoável é evitar o câncer do que tratá-lo.

Passando a responder à pergunta, digo que o câncer é uma afecção essencialmente progressiva. Existem muitas moléstias que têm um tipo de evolução que chamamos cíclica; outras, que coecem, aceleram seu ritmo e depois de-

crecem. O câncer, porém, é sempre progressivo, não tem remissão, de modo que o diagnóstico precoce é a base da verdadeira terapêutica, pois permite debelar o câncer, quando êle ainda está, como nós dizemos, em fase local, porque quando êle chega à fase de generalização, nada mais se pode fazer.

O *Dr. Mário Kroeff* — O *dr. Alberto Coutinho* fêz uma exposição a propósito do valor do diagnóstico precoce no tratamento do câncer, dizendo que o câncer é essencialmente progressivo. Frisou, porém, que há um período de localização, durante o qual a doença se conserva circunscrita, limitada a determinada zona, e que nesse tempo ela é passível ainda de tratamento pelos meios clássicos que conhecemos: ou pela extirpação cirúrgica, ou pelo tratamento pelo radium ou raios X. Depois que se generaliza, aí então sai das possibilidades terapêuticas.

O *Sr. Pompeu de Souza* — Peço permissão para interromper o *dr. Mário Kroeff* e dizer que o *dr. Laureano* acaba de me comunicar que precisa retirar-se, mas que, antes, sua senhora dirá algumas palavras.

A *Sra. Napoleão Rodrigues Laureano* — Quero, em nome de meu espôso, agradecer a cooperação de todos e fazer um apêlo para que esta campanha não morra; que continue com entusiasmo sempre maior daqui para diante. Êle não agradece pessoalmente porque está muito cansado, mas reafirma sua confiança em que todos cumprirão seu dever na luta em prol dos cancerosos.

O *Sr. Pompeu de Souza* — O *exmo. sr. Ministro da Educação e Saúde* pede-me que justifique sua retirada da mesa redonda, porque vai acompanhar o *dr. Laureano* a Petrópolis, onde se avis-



tarão com o sr. Presidente da República.

Dando prosseguimento ao debate da matéria, verificamos, então, que o diagnóstico precoce é de grande importância na luta contra o câncer. Isto significa que o câncer é curável, o que é sobretudo tranquilizador.

Agora, pergunto: há apenas uma espécie de câncer ou há diversas espécies? O câncer humano é um só ou são vários, e, nesta hipótese, há dentro dessa variedade alguns curáveis e outros incuráveis ou são todos curáveis?

O *Dr. Mário Kroeff* — Como ninguém se pronuncia, estou me adiantando para, lançadas as premissas, encaminhar a votação, como se diz na linguagem parlamentar.

Foi reafirmado aqui que o câncer é curável. Se não fosse curável, na fase inicial, seriam baldados todos os nossos esforços, como o de estarmos aqui debatendo o assunto: inútil toda a aparelhagem adquirida, inútil o esforço desse homem abnegado, que considero herói, no seu gesto de estoicismo, homem que já está condenado, já está com sua sentença lavrada, que vê a morte a quatro passos de distância, mas que, em vez de se entregar ao aniquilamento, ainda tem forças morais para vir aqui encetar esta campanha e ser o "pivot" de um movimento em torno do qual nos congregamos todos. É por isto que ele se bate. É baseado justamente no fato de ser o câncer curável, que ele está procurando empregar seus últimos dias, já contados pelos dedos.

Sustenta ele que o câncer é curável. Assim garantem, aliás, todos os centros científicos do mundo que se dedicam ao assunto, desde que seja tratado no início.

Agora, respondendo à pergunta: há várias espécies de câncer, não só do ponto de vista científico, como clínico. Varia o câncer conforme a localização no corpo humano, variando, assim, as probabilidades de cura e as porcentagens a que atinge a medicina. Por exemplo, o câncer cerebral é raramente curável, no câncer do estômago a probabilidade de cura vai a 20%; do útero, 70% a 80%; da pele, 90%; da mama, no primeiro período, 76%; no segundo período, 40%, e no terceiro, 10%. No quarto talvez nenhuma.

O *Sr. Pompeu de Souza* — A variedade patológica do câncer é em função de sua localização?

O *Dr. Mário Kroeff* — Não, são duas coisas distintas. Do ponto de vista do resultado do tratamento, é justamente isto tudo em função da localização. Na pele, o câncer é muito mais curável, no pulmão, menos, no cérebro, menos ainda. Esse tipo que ataca o dr. Laureano é pouco curável, porque se difunde rapidamente, tomando logo conta dos gânglios linfáticos, de modo generalizado. A medicina não tem contra ele senão os raios X, atacando um grupo de gânglios aqui e outro acolá, onde o câncer aparecer. É o que tem acontecido no caso do dr. Laureano — lesões no mediastino e lesões no abdomen. Cada um desses focos foram atacados pelos cientistas, conforme tive oportunidade de verificar hoje.

O *Sr. Pompeu de Souza* — Portanto, o senhor acha que o prognóstico do caso do dr. Laureano é fatal?

O *Dr. Mário Kroeff* — Disso não tenho a menor dúvida. Estou de acordo com o que disseram os médicos americanos. Aliás, ele me relatou, hoje de manhã, com tanta serenidade o prog-

nóstico que fizeram seus colegas que fiquei pasmo do estoicismo desse homem, a encarar a morte com despreendimento invulgar.

O Sr. Pompeu de Souza — Qual o tempo de vida que lhe resta?

O Dr. Mário Kroeff — E' difícil dizer. Talvez não sejam quatro semanas, como dizem os americanos, ou como afirmam os jornais que eles disseram. Minha impressão, quando o vi desembarcar do avião, carregado, foi má. Hoje pela manhã, porém, já considerei seu estado muito melhor. A côr está boa, sua fórmula sanguínea não deve estar muito alterada. As condições gerais do doente não são tão más. De um lado, um grupo de gânglios já foi debelado, mas agora estão aparecendo outros que lhe causam dores. E' assim no linfossarcoma. Aparece uma manifestação: debela-se. Aparece outra: debela-se. Assim se consegue prolongar a vida de um paciente por tempo razoável. Esta forma em aprêço, como disse, é essencialmente maligna. Não é em outras, como tive ocasião de referir, que ficam localizadas durante muito tempo, permitindo a ação da medicina de modo salutar.

E' preciso que fique bem claro: há uma forma que se conserva localizada durante muito tempo, passível, portanto, de tratamento, e outras formas que são, já de início, generalizadas, como aliás costuma ser o sarcoma em geral, no qual a medicina tem pouca eficiência no combate.

O Sr. Pompeu de Souza — Gostaria de ouvir, agora, a respeito do assunto, a palavra dos cirurgiões e radioterapeutas. O que a cirurgia e a radioterapia podem realizar nesse sentido, em primeiro lugar de um modo geral, nas di-

versas espécies de câncer, e, em segundo, no caso particular do dr. Laureano.

O Dr. Mário Kroeff — Já que se pede a opinião do radioterapeuta, temos aqui dois do Serviço Nacional do Câncer, o dr. Osolando Machado e o dr. Antonio Pinto Vieira. Qualquer um dos dois pode dizer o que consegue a radioterapia nesse caso.

Mais ou menos já expliquei, em linhas gerais. Os dois colegas citados não estão bem a par das condições do estado do dr. Laureano. Está com gânglios no mediastino, na fossa ilíaca direita, já debelados, e, agora, aparecem outros na fossa ilíaca esquerda. Contra esta recebeu uma única aplicação em Recife, e ele espera, então, ser tratado no Rio de Janeiro, no Serviço Nacional do Câncer. Ali o tratamento será feito, possivelmente, por um desses dois radiologistas presentes.

O Dr. Osolando Machado — No linfossarcoma, que é o caso do dr. Laureano, precisamos considerar, do ponto de vista da radioterapia, o doente de duas condições: com o processo localizado, estando a lesão apenas em um ponto circunscrito, lesão inicial, em que será tratada apenas aquela região, e a outra condição, quando se apresenta o doente já com a forma generalizada, que é o caso presente. No caso da generalização, podemos dividir, então, em dois grupos: o doente já tratado anteriormente pela irradiação e o que ainda não foi tratado. No já tratado, devemos irradiar lesão por lesão, metástase por metástase, o mais parcimoniosamente possível, porque as irradiações, além de destruir o tumor, destroem as células sanguíneas, entrando o doente em anemia. As vezes a radioterapia chega até a quebrar a capacidade de regene-

ração desses elementos. Em consequência o doente, poder-se-ia dizer, morre da cura.

Agora, quando o doente ainda não foi tratado pela irradiação e já está com a lesão generalizada, existem duas técnicas. Uma, de irradiação de grandes setores do corpo. Por exemplo: o tórax inteiro, o abdomen inteiro. Esses setores são irradiados em massa, como se fôsem um só bloco.

A outra técnica é a inglesa, moderna, que chama de "rôlo compressor", porque passa a irradiação, começando justamente da base do crânio, onde estão localizados os primeiros gânglios, até os joelhos, onde praticamente se encontram os últimos gânglios. Todo o corpo do paciente é irradiado, em massa. É técnica audaciosa, em que o doente tem de estar hospitalizado, receber muitas transfusões de sangue, mas que tem dado resultados, apesar de ser considerada tratamento paliativo.

Deixando à margem o caso em questão, do linfossarcoma, podemos dizer que, em geral, a radioterapia dia a dia apresenta melhores resultados, isto graças à formação de uma equipe, que trabalha em detalhes, em minúcias. Assim, um serviço de radioterapia consta, não só de médicos, de radioterapeutas, como de auxiliares técnicos especializados na aplicação e confecção de aparelhos, e de físicos que mantêm os aparelhos calibrados. Aqui no Rio de Janeiro, estamos a braços com uma oscilação tremenda de energia na linha da Light. Há uma variação enorme, entre as 2 e 6 da tarde. A Light, que nos devia fornecer 210 volts, fornece habitualmente, entre 2 e 4 horas da tarde, 100, 200, 190 e até 180 volts. As 4 horas, começa a subir, atingindo, por volta das

6 horas, 210 volts. Por aí, os senhores podem avaliar a necessidade de termos pessoal especializado para o contrôle das máquinas. É fácil compreender que mudanças assim de tanta intensidade na corrente podem afetar a calibragem desses aparelhos. Em variações de minuto, temos diferenças de 10 volts.

Por outro lado, temos também o radium que num serviço de câncer, como em suas demais aplicações, deve ser controlado por meio de radiografias e por medidas realizadas por físicos especializados em cooperação com os médicos que se propõem fazer o tratamento.

Assim, a radioterapia é uma técnica de minúcias e a melhora nos resultados está no rigor das minúcias e dos detalhes.

O Sr. Pompeu de Souza — Ouvida a palavra do radioterapeuta, ouçamos agora o cirurgião.

Que nos oferece a cirurgia nesta matéria? Quais as possibilidades da cirurgia no assunto?

O Dr. Antonio Pinto Vieira — Antes de ser dada a palavra aos cirurgiões, como radioterapeuta, desejo também falar.

O linfossarcoma, no meu modo de ver, apresenta prognóstico muito diverso, conforme se localize ou se origine nos gânglios linfáticos propriamente ditos ou nas regiões das amígdalas ou, ainda, na do rinofaringe. Quando se inicia nos gânglios linfáticos, é praticamente incurável, porque se generaliza rapidamente, invadindo o mediastino. É, mais ou menos, o caso em questão, do doutor Laureano. Mas, se se iniciar, por exemplo, nas amígdalas ou no rinofaringe, e se atacar bem no início, poderemos perfeitamente curar o doente.



Temos, no Serviço Nacional do Câncer, um caso que o dr. Kroeff conhece muito bem, de uma menina, filha de um pintor brasileiro que tem até viagem à Europa. Está curada há mais de 5 ou 6 anos. Quando tinha 14 anos era portadora de um linfossarcoma igual ao do dr. Laureano. Foi operada no Pronto Socorro. Acharam que a amígdala estava um pouco engorgitada. Verificaram ser um linfossarcoma e posteriormente veio a ter uma única metástase, uma única raiz, no lado esquerdo do pescoço. Foi por nós tratada. Faz 5 anos apenas, é verdade. Temos, também, dois casos de linfossarcoma, porém de localização inicial diferente, no rinofaringe, órgão que fica por trás das fossas nasais. Não tinham ainda se disseminado muito, um de dois anos e meio e outro de quatro anos. Acho que os dois sobreviveram já animadoramente.

O Sr. Pompeu de Souza — Ouvimos, portanto, a palavra dos radioterapeutas, drs. Osolando Machado e Antonio Pinto Vieira. Convosco, agora, a do cirurgião dr. Jorge Marsillac. Pode dizer algo?

O Dr. Jorge Marsillac — Acho que a cirurgia, no caso em aprêço, está totalmente afastada. Não pode ser executada sob forma alguma. Sabe-se, como o dr. Mário Kroeff repetiu, que é uma doença que já se disseminou por todo o organismo. A cirurgia do câncer baseia-se principalmente na extirpação total, não só do tumor primitivo como, também, de suas raízes. No caso do dr. Laureano, está eliminada a idéia de cirurgia, por ser impraticável. Desde que deixou de ser uma doença local, pois já está no pescoço, na axila, na virilha, na região também medicamente

chamada inguinal, o caso em aprêço, não se pode pensar na cirurgia.

A cirurgia é praticável em tôdas as formas de câncer que não sejam aquelas chamadas generalizadas ou, então, no câncer do sangue. Em tôdas as outras, do estômago, da próstata, do útero, da mama, do cérebro, da laringe, do pulmão, etc., a cirurgia tem papel destacado, como tem também a radioterapia, pelo rádio e pelos raios X, e mais ainda, pela associação das diversas armas. No caso em aprêço, porém, e naqueles semelhantes ao do dr. Laureano, a cirurgia está absolutamente excluída, por ser impraticável, por se tratar de uma fase de generalizada doença.

O Sr. Pompeu de Souza — Há, ainda, dois cirurgiões presentes, doutores Adair Eiras de Araujo e Turibio Braz. Gostaria de ouvi-los a respeito.

O Dr. Turibio Braz — Como cirurgião do Serviço Nacional de Câncer, estou plenamente de acôrdo com as palavras de nosso colega, dr. Jorge Marsillac, e com o que disse também o nosso colega radioterapeuta, dr. Antonio Pinto Vieira.

A cirurgia pode curar o câncer praticando a extirpação do tumor. Em se tratando de uma doença — como é o caso do dr. Laureano — em fase de generalização, praticamente é impossível se agir benéficamente, de vez que a situação do colega está bastante clara. E' doença disseminada e por isso não se pode pensar em qualquer tratamento cirúrgico no momento, aliás como bem disse o colega Dr. Pinto Vieira. No caso que êle acaba de citar a doença ainda estava localizada. Praticou-se a extirpação total da amígdala, e posteriormente ficou provado que se tratava de um câncer amigdaliano em forma ini-

cial. A paciente foi curada pela cirurgia, a qual retirou o foco inicial. Naturalmente a radioterapia veio completar o tratamento, combatendo uma localização ganglionar secundária no pescoço, ainda em fase inicial.

O diagnóstico precoce, portanto, é o alicerce, a base de todo o edifício da cancerologia; é ele a razão de toda a nossa campanha, de toda a nossa luta, de toda a nossa propaganda, de tudo que se tem feito no Serviço Nacional de Câncer, principalmente com a última exposição que realizou em dezembro, e através de todas as campanhas que tem levado a efeito. Enfim, a cancerologia se baseia, em todo mundo, no princípio de um diagnóstico precoce, de vez que todas as armas existentes no momento — radioterapia, radium e eletro-cirurgia — têm sua capacidade limitada.

O Dr. Adair Eiras de Araujo — Deixo de me referir às possibilidades que a cirurgia pode apresentar no caso do dr. Laureano porque os colegas que me precederam já o fizeram. Usarei do microfone apenas para chamar a atenção do grande povo que nos ouve, neste momento, para os progressos notáveis que a cirurgia vem fazendo ultimamente.

Nos últimos dez anos a cirurgia tem avançado muito nesse terreno, tem se aventurado em operações que outrora nos pareceriam impraticáveis. Este grande progresso na cirurgia, ao qual me refiro com verdadeiro entusiasmo, se deve, em grande parte, a três fatores diferentes: aos modernos processos de anestesia, que evitam os choques das operações prolongadas, ao uso das transfusões de sangue em larga escala, e, principalmente, no emprêgo daquilo que, de uma maneira geral, chamamos de antibióticos e que se re-

sumem no emprêgo da penicilina, estreptomicina, terramicina, auxílio valioso ao cirurgião para afastar os grandes riscos das complicações pós-operatórias.

No Serviço Nacional de Câncer, temos realizado ultimamente numerosas grandes intervenções, com bastante sucesso.

Outro assunto, a que desejava me referir antes de encerrar minhas considerações, é o das relações que devem existir entre a cirurgia e a radioterapia. Estes dois processos não devem ser considerados antagônicos, mas devem colaborar intimamente, serem usados de maneira conjunta, agindo ora o cirurgião, ora o radioterapeuta, ora ambos, com a finalidade de obter o maior benefício possível para o doente.

O Sr. Pompeu de Souza — Antes de ouvir a palavra do dr. Sergio de Azevedo sobre o tratamento clínico do câncer, desejava que se manifestasse ainda o dr. Fernando Gentil, que voltou recentemente de uma permanência justamente no hospital americano, onde o dr. Laureano esteve, e de modo infrutífero para o seu mal. Indagaria ao dr. Fernando Gentil, em primeiro lugar, sobre se há novidades radicais na matéria, e, em segundo, a respeito de assunto que ficou mais ou menos implicitamente respondido, mas que pergunto novamente porque quero tornar explícito: se o tipo de câncer do dr. Laureano, tratado a tempo, fôsse por processos clínicos, fôsse por processos radiológicos, seria curável, apesar de se tratar de um tipo de câncer linfático, que o Dr. Mário Kroeff diz ser de uma rapidez tão grande que dificilmente pode ser atacado.

O Dr. Fernando Gentil — Respondendo de início à última questão formulada pelo sr. Pompeu de Souza, tenho a dizer que o caso do nosso prezado e infelizmente colega dr. Laureano, no estado em que sua enfermidade se encontra, não há absolutamente, como já foi plenamente dito por todos os membros desta mesa redonda, a menor esperança de cura; todavia, no início, se esse linfossarcoma, digamos assim, se originou na cadeia ganglionar do pescoço ou em outra qualquer região, tal como a virilha ou a axila, essa oportunidade poderia trazer, indiscutivelmente, uma possibilidade de cura para o paciente, não só pela radioterapia, mas também, como se está fazendo ultimamente nos Estados Unidos, atacando esses cânceres linfossarcomatosos cirurgicamente, uma vez que eles se encontrem localizados em somente uma região, isto é, ou somente no pescoço, ou somente na axila, ou somente na virilha, e, em casos muito especiais, somente no mediastino.

No que se refere a novidades a respeito do tratamento do câncer, infelizmente tenho muito pouco a dizer. Entretanto, não poderia deixar de assinalar aqui o valor que está tomando e o volume de trabalhos que vêm aparecendo ultimamente na literatura médica e leiga da contribuição de laboratório, isto é, as investigações e os experimentos que vêm sendo feitos em todo o mundo, de modo geral, e, em particular, nos Estados Unidos que, como sabemos, têm grande facilidade de material por serem um país extremamente rico.

Os prezados colegas mencionaram as armas de que no momento dispomos para combater o câncer, e, se não me engano, houve somente uma omissão, que é a mostarda nitrogenada que, sem

dúvida alguma, tem seu lugar reservado na prateleira das substâncias químicas que estão sendo empregadas no tratamento do câncer, principalmente neste caso do dr. Laureano, em que se consegue, com a combinação da mostarda nitrogenada com a roentgenterapia, resultados realmente satisfatórios, desde que o processo canceroso não se encontre muito avançado e muito disseminado.

O Sr. Pompeu de Souza — Ainda desenvolvendo o aspecto terapêutico, solicito agora ao Dr. Sérgio de Azevedo que aborde a parte clínica do problema.

O Dr. Sérgio de Azevedo — Como sabemos, até hoje vêm sendo empregados no tratamento do câncer os meios clássicos: a cirurgia, os raios X e o rádio. Todas estas armas visam, em suma, a destruição ou a extirpação do tumor. Entretanto, todo o mundo científico atualmente reconhece que estas armas, infelizmente, são insuficientes para todos os casos. Os resultados são notáveis no câncer em início, se estas armas forem bem manejadas por técnicos competentes. Dão resultados, pode-se mesmo dizer, extraordinários, dependendo da localização. Graças aos grandes avanços que fez a cirurgia ultimamente, e mercê dos notáveis aperfeiçoamentos introduzidos na técnica dos raios X e do rádio, a percentagem de êxito alcançada nos resultados tem subido extraordinariamente, não há dúvida, nos últimos anos.

Mas, todos, o mundo científico, os doentes, apelam por novos meios de tratamento, porque está na consciência de todos que os recursos atuais não resolvem, não constituem processos radicais de cura. As recidivas da doença tratada por esses meios são freqüentes,

isto é, a volta, a reprodução da doença é comum; passado um período mais ou menos longo de cura aparente, a doença se repete, no mesmo local ou, então, se reproduz à distância, pelo que chamamos de metástases. Quero dizer, pequenas sementes da doença que ficaram no campo operatório e que o bisturi do cirurgião não pôde alcançar, por serem elementos invisíveis, microscópicos, ficaram adormecidos por longo tempo e mais tarde manifestam-se em outros órgãos, reproduzindo a doença primitiva. O ideal seria, então, recorrer-se a substâncias que agissem esterilizando tôdas as células cancerosas no organismo, um agente de ação geral e não local. Esta é a esperança atual de todos os cientistas. Para isto mobiliza-se em todo o mundo um verdadeiro exército de pesquisadores, à procura de uma substância esterilizante do câncer em qualquer período, tanto no inicial como no final. Para a pesquisa voltam-se, neste momento, tôdas as atenções dos interessados no problema do câncer. Os Estados Unidos têm gasto, ultimamente, milhões e milhões de dólares, conforme podem atestar os que lá estiveram em estudo como os drs. aqui presentes, Fernando Gentil, Jorge Marsillac, Antonio Pinto Vieira e o professor Mario Kroeff, Diretor do Serviço Nacional de Câncer, e tantos outros que têm ido àquele país em busca de melhores conhecimentos.

Assim, é que até hoje já foram encontrados alguns elementos que, de fato, têm uma ação especial sobre a célula cancerosa, mas essa ação ainda não satisfaz. Com a guerra descobriu-se gás de mostarda, ou mostarda nitrogenada, a que acaba de se referir o doutor Fernando Gentil e que justamente nos casos de linfossarcoma é aplicado com re-

sultados similares aos das irradiações, dando, muitas vezes, uma sobrevida razoável. Não resolve ainda. Este fato já vem mostrar que há possibilidade de atingir-se a célula no âmago, destruindo o seu núcleo, que é elemento de resistência, impedindo-se assim que ela se reproduza e tome conta do organismo.

Atualmente tôdas as pesquisas se fazem nesse sentido. Várias substâncias foram descobertas tendo ação similar, como a uretana, aminopterina e outras, que estão ainda no domínio do laboratório e que têm ação específica sobre as células cancerosas e que não foram ainda transportadas para o uso no homem.

Assim os americanos sobretudo acham que dentro de poucos anos será encontrado o medicamento químico. Espera-se resolver o problema do câncer pelos meios quimioterápicos, porque, meus senhores, o câncer é uma doença geral, não é doença local. Quando o tumor aparece, quando o câncer se exterioriza já vem agindo há anos no organismo do indivíduo, no sangue, de maneira que o que vemos é quase o final da doença. Por isso essas terapêuticas clássicas dão tantas decepções. Hoje se reclama alguma coisa mais eficiente.

Portanto, nesta ordem de idéias, apelo para o govêrno, para tôdas as autoridades, no sentido de que dêem o máximo de atenção à parte relativa à pesquisa do câncer, que dêem instalações. Técnicos não nos faltam. Dêem materiais, dêem enfermarias, hospitais, institutos que auxiliem a conclusão do nosso grande Instituto Central de Câncer, que está mais ou menos paralisado na Praça Cruz Vermelha. Dêem verbas a granel para a questão da investigação em laboratório porque somente com

a pesquisa é que se resolverá o problema.

Hoje se avalia o grau de civilização de um povo pelo resultado de suas pesquisas e pelo número de seus pesquisadores. A nação, que não realizar a pesquisa, não é nação civilizada.

O Sr. Pompeu de Souza — Agradeço muito a palavra entusiástica do dr. Sérgio de Azevedo. Lamento apenas que o sr. ministro da Educação não mais esteja presente para ouvi-lo. Mas ele o ouvirá ainda hoje, de certo, pois as estações transmissoras vão retransmitir a irradiação desta Mesa Redonda e certamente lerá a publicação que o "Diário Carioca" fará, pois os trabalhos da reunião estão sendo taquigrafados. No decorrer da próxima semana publicaremos na íntegra todo o debate desta reunião, para amplo esclarecimento do povo.

O Dr. Mário Kroeff — O dr. Pompeu de Souza, brilhante jornalista, provocou justamente o que queria — o debate. O choque de idéias, a controvérsia é bem da mentalidade do jornalismo.

O dr. Sérgio de Azevedo ouviu a palavra anterior dos cirurgiões, que disseram que o câncer tem uma fase em que é localizado, uma fase em que não sofreu ainda a generalização. E é baseado justamente neste fato, neste conhecimento, que toda a cancerologia se atira à luta pelo tratamento. Há, na verdade, um período, em que o câncer é doença local. Este princípio é aceito pela maior parte dos cancerologistas do mundo. Ninguém pode negar os resultados já obtidos com o tratamento por este mundo afora, nos centros científicos mais adiantados, nos grandes institutos. Eles confrontam suas estatísticas

de cura numa verdadeira emulação profissional.

Os homens de ciência têm os olhos voltados para o ponteiro das estatísticas que mostram a curva ascensional das percentagens de cura do câncer, num e noutro órgão, nesta e naquela localização.

As estatísticas, revelando as percentagens de cura, mostram o valor dos institutos. Acabo de percorrer os grandes centros médicos da Europa: o de Manchester, de Paris, de Estocolmo, de Goetingen, na Alemanha, o de Lisboa, sem falar nos reputados hospitais da América do Norte, que também já os tinha visitado. Pois bem, todos exibem suas estatísticas, que mostram o resultado obtido em alta percentagem. Não se trata de sobrevida apenas de um ano ou dois. Em câncer só se pode falar em cura depois de passados cinco anos. Há curas de dez, doze anos e mais. O Serviço Nacional de Câncer tem múltiplos casos curados. Eu tenho também. Os doentes já curados estão por aí para comprovar aos pessimistas o grau de eficiência da terapêutica, dentro daquela percentagem que acabei de falar: variável certamente, com a localização que pode tomar a doença no organismo humano. De maneira geral, podemos dizer que o câncer é curável, se tratado a tempo. A cura vai a um terço ou metade talvez de todos os casos, no início.

Nisto é que se baseia todo o esforço da cancerologia; por isto é que pleiteamos verbas para aparelhar nossos institutos; nisto é que assenta o nosso idealismo de realizar um trabalho de proteção aos atingidos. Essa convicção é que alimenta a flâmula de Laureano.



Inspirado em tais princípios, é que Laureano vem desfraldar uma bandeira de redenção em prol de alguns, sustentando que o câncer é passível de cura, quando tratado oportunamente. Desde que o povo seja alertado sobre o valor do diagnóstico precoce, pode-se obter uma percentagem de cura, já animadora, naquela proporção a que me referi: 90%, no da pele; 70%, no do útero; 76%, no da mama, quando no primeiro período, 40% no segundo, 10% talvez no terceiro e nenhum no quarto. É bom que o público ouça isso lá fora e não caia no pessimismo que ainda infiltra a gente dos países menos adiantados. Nos Estados Unidos, fala-se em câncer com a maior naturalidade. Não há mais o negativismo dos tempos em que a medicina não dispunha de elementos eficazes ao tratamento. O dr. Sérgio de Azevedo, naturalmente, como pesquisador, como clínico, agarra-se nesse sonho em que vem embalada a humanidade desde longa data: um remédio de ação geral, específica, capaz de curar todos os casos de câncer! Infelizmente, essa promessa ainda não chegou, está entregue aos pesquisadores, oculta no segredo dos laboratórios. Enquanto ela não surgir, prossigamos nós a tratar dos casos atuais, com os meios disponíveis, já consagrados pela experiência e pela prática. O que fez o ilustre jornalista foi provocar o debate, atizando a disputa médica, sempre clássica, entre o cirurgião e o clínico e, às vezes também, entre o cirurgião e o radioterapeuta. Na verdade, não há propriamente antagonismo entre as três armas clássicas, de luta contra o câncer. Na boa técnica, trabalham em conjunto. É a cooperação existente nos grandes institutos, sempre salutar. É verdade que, às vezes, cada especialista dentro da própria can-

cerologia força as indicações desta ou daquela arma, com que está acostumado a trabalhar.

O Sr. Pompeu de Souza — É contra as outras armas.

O Dr. Mário Kroeff — O cirurgião sabe manejar o bisturi e o radioterapeuta domina os raios emanados do rádio ou dos raios X. Agora, existe também o que chamamos clínico, pressuroso em entrar na terapêutica cancerológica.

Já é clássica essa disputa entre a cirurgia e a radioterapia, mas a percentagem de cura, de uma e outra, sejam verdadeiros, é mais ou menos a mesma em certos casos. Esta a verdade.

O Sr. Pompeu de Souza — Pelo que vemos a matéria foi discutida sob todos os aspectos, do ponto de vista do diagnóstico e da terapêutica. Tratemos, agora, da profilaxia.

O Dr. Sérgio de Azevedo — Há uma profilaxia específica, mas essa é no domínio profissional. Do ponto de vista estrito do termo, só temos uma: é a profilaxia do câncer profissional, nos indivíduos que lidam em certas indústrias, com substâncias tidas como cancerígenas: alcatrão e derivados, assim como os que trabalham em minas de radium e outras substâncias radioativas. Nos Estados Unidos e em outras nações em que essas indústrias existem em grande número, os trabalhadores são protegidos para não ficarem sujeitos às irradiações continuadas, constantes dessas substâncias químicas, suscetíveis de produzir formações malignas, principalmente para o lado da pele.

As primeiras observações a respeito datam de centenas de anos, desde mil setecentos e pouco. Foram feitas por um médico inglês, Percival Pot, que ob-

servou uma série de lesões cancerosas em rapazes que tinham a profissão de limpar as chaminés. Verificou êle que a fuligem produzia uma irritação na pele que degenerava em câncer, tal como hoje se obtém pincelando a orelha de um coelho, chamado câncer por irritação. A fuligem, nesses limpadores de chaminés, causava formações malignas da pele. Daí poder-se explicar a incidência comum desses cânceres nos trabalhadores de minas de alcatrão e substâncias derivadas. Por isso, agora, quando êsses operários entram para as fábricas, são submetidos a exames rigorosos. Primeiro, os americanos escolhem os indivíduos de cor escura, porque o pigmento da pele constitui uma resistência contra a formação desses tumores. Os indivíduos de tez muito clara, de olhos azuis, são predispostos, são mais sujeitos a doenças da pele, sofrem do chamado câncer do sol. Basta a exposição prolongada e repetida aos raios solares, por algum tempo, para preparar o terreno ao câncer nesses indivíduos. Nessas fábricas, portanto, escolhem indivíduos fortemente pigmentados.

O câncer cutâneo entre os negros é raro, em relação aos brancos, pois sua pigmentação forma uma espécie de defesa contra os agentes externos.

É preciso que se saiba que as irritações de qualquer natureza são tidas hoje como cancerígenas, irritações crônicas de qualquer ordem, sejam físicas, como os raios solares, sejam químicas como o alcatrão e derivados, ou sejam biológicas, como as dos próprios hormônios de nosso organismo, quando desviados de suas funções normais, podem se tornar cancerígenos. A foliculina é suscetível de produzir câncer da mama. E

hoje em dia no tratamento do câncer da mama, ao lado da cirurgia faz-se, também, a terapêutica adequada aos ovários.

Tudo isso constitui uma série de problemas de grande interesse médico. Na população comum não há propriamente meio específico de se evitar o câncer, apenas se aconselha o seguinte: fugir das intoxicações, uso moderado do álcool, do fumo, bons hábitos alimentares, bons hábitos de vida, fugir das irritações, etc.

O Dr. Osolando Machado — Há uma nova lei de proteção aos radiologistas, elaborada no Governo passado e sancionada há poucos dias pelo presidente da República. Ela dá dois períodos de férias por ano e limita a jornada diária de serviço para os que trabalham com raios X e matérias irradiantes, não só para evitar que tenham lesões no sangue, como que não venham a sofrer futuramente de câncer nas mãos e outras partes mais expostas às irradiações.

O Sr. Pompeu de Souza — É matéria, portanto, que se enquadra perfeitamente no que disse o dr. Sérgio de Azevedo. Há então uma profilaxia específica, profissional, mas uma profilaxia geral da doença não existe.

O Dr. Osolando Machado — Em absoluto.

O Dr. Mário Kroeff — O que chamamos de profilaxia da doença, em linguagem comum, está mal aplicado, porque a nossa profilaxia é o diagnóstico precoce, é alertação do público na prevenção pelo tratamento oportuno, para que esteja atento a qualquer manifestação anormal em sua vida, para que o diagnóstico seja elaborado a tempo e a tempo aplicado o tratamento adequa-

do. Essa profilaxia está se aperfeiçoando cada vez mais, não só no conhecimento das causas externas de irritação, continuada, repetida, como agentes de cancerização, mas também, nesses outros agentes de ordem interna, intrínseca do organismo, de origem hormonal. No estudo dos hormônios, na endocrinologia, enfim, assenta uma grande esperança no problema do câncer.

Sabemos, por exemplo, que a gravidez está intimamente ligada à formação do câncer. A gravidez é um fenômeno de crescimento, e, como o câncer também é um fenômeno de crescimento celular anormal, há nisso certa correlação. Tivemos, no Serviço Nacional de Câncer, um caso que nos serviu de exemplo: uma doente que tinha câncer na região umbilical, em período de gravidez. Foi tratada normalmente. Na segunda gravidez, repetiu-se a lesão; foi tratada; na terceira e na quarta, também, a ponto dela dizer: doutor, parece que eu estou grávida, porque o meu câncer está dando prurido.

O Sr. Pompeu de Souza — O câncer, então, era elemento de diagnóstico da gravidez. (Riso).

O Dr. Mário Kroeff — Então, no fim de 4 anos a doente evitou a gravidez por três anos, e durante êsses três anos não teve manifestação alguma. Ao fim de três anos, ela engravidou de novo, aparecendo novamente a lesão. Quer dizer, há uma correlação entre a gravidez e a multiplicação celular, o que facilita o desenvolvimento ou aparecimento do câncer. Hoje, admite-se que o excesso de foliculina circulante no sangue feminino é elemento coadjuvante no desenvolvimento do câncer, latente ou já em evolução declarada.

O Dr. Adair Eiras Araujo — O que eu queria salientar o dr. Kroeff já esclareceu: a profilaxia do câncer, hoje, está no próprio diagnóstico precoce da doença.

Existem, hoje, numerosas clínicas de diagnóstico precoce, nos Estados Unidos. Lá são examinados indivíduos normais, principalmente as mulheres, que não apresentam sintoma algum e são submetidos então a um exame especializado, por médicos especialistas que procuram verificar nos órgãos em que o câncer é freqüentemente encontrado a existência de pequenas lesões discretas, até então despercebidas clinicamente, absolutamente assintomáticas.

Se fizermos isto estaremos realizando a profilaxia do câncer: exames periódicos, de seis em seis meses, depois do indivíduo atingir os 35 anos, idade em que o câncer passa a ser mais freqüente.

O Sr. Pompeu de Souza — Teríamos, então, que fazer exame de toda a população, periodicamente.

O Dr. Adair Eiras Araujo — Sim, exames periódicos de toda a população que atingisse a idade do câncer.

O Sr. Pompeu de Souza — Caimos, agora, num ponto que eu desejaria esclarecer, porque interessa muito ao povo. Entre o povo há grande preocupação na questão do grau de incidência do câncer, com relação ao sexo e à idade.

O Dr. Adair Eiras Araujo — Eu queria dizer, antes de terminar, que entre nós já foi criado, no IPASE, onde trabalho também, uma clínica de prevenção do câncer, clínica de diagnóstico ultra-precoce.

Há também no Instituto de Ginecologia, na cátedra do prof. Arnaldo



de Moraes, um serviço preventivo no exame ginecológico das mulheres.

O Sr. Pompeu de Souza — Eu pediria, para ordenar os trabalhos, conceder a palavra ao dr. Mário Kroeff.

O Dr. Mário Kroeff — O dr. Pompeu de Souza levantou o problema do índice de incidência do câncer, com relação ao sexo e à idade.

Em primeiro lugar podemos dizer que as estatísticas de mortalidade registram uma incidência muito maior nos centros adiantados do que nos atrasados. Num país como os Estados Unidos, as percentagens são muito mais elevadas do que na América do Sul. Pode-se dizer, mesmo, de um modo sucinto, que o câncer é a doença da civilização. Tanto mais adiantada a nação, mais perseguida pelo câncer. As percentagens mais elevadas encontramos justamente na Suécia, na Alemanha e outros países nórdicos super-civilizados; eles têm, como possuem, também, alguns Estados no norte dos E. Unidos, mais de 100, 120, 130 mortes por ano em cada 100 mil habitantes. Aqui no Brasil temos: no Rio de Janeiro, 50 a 55 por ano, em cada 100 mil habitantes; em São Paulo é maior; na Argentina é maior ainda o índice.

O Sr. Pompeu de Souza — Não será isto devido à perfeição dos serviços estatísticos gerais desses países mais adiantados, e no nosso caso não haver o registro devido? Há, entre nós, muitas mortes por causa ignorada.

O Dr. Mário Kroeff — O senhor levantou exatamente a questão e feriu o problema no coração. São três os fatores que contribuem para essa diferença no índice de mortalidade por câncer entre os diversos países.

Em primeiro lugar, o melhor diagnóstico feito nos países adiantados. Lá, os meios são mais rigorosos e os certificados de óbito levados mais a sério.

Em segundo lugar, é que lá já desapareceram do obituário geral as causas-mortis por várias doenças que ainda campeiam entre nós. Por exemplo: não existe nem a febre amarela, nem a febre tifóide, nem a peste, nem a varíola, nem a malária, nem a mortalidade infantil, etc.

O Sr. Pompeu de Souza — Houve uma seleção de moléstias.

O Dr. Mário Kroeff — Houve uma seleção, justamente. A tuberculose, que em 1900 estava em primeiro lugar nos Estados Unidos, quando o câncer estava em 8.º, passou, hoje, para o 9.º lugar, enquanto o câncer figura em 2.º. As doenças do coração ocupam o primeiro lugar, com mais de duzentas mil mortes por ano, e o câncer ocupa o 2.º lugar, com 180 mil mortes por ano.

Agora, por que houve esse aumento? — É porque aumentou também a longevidade do homem americano. Eliminando essas doenças comuns que abatem o homem na adolescência, na infância, ele adquiriu longevidade muito maior. O homem americano, hoje, vive em média 64 anos e a mulher 65, ao passo que no Brasil estamos ainda na fase de uma média de vida de 40 anos. Estamos na época do americano de 1900, que já eliminou no seu coeficiente de mortalidade várias doenças. Nós temos, aqui, ainda a tuberculose em primeiro lugar. Com uma mortalidade dez vezes superior à dos americanos do Norte, os E. Unidos têm 40 mortes por ano em cada 100 mil habitantes e nós temos cerca de 400. Como eu já disse uma vez, na América do

Sul a população morre no caminho, antes de atingir à idade do câncer, que começa depois dos 35 anos. O câncer mata muito mais nos outros países, porque sua gente chega à idade madura em muito maior número.

Esta vale como explicação para mostrar a diferença de mortalidade satisfazendo a pergunta levantada.

Agora o dr. Alberto Coutinho dirá duas palavras sôbre questão que êle acha de grande importância: as lesões pré-cancerosas.

O Dr. Alberto Coutinho — Completando a explanação do dr. Sérgio de Azevedo, a respeito da profilaxia do câncer, temos a informar que esta não se pratica sômente evitando que os trabalhadores fiquem expostos aos fatores ditos cancerígenos, por êle mencionados.

Penso que faz parte integrante da profilaxia do câncer o combate sistemático às chamadas lesões pré-cancerosas.

Que devemos entender por lesões pré-cancerosas?

Assim se denominam certas lesões que, inicialmente benignas, podem se transformar em câncer. Aí estão certos tumores mamários, os sinais da pele geralmente escuros, chamados melânicos, as placas ditas leucoplásicas, observadas na bôca, principalmente na dos fumantes, e também encontradas nos órgãos genitais externos femininos.

Ora, se fizermos a remoção dessas lesões ou outras semelhantes, estaremos, logicamente, fazendo a profilaxia do câncer.

Vê-se, pois, que a profilaxia não se encontra apenas no âmbito profissional. É justamente na procura das chamadas lesões pré-cancerosas que se ba-

seiam as clínicas ditas de prevenção do câncer.

A prevenção do câncer, como o nome indica, é evitar o câncer. Se afastarmos os agentes cancerígenos e extirpamos as chamadas lesões pré-cancerosas, logicamente praticamos profilaxia, senão integral, pelo menos bem orientada, em relação ao câncer.

O Sr. Pompeu de Souza — O dr. Alberto Coutinho versou, portanto, o ponto de vista de que se pode fazer a profilaxia do câncer, em desacôrdo com a tese sustentada pelo Dr. Sérgio de Azevedo...

O Dr. Alberto Coutinho — Não digo que estava contra a tese do dr. Sérgio de Azevedo.

O Dr. Mário Kroeff — É uma questão puramente de termos. Estão discutindo sôbre a significação do termo "profilaxia".

Profilaxia, na verdadeira acepção da palavra, é o que diz o dr. Sérgio de Azevedo — evitar; mas o dr. Alberto Coutinho também tem razão, pois, removendo lesões predisponentes ao câncer, realiza-se igualmente a profilaxia. O dr. Adair Eiras de Araujo chegou mais longe. O que chamamos de profilaxia é o diagnóstico precoce. Prevenção, no caso, seria preservar, com o diagnóstico de modo precocíssimo. Diagnóstico realizado, a ponto tal que, mesmo não tendo qualquer lesão suspeita, o indivíduo deva ser examinado periódicamente, de modo sistemático, dos pés à cabeça, de seis em seis meses, depois dos 35 anos, na chamada idade do câncer, principalmente entre as mulheres, que têm dois órgãos de eleição no aparecimento do câncer — as mamas e órgãos genitais.

O Sr. Pompeu de Souza — Então, o grau de incidência com relação à idade é tanto maior quanto mais avançada a idade; a partir dos 35 anos é mais acentuado. Com relação ao sexo, a mulher é mais atingida do que o homem.

O Dr. Mário Kroeff — A mulher paga pelos órgãos genitais ao passo que o homem paga pelo estômago e pela bôca. Há mais ou menos um equilíbrio, sendo que na mulher o índice é um pouco mais elevado. A proporção poderíamos enunciar assim: 10% e 12% da mortalidade nos Estados Unidos, hoje, correm a conta do câncer. Podemos, mesmo, dizer que em cada 8 homens dos presentes 1 morrerá de câncer e em cada 7 mulheres, uma será atingida. Nos Estados Unidos, já fizeram o cálculo sobre o tributo que ao câncer vai pagar a atual geração americana. Se aquêlê país tem 170 milhões de habitantes e se 10 a 12% das mortes correm a conta do flagelo, 17 milhões de criaturas vão morrer de câncer nos Estados Unidos. É, na verdade, um peso e tétrico tributo.

O Sr. Pompeu de Souza — Creio, então, já têmos examinado o problema do câncer, sob todos os pontos de vista — o do diagnóstico precoce, da terapêutica e da profilaxia.

Mas, para finalizar esta mesa redonda, peço que fale o dr. Mário Kroeff, a quem o dr. Napoleão passou a palavra no início dos nossos trabalhos. Quando lhe perguntei sobre o programa desta campanha, à qual êle pretendia dedicar tôda sua vida, e indaguei sobre o que tencionava realizar de prático e concreto, respondeu-me êle que ao dr. Mário Kroeff competia planejar a parte executiva do assunto. Peço, pois, ao dr. Mário Kroeff que nos diga o que

é o Serviço Nacional de Câncer, o que tem feito, o que precisa fazer e o que se pode lucrar dessa campanha a que o dr. Laureano dedicou sua vida com um devotamento sem par, criando um estado emocional que permite auxílio vultoso à obra.

O Dr. Mário Kroeff — Antes de entrar nessa parte pessoal do caso do dr. Laureano, vou responder à pergunta que me foi atribuída pelo dr. Laureano.

Como o Governo e o público podem vir em apoio da causa sustentada por Napoleão Laureano, que tão devotadamente se entregou ao problema do câncer, incluo também, aqui, as minhas homenagens, porque acho edificante ter um homem os dias contados e estar ainda pensando no próximo. Qualquer outro indivíduo, em melhores condições, já se encontraria no fundo de uma cama, ditando suas últimas disposições, entregue à fatalidade. O comum na vida é haver uma reação natural de revolta nas criaturas, em face da dor e do infortúnio. Pois êste homem, já com suas fôrças físicas alquebradas, ainda sente fôrças morais, capazes de levantar sua própria matéria e conduzir uma campanha como esta, que serve de exemplo vivo a todos, exemplo tétrico que ora é focalizado, e para o qual devemos chamar a atenção do público, do governo e dos afortunados. Dêstes principalmente. Tendo êles já usufruído alguma coisa da sociedade, que revertam, em benefício coletivo, algo que venha minorar a situação dos que sofrem, como prêsas do câncer.

Em primeiro lugar, não há erário capaz de, por si só, arcar com a responsabilidade da assistência a todos os doentes de câncer. O problema é de

tal modo vultoso que em país algum podem os governos enfrentá-lo sôzinhos. Seria pretensão, portanto, exigir que o Governo custeasse o tratamento e a assistência dos cancerosos no país inteiro. Pleiteamos dêle, é verdade, um Instituto Central, na Capital da República, como existe em todos os países civilizados — Estados Unidos, Suécia, França, Inglaterra. Esse instituto servirá de modelo, de norma no tratamento, de aperfeiçoamento na formação de técnicos; será um padrão de natureza prática e teórica a ser adotado pelos seus congêneres. Há muito tempo vimos nos degladiando em favor de Instituto nesse gênero. Parece que agora entrará em conclusão, com as obras já realizadas, na Praça da Cruz Vermelha. Aquêlc arcabouço que ali existe e que todo mundo pergunta o que será aquilo!? Vai ser a sede do Instituto Nacional do Câncer. Isto, aliás, já nos prometeu, pessoalmente, o presidente Getúlio Vargas.

Independente disto, que deve ser realizado na Capital, o Brasil com sua imensa extensão territorial não pode ficar entregue à sua sorte. Não se cogita de remover doentes da Paraíba, do Rio Grande do Norte, para o Rio de Janeiro. Seria um movimento interminável de doentes a se concentrar na Capital e a serem recambiados quando, logo à chegada, muitos fôssem tidos como incuráveis. Devemos fazer sedes regionais de tratamento do câncer nos Estados. É neste sentido que o Serviço Nacional de Câncer vem agindo. Por convênios entre a União, os Estados e a iniciativa privada. Queremos desenvolver a iniciativa privada, de modo a cooperar com o Governo. Nessas instituições o trabalho é sempre mais barato do que nos serviços públicos em geral.

Todos sabem quanto custam o Loide e a Central. Já temos convênios com Belém, Fortaleza, Recife, Aracaju, Alagoas, Bahia, Vitória, Curitiba e pretendemos, para o ano de 52, destinar uma verba a outras unidades que ainda não foram contempladas — Maranhão, Paraíba, Santa Catarina e Goiás. Mas acontece que cortaram as verbas que tínhamos previsto para este fim. O DASP nos cortou 7 milhões de cruzeiros. Propusemos uma verba de auxílio a estes Estados, e ela nos foi reduzida a um quarto.

É muito fácil o Governo auxiliar a campanha promovida pelo dr. Laureano. Basta restabelecer essa verba, que o S.N.C. a distribuirá equitativamente, contemplando a Paraíba. Então conjuntamente serão aplicados os recursos da contribuição pública que está compreendendo a elevação do apêlo, justamente porque foi lançada por um homem cheio de idealismo e que consagra a ela os últimos dias de sua vida, quando está com a morte a quatro passos de distância. “Minha terra a Paraíba”, como êle falou, e é natural seu sentimento regionalista, já que não pode cogitar de todo o país. Êle quer um centro de tratamento na Paraíba. O Governo deve conceder, o povo deve ajudar como também cooperar deve o Governo do Estado da Paraíba. Neste sentido, pode-se ajudar a obra idealizada por êle que, como disse, não quer morrer sem ver fundado, ao menos, êsse centro de combate ao câncer em sua terra.

Êle fala também na pesquisa, essa mesma pesquisa que o dr. Sérgio de Azevedo defendeu com tanto ardor. Esta exige laboratórios para trabalho daqueles que vão estudar a formação do câncer, as origens do mal, para que

possa resultar daí talvez o tratamento específico, naquele gênero que pretende o dr. Sérgio, de cura radical de todos os casos. Sairá então o tratamento dos limites a que se acha adstrito, limites restritos de curabilidade do câncer, em face das armas atuais — cirurgia, raios X e rádio, e em razão das percentagens de cura, condicionadas às várias localizações da doença, já referidas anteriormente.

O Sr. Pompeu de Souza — Perguntaria, agora, ao dr. Mário Kroeff como aplicar esses recursos da contribuição popular. Serão encaminhados a uma repartição do Governo, como é o Serviço Nacional de Câncer, ou a uma fundação? Qual o plano? Isto é importante, porque os auxílios estão aparecendo de maneira inesperada. Aquela doação a que me referi, aberta numa emissora entre o seu pessoal, dos 70 mil cruzeiros iniciais, já subiu a duzentos mil. Assim, é possível que esses recursos ascendam a uma soma vultosa. E eu pergunto, então, qual seria o modo de aplicar-se praticamente esses recursos.

O Dr. Mário Kroeff — Esses fundos arrecadados não podem ser entregues pessoalmente ao dr. Laureano, porque está com a vida contada. Morrendo, o dinheiro ficaria sujeito à sucessão. Devemos receber e constituir, o mais rapidamente possível, uma entidade; se não se puder, entregar à direção desse hospital de que êle fala, o Hospital São Cristóvão, que se constituiria logo em entidade jurídica, isto é, o centro de tratamento do câncer desejado. Esse hospital faria logo um convênio com o Governo para a sua instalação e manutenção.

Nós temos, por exemplo, aqui no Rio de Janeiro, a Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos, instituição criada pelos médicos do Serviço Nacional de Câncer, há dez anos, entidade privada que, embora ainda não reconhecida de utilidade pública, tem esse caráter. Mas, a ironia é que a associação está pagando até imposto predial. Essa instituição, com sede na Penha, tem feito campanhas dessa natureza, para angariar fundos, em benefício dos incuráveis, esses que vêm do interior em busca de tratamento no Serviço Nacional de Câncer. Chegam aqui esperançosos, animados pelos anúncios dos jornais e muitos verificam logo a impossibilidade de cura. Não têm meios de voltar à sua terra. Antes, viam o Rio de Janeiro como sua Canaan sonhada, como alívio das dores e, uma vez desiludidos, querem morrer em sua terra. Faltam-lhes, porém, aqui, os meios de regresso. Cumpre-nos então alojá-los, hospitalizá-los, não no Serviço de Câncer, que paralisaria, assim, suas preciosas instalações. Nossa Associação, na Penha, começou do nada, com contribuição de 5 a 10 cruzeiros de cada um e hoje já possui um terreno de 11 mil metros quadrados, uma sede para 40 doentes e está construindo um hospital para 100 leitos. Tudo tem sido feito com contribuição popular, arrecadada daqui e dali. Martinelli nos ajudou muito, Luis Gonzaga, Mário de Almeida, bem como a Sra. Darcí Vargas. Fizemos uma festa nos jardins da Sra. Bezanoni Lage, que nos rendeu 990 mil cruzeiros. A mesma coisa poderia fazer o Hospital São Cristóvão, que é a menina dos olhos do dr. Laureano.

O Dr. Osolando Machado — Acho que os particulares poderiam perfeita-

mente auxiliar o Governo. Já que as leis não permitem donativos diretos ao Governo, poderiam êles ser feitos indiretamente. Por exemplo: temos necessidade de técnicos. Poderiam, então, constituir bôlsas, controladas pelos próprios doadores, para mandar vir técnicos estrangeiros ou mandar técnicos nossos estudar no estrangeiro. Poderiam, também, adquirir aparelhos para os serviços.

Com isso aliviaríamos não só o pêso das despesas do Governo, como, também, auxiliariam de maneira mais eficaz os órgãos centrais. Primeiro precisamos consolidar os órgãos centrais, criados pelo Governo; depois, então, a periferia.

O Sr. Pompeu de Souza — A solução talvez estivesse na criação de uma grande fundação de combate ao câncer, em que a iniciativa privada se casasse à do poder público, coordenando e planejando todo o conjunto de combate ao câncer.

O Dr. Sérgio de Azevedo — E dar à instituição o nome de "Fundação Laureano".

O Sr. Pompeu de Souza — A idéia ocorreu simultaneamente a todos nós.

Desde já peço, então, aos senhores, que nos associemos nessa Fundação Laureano, que a consideremos fundada pelos presente. O "Diário Carioca" dará a sede à Fundação, provisoriamente, enquanto não se arranjar uma sede definitiva.

O Dr. Sérgio de Azevedo — E nós seremos os sócios fundadores. Depois viria, então, a programação, destinando-se uma parte para as pesquisas, outra para hospital, outra para bôlsas, etc.

O problema no momento seria arrecadar os fundos necessários.

O Sr. Pompeu de Souza — Façamos, então, uma ata de criação da Fundação Laureano, e os presentes serão os fundadores.

O Dr. Mário Kroeff — E deixaremos na presidência o jornalista Pompeu de Souza.

O Sr. Pompeu de Souza — O senhor é o presidente nato.

O Dr. Mário Kroeff — É até bom que seja um elemento estranho ao mundo médico, um jornalista como o senhor, por exemplo.

Indico, assim, o nome do sr. Pompeu de Souza para presidente da Fundação. (Palmas). O nome indicado foi aprovado por aclamação.

O Sr. Pompeu de Souza — Os senhores me comovem. Não me sinto, absolutamente, à altura do encargo, por ser leigo na matéria. Mas já que a indicação parte de tão eminentes cientistas, considero desde já — tendo como orientadores essas figuras — a obrigação de aceitar o encargo, o que faço com o maior entusiasmo prometendo dar à causa o meu mais completo devotamento.

O dr. Osolando Machado — O senhor tem o devotamento, a energia e o caráter — é o que basta para a Presidência.

O Dr. Sérgio de Azevedo — Sugeria, então, que essa resolução na mesa redonda fôsse comunicada imediatamente ao dr. Napoleão Laureano.

O Sr. Pompeu de Souza — Assim que êle descer de Petrópolis, eu farei a comunicação.

O Dr. Osolando Machado — Tenho uma proposta a fazer: considerar D. Darcy Vargas, apesar de ausente, também como sócia fundadora. Se temos alguma coisa realizada no Brasil em matéria de combate ao câncer, a ela devemos.

O Sr. Pompeu de Souza — Eu vou além. Pondo de lado qualquer antagonismo político que me possa separar atualmente do governo Getúlio Vargas, proponho que D. Darcy seja eleita Presidente de Honra da Fundação. (*Muito bem*).

O Dr. Mário Kroeff — A indicação é feliz, porque a Senhora Darcy Vargas é a protetora dos cancerosos no Brasil e tem nos ajudado muito no problema do câncer. Presidiu há 10 anos a primeira assembléia da Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos; depois, na presidência da Legião Brasileira de Assistência ajudou-nos contribuindo para que pudéssemos de uma feita pagar nossas dívidas no Asilo dos Cancerosos da Penha; e no Serviço Nacional de Câncer, quando estive nos Estados Unidos, ela é que tomou à frente a defesa dos cancerosos, quando o Centro de Cancerologia foi despejado do Hospital Estácio de Sá que a Polícia Militar havia encampado. Na minha ausência, ela, em pessoa, tomou a defesa dos cancerosos, que foram transferidos dali para outro local provisoriamente. Sem ela talvez o S. N. C. tivesse sofrido uma lacuna em sua continuidade.

O Sr. Pompeu de Souza — Então é uma figura realmente tutelar.

Acabo, também, de receber notícia de mais uma doação. A “Empresa de Publicidade Elan”, por um de seus diretores, acaba de doar dez mil cruzeiros à Fundação Laureano.

O Dr. Mário Kroeff — Posso, então, acrescentar que ouvi de um dos diretores da Sul América que essa empresa estava pronta a contribuir para esse movimento tão cheio de humanidade.

O Sr. Pompeu de Souza — Acabo, também, de receber do gerente do “Diário Carioca” a informação de que todas as empresas associadas ao “Diário Carioca” — o próprio “Diário Carioca”, Erica Elan, Sombra — não só pelos diretores como pelos seus empregados dão um dia de trabalho à Fundação Laureano.

Como vemos as doações crescem automaticamente.

O Dr. Sérgio de Azevedo — Proponho que todos os médicos do Serviço Nacional de Câncer contribuam imediatamente com um dia de salário, imitando o belo gesto do “Diário Carioca” e suas empresas.

O Dr. Mário Kroeff — Os médicos do S.N.C. que já são contribuintes da Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos, e muitos deles ora fundadores da Fundação Laureano, estou certo não se negarão a contribuir.

O Sr. Pompeu de Souza — Creio que precisamos logo instituir um tesoureiro. Neste caso, já que somos os membros fundadores, e eu fui investido, por aclamação, na Presidência, já designei provisoriamente o sr. Luiz Paula Santos para secretário executivo e vou designar um tesoureiro. Os senhores são médicos e geralmente não têm os médicos muita vocação para lidar com dinheiro. Indico, então, o sr. Zélio Valverde, gerente do “Diário Carioca”. (Palmas).

O sr. Zélio Valverde, nosso tesoureiro por aclamação, acabou de encar-



regar o sr. Henrique de Moura Liberal para movimentar-se e arranjar dinheiro com toda a gente. O sr. Liberal seria, então, o diretor de Publicidade.

Eu não entendo muito de organização de fundações e vou, então, pedir ao dr. Justo de Moraes, velho amigo e homem muito eminente, para se encarregar do preparo dos estatutos.

Designo como Conselheiros Consultivos todos os demais membros fundadores aqui presentes. O dr. Justo elaborará este anteprojeto de estatutos e nós o discutiremos numa reunião que convocaremos para a primeira oportunidade.

Quero comunicar que o pintor Santa Rosa acaba de oferecer sua cooperação gratuita para toda propaganda da Fundação Laureano, como desenho de selos, etc.

O Dr. Alberto Coutinho — Sugiro seja encaminhada ao governo sugestão no sentido de que mande ao Congresso mensagem autorizando o lançamento de emissão de um selo postal, cuja renda se incorporaria aos fundos da Fundação Laureano.

O Sr. Pompeu de Souza — Como vemos esta mesa redonda transformou-se em assembléia de fundação. Só temos que nos congratular com isto, pois passamos do debate puramente especulativo para a realização concreta.

Acabo de receber a informação de que a Sociedade Brasileira de Radiologia Médica contribuiu para a Fundação Laureano com cinco mil cruzeiros.

Assim, a mesa redonda acabou por si mesma transformando-se numa fundação. Fizemos, aliás, o melhor que podíamos fazer.

O Dr. Mário Kroeff — Então, os meus parabens ao sr. Pompeu de Souza, que tão bem soube dirigir os trabalhos e tirar resultado prático desta mesa redonda.

O Sr. Pompeu de Souza — Muito obrigado.

Agradeço a presença de todos os senhores, a colaboração que todos virão a prestar à Fundação Laureano, e vamos para essa campanha com o entusiasmo e devotamento que nos inspira o gesto desse homem que tem dias de vida apenas e entrega tudo que lhe resta em favor dos outros.

Agradeço, igualmente, o comparecimento de todos os colegas dos jornais e estações de rádio, por nós convidados, a esta mesa redonda, dando testemunho do interesse com que seguem a campanha deste jovem e heróico médico brasileiro, que é das melhores a que se possam dedicar a imprensa e o rádio do país.



Texto integral do relatório médico do Dr. Napoleão Laureano

Histórico da evolução da doença desde o primeiro sinal, em novembro de 1949. — Os efeitos das diversas terapêuticas, inclusive a do Krebiozen.

É o seguinte, na íntegra, o relatório dos médicos assistentes do Dr. Napoleão Laureano sobre o estado de saúde do médico-mártir, remetido, por intermédio do Itamarati, ao cônsul brasileiro em Chicago para que atenda às solicitações, nesse sentido, feitas pelo descobridor do Krebiozen, dr. Stevan Durovic:

“Dr. Napoleão Laureano, branco, brasileiro, médico, casado, com 36 anos de idade.

HISTÓRIA — Há 16 meses, em novembro de 1949, consultou o dr. Mário Kroeff, nesta capital, porque apresentava um nódulo indolor do epidídimo esquerdo, do tamanho de um grão de ervilha. O doente seguiu logo após para Buenos Aires em viagem de estudos, onde fez estágio em serviço de cancerologia. Regressou daí diretamente para a Paraíba. Lá, ao cabo de 6 meses, em junho de 1950, sentiu dores no rebórdo alveolar superior esquerdo, em relação com um dente molar. Uma radiografia revelou imagem de granuloma. Praticada a extração de um dente e depois mais dois outros, foi o material do suposto granuloma enviado a exame microscópico. Este deu resultado de actinomicose. Com este diagnóstico, fez tratamento com altas doses de iodeto de sódio, penicilina, estreptomina e radioterapia na face. Nessa época, éle próprio já tinha suspeitado de uma lesão maligna e transmitia os seus receios à espôsa: “eu tenho é câncer e estão me tratando inútilmente com iodeto”. Ao cabo de algum tempo, dezembro de 1950, o processo alveolar agravou-se, a radiografia mostrou um processo com opacificação intensa no nível do seio do maxilar esquerdo. As dores fortíssimas obrigaram a mandar praticar o esvaziamento do antro com trepanação da fossa canina. Seguiram-se melhoras com o desaparecimento das dores. O material retirado na ocasião foi mandado a Recife, onde o dr. Barros Coelho firmou o diagnóstico de linfossarcoma. Com este diagnóstico embarcou para os Estados Unidos em 15 de janeiro de 1951. Internou-se no “Memorial Hospi-

tal”, onde repetiram o exame microscópico do material colhido da lesão do seio do maxilar superior, levado para lá pelo próprio doente. O resultado confirmou o anterior: linfossarcoma. Operaram-lhe então a lesão testicular, onde havia o nódulo já referido. Foi praticada a orquiepididectomia esquerda. O exame microscópico confirmou os outros.

Refere o doente que, ao chegar ao “Memorial Hospital”, tinha várias cadeias linfo-ganglionares comprometidas: no pescoço, no mediastino, na axila direita, no abdomen, na cavidade orbitária e regiões inguinais. Radiografias feitas ali não revelaram as lesões ósseas no ilíaco direito, cabeça e colo do fêmur ora existentes. Lá fizeram, além de vários hemogramas, também mielograma por punção esternal. Fêz radioterapia visando os gânglios do pescoço, maxilar superior e articulação coxo-femural, pelas dores atribuídas às compressões nervosas. Em tôdas essas regiões, a reação foi rápida e sensível aos raios X, êstes fazendo não só regredirem as dores, como o volume dos gânglios atacados. Refere que teve por duas vêzes crises dolorosas no membro inferior direito, que desapareceram com duas aplicações de radioterapia. O mesmo aconteceu com um gânglio abdominal, saliente do nível do epigástrico, que produziu acentuadas crises dolorosas. Não só o gânglio regrediu como as dores nunca mais reapareceram, nesse ponto, depois de 6 aplicações.

Em fevereiro, fêz também uso da mostarda nitrogenada em duas doses, logo abandonadas pelas reações negativas e pela queda brusca que produziu na fórmula sanguínea, segundo informou o paciente.

Em 6 de março deixou os Estados Unidos com prognóstico sombrio declarando os médicos que nada mais havia a fazer. Deram-lhe a perceber que seus dias estavam contados.

Outros detalhes técnicos sobre os exames e tratamento poderão ser obtidos no "Memorial Hospital" de Nova York.

Rio de Janeiro — Ao chegar a esta cidade, em 16 de março, foi recebido no aeroporto pelo dr. Mário Kroeff, tendo descido carregado do avião. Apoiava-se em duas pessoas. Já usava uma muleta, porque mal podia firmar sobre o membro inferior direito.

No dia 17, o dr. Mário Kroeff foi vê-lo a domicílio e ele então lhe pediu que o examinasse porque com ele desejava se submeter a novo tratamento. Apresentava então gânglios francamente aumentados de volume no pescoço, na axila direita e nas regiões inguinais de ambos os lados. Olho esquerdo profuso, por tumor retro-bulbar, ocasionando diplopia. Dores vagas em todo o membro inferior direito.

Seu diagnóstico de linfossarcoma, bem como o estado de generalização da doença foram relatados na Mesa Redonda de cancerologistas na sede do *Diário Carioca* nesse mesmo dia, 17 de março.

Todos consideraram o caso como de prognóstico grave. Insistiu várias vezes para que se pronunciasse o dr. Kroeff sobre o tempo de sobrevivência, calculou-se em 3 meses, baseado no seu estado geral, ainda relativamente bom.

Como o presidente da República tivesse ordenado que nada faltasse na assistência ao doente, resolveu o dr. Kroeff levá-lo para o Hospital Gaffrée-Guinle, a fim de que ali melhor pu-

desse se aproveitar das instalações do Serviço Nacional de Câncer. Em princípio deveria logo fazer uso da radioterapia, atacando-se aqui e ali os pontos mais urgentes. O paciente recusou internação.

No dia 19 foi levado o doente ao Serviço Nacional de Câncer e submetido a uma série de exames: clínicos, hematológicos, radiológicos e outros. Fêz também logo uma aplicação de radioterapia (raios X), visando-se um gânglio linfático da região inguinal esquerda que se apresentava doloroso e aumentado de volume. As dores aí cederam em 24 horas, tal a sensibilidade das lesões à radioterapia. Os exames radiológicos também no mediastino, lesões ósseas no ilíaco, cabeça e colo do fêmur direito, sendo que neste último osso as lesões tinham aspecto de rarefação óssea. Idem, lesões no maxilar superior esquerdo.

O hemograma revelou 3.600.000 hemátias e 3.000 leucócitos. Nesse mesmo dia, 19, foi feita a primeira transfusão de sangue fresco, 400 cc.

No dia 20, foi praticado um mielograma por punção do esterno, tendo revelado hipoplasia da medula óssea. O resultado segue, anexo.

Apesar dessa baixa na série branca, foi feita, no dia 25, nova aplicação de radioterapia, visando-se a lesão ocular esquerda, devido às dores e à diplopia que se agravava. Melhorou em 48 horas.

Seguiu-se terapêutica de tonificação geral e de excitação medular: ácido fólico, poli-nucleotidos, vitaminas, extrato hepático, etc.

Recebeu daí em diante várias transfusões de sangue, de 4 em 4 dias, num total até hoje (19 de abril) de 8 transfusões de 400 cc. cada uma. A tempe-



ratura máxima, pulso e pressão arterial têm sido até hoje oscilantes, conforme relação anexa.

Na fórmula sanguínea, as modificações verificadas foram de: 3.000 leucócitos e 3.600.000 hematias no dia 19 de março; 3.000 leucócitos e 3.800.000 hematias no dia 24 de março; 3.800 leucócitos e 3.670.000 hematias no dia 3 de abril; 4.000 leucócitos e 3.400.000 hematias no dia 7 de abril; 4.200 leucócitos no dia 9 de abril; 5.200 leucócitos e 3.400.000 hematias no dia 10 de abril; 5.600 leucócitos e 3.500.000 hematias no dia 14 de abril; 5.200 leucócitos e 3.600.000 hematias no dia 19 de abril.

Do dia 27 em diante, o doente passou a ter crises dolorosas no membro inferior direito com irradiação para o pé.

No dia 29, as dores foram fortes, obrigando ao uso imoderado de analgésicos à base de aspirina, durante toda a noite. Pela manhã, teve estado sincopal com baixa de temperatura, 35 graus, pulso 80, quadrigeminado, suores frios abundantes e intenso mal-estar. Só se reanimou com transfusão de sangue.

No dia 6 de abril, teve dores fortíssimas, durante a noite, no membro inferior direito, o que obrigou pela primeira vez ao uso de morfina (duas injeções de pantopon). Amanheceu em condições de não tolerar o menor movimento nesse membro. Foi logo suspeitada a existência de fratura patológica do colo do fêmur. No dia 8, como a situação continuasse insuportável, foi colocado um aparelho de gesso, sob anestesia geral, imobilizado todo o membro inferior direito. As dores continuaram, embora mais moderadas, porque esse

aparelho provisório não produziu imobilização completa.

No dia 12, foi o doente removido para o Serviço Nacional de Câncer e substituído aquele aparelho por outro em melhores condições, em mesa ortopédica com a colaboração do dr. Hamilton Moreira. Radiografias feitas na ocasião mostraram a existência da fratura patológica já suspeitada, ao nível do colo do fêmur. As lesões ósseas aí anteriormente existentes mostravam-se um pouco mais extensas.

Depois desta imobilização, o doente praticamente não teve mais dores até o dia de hoje, 19 de abril. Permanece, desde então, internado num quarto do Hospital. Desde aí o apetite melhorou, dorme melhor apesar de ser obrigado ao uso de escofedal à noite. Estado geral também em melhores condições.

Desde o dia 17, 18 e 19 que o gânglio no maxilar direito, que conservava o mesmo tamanho de uma noz, desde a sua chegada ao Rio, passou a crescer, dobrando quase de volume e tornando-se doloroso. O doente reclama quando se lhe palpa. Ele mesmo pediu uma aplicação de raios X contra essa lesão que o tem incomodado pelas dores surdas e contínuas que provoca. Outros novos gânglios apareceram no dia 16 de março no pescoço, ao lado de antigos, ali existentes, já irradiados na América. A febre também tem se conservado nestes últimos dias. A lesão orbitária, que passara a aumentar ultimamente, reduziu-se de metade com as aplicações dos dias 12 e 14 de abril.

Fêz radioterapia nas seguintes regiões e datas:

Dia 19 de março, 200r — na região inguinal esquerda.

Dia 25 de março, 100r — na região orbitária esquerda.

Dia 10 de abril, 245r — na articulação coxo-femural direita.

Dia 12 de abril, 136r — na região orbitária esquerda e 245 r na articulação coxo-femural direita.

Dia 14 de abril, 136r — na região orbitária esquerda e 245r na articulação coxo-femural direita.

Dia 16 de abril, 170r — na região orbitária esquerda e 245r na articulação coxo-femural direita.

Dia 17 de abril, 210r — na articulação coxo-femural direita e 245r na axila direita.

Dia 19 de abril, 170r — na região orbitária esquerda e 245r na região cervical esquerda.

KREBIOZEN — Fêz a 1.^a injeção de Krebiozen no dia 2 de abril, segundo as prescrições da monografia original do dr. S. Durovic. As indicações que vieram posteriormente consistiam apenas na tradução do inglês para o português do trecho relativo à administração da droga. Teve reação atribuída ao medicamento 24 horas depois, constante de mal-estar, febre e insônia. A 2.^a injeção foi feita 72 horas depois, também por via intramuscular. Ao cabo de 48 horas teve a crise dolorosa, agudíssima, que correspondeu à fratura patológica, já referida anteriormente.

OBSERVAÇÃO — O que se observou após a aplicação do Krebiozen foi o seguinte: persistência das dores, conservação da febre, manutenção do mesmo volume dos gânglios já afetados (axila), aparecimento de novos gân-

glios palpáveis, até então imperceptíveis (pescoço), aparecimento de dores e aumento de volume em gânglio até então indolor (axila), fratura patológica (?) sobre lesões ósseas metastáticas. A favor assinala-se a ascensão do número de glóbulos brancos, conforme se pode verificar pela descrição anterior. Subiu num mês de 3.000 para 5.600. Num justo critério, fica porém a clínica em dúvida se se deve atribuir esta melhora à nova droga ensaiada, ou se proveio do uso das transfusões de sangue repetidas, do uso dos regeneradores da medula óssea que vem tomando, conforme se referiu neste relatório. Há uma coincidência que não deixa de ter seu valor apreciável: é que justamente agora está terminando o prazo de bloqueio da regeneração medular pelo efeito da mostarda nitrogenada que tomou em fevereiro nos Estados Unidos. Em nossa opinião, é prematuro qualquer juízo a respeito do Krebiozen. A segunda série está projetada para ser feita ao cabo do limite máximo estipulado pelo autor do produto (14 a 30 dias). A radioterapia concomitante foi feita, porque a própria monografia a autoriza. Além do mais, era imperioso o alívio para as dores que acusava o doente nos pontos que foram irradiados.

Confrontando a evolução de todos os sintomas na história aqui relatada, com as respectivas datas, poderão os interessados acompanhar os efeitos atribuíveis ao Krebiozen em relação aos principais fatos observados no doente.

Dr. Mário Kroeff — Diretor do Serviço Nacional de Câncer. *Dr. Benjamin Viveiros* — Clínico do Serviço Nacional de Câncer. *Dr. Antônio Pinto Vieira* —

Radioterapeuta do Serviço Nacional de Câncer. *Dr. Alberto Coutinho* — Chefe de Clínica do Serviço Nacional de Câncer.

Publicado com autorização do dr. Napoleão Laureano. O quadro de temperatura segue anexo. Idem os hemogramas e mielogramas.

Rio, 19-4-51. *Mário Kroeff*.

DIAS	TEMPERATURA	PULSO	T. A.	OBSERVAÇÕES
24 março	37°2		115 x 60	
25 "	37°2		110 x 70	
26 "	37°2		110 x 75	
27 "	37°4 até 39°	88	125 x 75	Crise dolorosa m. inf. direito.
28 "	36°2		110 x 75	
29 "	35°5	76	120 x 70	Dores contínuas e intensas. Crise de hipotermia, à noite, com ritmo quadrigeminado pelo uso de analgésico.
30 "	36°2	92	110 x 70	
31 "	37°8	92	110 x 65	Dores mais moderadas.
1 abril	37°4	92	108 x 75	
2 "	36°	72	98 x 65	1. ^a dose Krebiozen.
3 "	38°4	104	110 x 65	
4 "	37°2	88	110 x 70	
5 "	36°5	80	105 x 65	2. ^a dose Krebiozen.
6 "	37°3	72	105 x 65	Dores intensas, frat.
7 "	x	92	105 x 65	Idem.
8 "	36°7		120 x 65	Gêssos — 1. ^o
9 "	36°		140 x 80	
12 "	38°		128 x 75	Novo gêsso.
15 "	37°	92	125 x 75	Bem, s/ dores.
17 "	36°9	100	120 x 85	" "
18 "	37°5	100	130 x 75	" "
19 "	37°5	100	130 x 75	" "

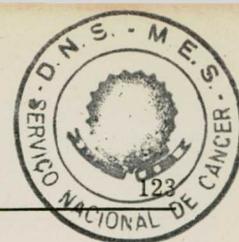
O programa da Fundação Laureano, na palavra do seu patrono

O Dr. Napoleão Laureano deixou um documento no qual expõe suas idéias sobre a orientação dos trabalhos da Fundação que tomou o seu nome, na campanha contra o câncer no Brasil.

O Dr. Napoleão Laureano deixou um documento, por ele assinado aos

três de abril de 1951, no qual resume suas disposições na orientação da campanha contra o câncer em todo o Brasil, e por ele redigido em colaboração com o Dr. Mário Kroeff.

Esse documento é, por assim dizer, um testamento com suas últimas vontades e que devem ser respeitadas, tanto quanto possível, na aplicação dos fundos angariados em todos os pontos do território nacional, à custa da campanha desenvolvida pelo médico paraibano, nos derradeiros dias de sua exis-



tência e à custa do sacrifício de sua própria vida.

Eis os termos do referido documento:

a) Se o patrimônio apurado atingir apenas três milhões de cruzeiros ou menos, será destinado à criação de um centro de diagnóstico e tratamento do câncer, anexo ao Hospital São Cristóvão, na cidade de João Pessoa, na Paraíba;

b) Se o patrimônio atingir a soma de 5 milhões de cruzeiros, será empregado na construção de um hospital de 50 leitos, mais ou menos, independente e especializado no diagnóstico e tratamento do câncer. Nesse caso, a manutenção ficará a cargo dos Governos Estadual e Federal e de algum auxílio de que possa dispor a Fundação Laureano. A Fundação Laureano envia esforços junto ao Serviço Nacional de Câncer no sentido de lhe ser facultado um auxílio anual sob a forma de convênio, como vem estabelecendo com outras entidades nos Estados da União.

c) Se o patrimônio exceder de 5 milhões, o restante, até 15 milhões, deverá constituir um fundo de reserva, cuja renda será empregada em auxílio e melhora da manutenção, do pessoal e do material técnico do hospital.

d) Se o patrimônio for superior a 15 milhões e inferior a 20 milhões, o excedente será empregado na melhora das instalações técnicas do referido hospital.

e) Se o patrimônio for superior a 20 milhões, o excedente será empregado na aplicação de medidas relativas ao problema do câncer no país. Aí poder-se-á atender à questão da pesquisa em laboratórios apropriados a critério da

diretoria da Fundação Laureano e à distribuição de bolsas de estudo no país ou no estrangeiro, aos cursos de formação de técnicos em cancerologia e contrato de especialistas estrangeiros para trabalhar no Brasil, onde for mais conveniente, campanhas de educação popular no país, e outras questões atinentes ao problema do câncer.

Rio de Janeiro, 3 de abril de 1951.

As.) *Napoleão Rodrigues Laureano*

Mário Kroeff

Testemunha: *Antonio Gonçalves de Medeiros.*

★

A opinião do Serviço Nacional de Câncer sobre a vinda dos cancerologistas Andrews Ivy e Stevan Durovic ao Brasil

A propósito da vinda ao Brasil dos cancerologistas Andrews Ivy e Stevan Durovic, o Dr. Mário Kroeff, Diretor do Serviço Nacional de Câncer, dirigiu ao Sr. Ministro da Educação e Saúde o seguinte ofício:

“Solicitado por V. Excia. para emitir opinião a respeito da vinda ao Brasil dos cancerologistas Andrews Ivy e Stevan Durovic, por convite oficial do Ministério da Educação e Saúde, passo a externar aqui meu ponto de vista pessoal:

1º) No interesse da assistência médica de Napoleão Laureano não me parece haver oportunidade no convite. O paciente já se acha em caquexia cancerosa por linfossarcoma generalizado, seguindo o prognóstico inexorável, que trouxera de um dos melhores cen-

tros hospitalares da América. A própria opinião de cancerologistas brasileiros, reunidos em Mesa-Redonda por ocasião da chegada de Laureano a esta Capital, esteve coerente com a realidade quando estimou uma sobrevida de 3 meses ao nosso doente.

2º) Há, entretanto, na visita desses homens, um fator psicológico que não pode ser desprezado. É o conforto moral que se poderá oferecer ao doente, sua família e ao próprio povo brasileiro já, hoje, vivamente interessado na sorte daquele médico que se tornou, entre nós um símbolo de abnegação e filantropia. Nesse convite, o público verá mais uma prova da boa vontade do Governo em favor da vida de quem já está, pela palavra do Presidente Vargas, oficialmente sob a proteção do Estado.

3º) Do ponto de vista científico, há todo o interesse na vinda dos dois cancerologistas estrangeiros, a fim de ventilar entre nós o problema da maior atualidade médica: tratamento do câncer. Nesse setor, qualquer raio de luz que surgir nos estudos sobre as origens do câncer e a descoberta de um agente geral e específico capaz de curar o câncer fora dos meios clássicos da medicina, deve ser prestigiado pelos homens que têm responsabilidade nos destinos dos povos.

4º) Além dessas vantagens, há outra inegável, que se prende à presença de autoridades em cancerologia, ventilando o problema do câncer junto à classe médica e ante o povo brasileiro. No caso presente, seria a continuação desse estado emocional provocado por Napoleão Laureano e de grande utilidade educativa por haver alertado o espírito público, a respeito do

grave problema do câncer e preparado um ambiente de receptividade nacional, em face das medidas que o Governo cogita tomar, em defesa das populações que possam ser atacadas pela nefasta doença. Refiro-me ao crédito de cem milhões, em favor do Serviço Nacional de Câncer a ser votado, próximamente, no Congresso Nacional.

5º) A campanha encetada por Napoleão Laureano, que desfraldou heróicamente uma bandeira em prol da causa dos cancerosos, com tanta repercussão na opinião pública brasileira, porque se revestiu daquela fé inabalável de cancerologista resolvido a ser útil a seus patrícios a ponto de sacrificar o resto da sua condenada existência em favor do bem alheio, essa campanha teria ensejo de encontrar novas oportunidades através da palavra de autoridades internacionais. Muito significará entre nós a visita do Vice-Presidente do Conselho do Câncer dos Estados Unidos e Diretor da Faculdade de Medicina de Illinois, Dr. Andrews Ivy, que apresentou ao mundo médico, em documentada monografia, os trabalhos de investigação científica do cancerologista iugoslavo, Dr. Stevan Durovic. Trariam, assim, aos seus colegas do Brasil o que vai em seu país a respeito das últimas aquisições em cancerologia no setor do tratamento e o que se tem conseguido de real a propósito de um novo produto, ainda em fase de experimentação: Krebiozen.

6º) Cumpre esclarecer que a visita dos cancerologistas em aprêço deve ser limitada ao campo restrito do intercâmbio científico e cultural, sem outras atividades que digam com exercício da Medicina para não infringir

os dispositivos legais existentes a respeito e para que se evite o afluxo de doentes à Capital atraídos pela publicidade.

As.) *Dr. Mário Kroeff*



Convite do Instituto de Câncer de Montreal aos Drs. Sergio Barros de Azevedo e Antônio Eugênio Arêa Leão

O Dr. Sérgio de Azevedo, vice-diretor do Serviço Nacional de Câncer, que vem, há anos, trabalhando num preparado de sua descoberta para cura do câncer, foi, juntamente com seu colaborador em tais pesquisas, o Dr. Eugenio Antonio Arêa Leão, do Instituto Osvaldo Cruz, oficialmente convidado pelo famoso Instituto do Câncer de Montreal, Canadá, a fim de lá prosseguir nas suas investigações.

O convite, que representa uma honrosa distinção para os dois pesquisadores brasileiros, pois parte de um dos centros de pesquisa do câncer mais acreditados em todo o mundo, foi feito por intermédio do governo brasileiro, através do Itamarati, que o encaminhou, por intermédio do Ministério da Educação e Saúde, ao Presidente da República.

O produto do dr. Sérgio de Azevedo — um antibiótico derivado do penicílio, do qual se deriva a própria penicilina — constituiu objeto de uma comunicação ao último Congresso Internacional de Câncer, reunido em Paris, com a maior repercussão no mundo científico internacional, notadamente na Inglaterra e no Canadá, onde os cientistas canadenses prosseguiram nas pesquisas, naquele famoso Instituto em Montreal.

Agora, os pesquisadores do Canadá convidam o seu colega brasileiro a ir, com seu colaborador, desenvolver ali suas pesquisas, com os recursos e instalações mais desenvolvidos do que os precários meios de que dispõem atualmente.

Encaminhou o convite ao Itamarati o cônsul geral brasileiro em Montreal, que informou ter sido procurado pelo dr. Antonio Cantero, diretor do Serviço de Pesquisas Sobre o Câncer, do Instituto do Câncer de Montreal, que, em seu próprio nome e no do dr. Louis Charles Simard, diretor do mesmo Instituto, pediu-lhe transmitisse oficialmente ao governo brasileiro o convite que o referido Instituto faz para que os drs. Sérgio de Barros Azevedo vice-diretor do Serviço Nac. de Câncer, e Eugênio Antonio Arêa Leão, do Instituto Osvaldo Cruz, vão a Montreal prosseguir nos trabalhos de pesquisas sobre a cura do câncer, iniciadas, há anos, em colaboração entre os dois cientistas brasileiros e canadenses. Esclarece que o dr. Antonio Cantero já esteve, a convite do governo brasileiro, no Rio de Janeiro, para os mesmos fins e que o dr. Sérgio de Azevedo e dr. Arêa Leão tomaram parte no V Congresso Internacional do Câncer, realizado em Paris, no mês de julho último, onde as pesquisas realizadas em conjunto demonstraram grande desenvolvimento. Acrescenta que os diretores do Instituto do Câncer, de Montreal, estão empenhadamente interessados em estudar êsses resultados, conjuntamente, e a vinda desses dois cientistas brasileiros afigura-se-lhes absolutamente necessária. A permanência de ambos em Montreal seria de três meses, a expensas do Instituto canadense. Informa ainda que o dr. Cantero pediu rogasse todo o apoio do nosso Ministério



do Exterior no sentido de serem dadas tôdas as facilidades para que os drs. Sérgio e Arêa Leão possam ali estar no mês de junho próximo, pois é sua intenção vir ao Brasil em setembro juntamente com seus colegas brasileiros. O cônsul termina por encarecer a importância dêsse convite, não só pelo realce que é dado à ciência nacional como também, segundo lhe declarou o dr. Cantero, grandes resultados são esperados dessa colaboração dos especialistas brasileiros nesta fase das pesquisas.



Sociedade Brasileira de Cancerologia

RESUMO DAS ATIVIDADES EM 1950

Intensa foi a atividade desenvolvida pela Sociedade Brasileira de Cancerologia durante o ano de 1950. Foram realizadas 9 sessões ordinárias e 2 extraordinárias: estas últimas foram para eleição e posse da nova diretoria. Foram os seguintes os temas oficiais abordados durante o ano:

Dr. Alvaro de Aquino Salles — *Micro-carcinoma do colo do útero.*

Dr. Candido de Oliveira — *Câncer primitivo do fígado.*

Dr. Turibio Braz — *Carcinóide do apêndice.*

Dr. Fernando Gentil — *Indicação e técnica para o esvaziamento pélvico.*

Dr. Silvio d'Avila — *Considerações em torno do esvaziamento pélvico.*

Dr. Paul Werner (de Viena) — *Operação de Wertheim.*

Dr. Celestino da Costa (de Lisboa) — *Cancerologia e embriologia.*

Dr. Carlos Chagas Filho — *As radiações como instrumento de estudos biológicos e médicos.*

Dr. Osolando Machado — *O papel da roentgenterapia no tratamento do câncer do colo do útero.*

Na sessão extraordinária levada a efeito para eleição da nova diretoria, que deverá reger os destinos da Sociedade no biênio 1951-52, foi o seguinte o resultado da votação:

Presidente — Jorge de Marsillac.

1º Vice-presidente — Silvio d'Avila.

2º Vice-presidente — Silvio Lemgruber.

Secretário geral — Osolando Machado.

1º Secretário — Francisco Vitor Rodrigues.

2º Secretário — Turibio Braz.

1º Tesoureiro — Democrito Linhares.

2º Tesoureiro — Manoel Ballian.

Orador — Alberto Coutinho.

Bibliotecário — Hamilton Nogueira.

Diretor do Museu — Jorge Souza Lobo.

Redator da Revista — Adair Eiras de Araujo.

Em sessão solene realizada em dezembro pp., foi esta Diretoria empossada.



Legião Feminina de Combate ao Câncer

Foi fundada nesta Capital, no dia 5 do mês corrente, a Legião Feminina de Combate ao Câncer, cujas finalidades são as seguintes:

a) difundir, principalmente no meio feminino, conhecimentos gerais sobre o câncer.

b) auxiliar, quando solicitada, as campanhas educativas de combate ao câncer de instituições Federais, Estaduais, Municipais ou privadas.

c) promover congressos, reuniões, cursos, conferências e palestras educativas sobre o câncer.

d) angariar donativos para sua manutenção e para o auxílio a entidades privadas de assistência aos cancerosos.

e) colaborar com a administração de hospitais de assistência aos cancerosos e hospitais gerais com o objetivo de prestar assistência moral, espiritual, material e, na medida do possível, conseguir hospitalização para os cancerosos.

f) organizar, quando possível, centros de prevenção contra o câncer, e, neste caso, o exame periódico de saúde.

g) manter uma sede onde funcionará um escritório de informações.

h) manter colaboração com entidades similares nacionais ou estrangeiras, com o propósito de difusão cultural e assistência educativa e social aos cancerosos.

i) manter uma biblioteca e patrocinar a publicação de trabalhos de propaganda e educação contra o câncer.

j) promover bolsas de estudos com a finalidade de aperfeiçoamento e intercâmbio cultural no que se refere ao problema do câncer.

A primeira diretoria eleita pelos sócios fundadores está assim composta:

Presidente: Sra. Ingeborg Coutinho

Vice-presidente: Sra. Helena Moura

Secretária geral: Sra. Heloisa Marsillac

1ª Secretária: Sta. Marilda Fernandes

2ª Secretária: Sra. Ofélia Ramos de Lima.

1ª Tesoureira: Sra. Cordélia Moraes Ancora

2ª Tesoureira: Sra. Geny Braz

Foi constituído um conselho técnico formado por médicos que se dedicam a cancerologia, competindo-lhe dirigir os serviços de assistência médica e opinar em toda resolução de ordem técnica colaborando juntamente com a diretoria por intermédio de um de seus componentes que será o consultor técnico. O conselho técnico está constituído dos seguintes médicos: Drs. Mario Kroeff, Alberto Coutinho, Jorge Marsillac, Turíbio Braz, Amador C. Campos, Adair Eiras de Araújo e J. J. Dornelles.



Departamento Nacional de Saúde — Cursos do DNS

CURSO DE CÂNCER — 1951

ESQUEMA DO CURSO

De conformidade com o que dispõe o art. 17, § 1º, do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 9.388, de 13 de maio de 1942, alterado pelo Decreto nº 14.178, de 6 de dezembro de 1943, a designação dos professores e assistentes abaixo indicados para o CURSO DE CÂNCER, a que se refere o item 6 do art. 2º do Regulamento acima citado, segue-se:

Tópico a) *Etiopatogenia da doença*

Professor — Dr. Jorge Sampaio de Marsillac Motta.

Total de horas — 4 (2 aulas)

Tópico b) *Diagnóstico e tratamento*

Este tópico será desdobrado em diversos itens, referentes ao diagnóstico, tanto clínico como radiológico e anátomo-patológico e ao tratamento cirúrgico como roentgente-rápico.

São os seguintes os professores:

- 1 — *Câncer da pele*
Professor — Dr. João Ramos e Silva
Total de horas — 4 (2 aulas)
- 2 — *Câncer de bôca*
Professor — Dr. Luiz Carlos de Oliveira Jr.
Total de horas — 6 (3 aulas)
- 3 — *Câncer da laringe*
Professor — Dr. Georges da Silva
Total de horas — 2
- 4 — *Tumores do sistema reticulo-endotelial*
Professor — Dr. Francisco Fialho
Total de horas — 4 (2 aulas)
- 5 — *Câncer de esôfago, dos maxilares e seios faciais*
Professor — Dr. Alberto Lima de Moraes Coutinho
Total de horas — 4 (2 aulas)
- 6 — *Câncer do estômago, dos ossos e tratamento pela eletro-cirurgia*
Professor — Dr. Mario Kroeff
Total de horas — 6 (3 aulas)
- 7 — *Câncer dos órgãos genitais masculinos e glândulas salivares*
Professor — Dr. Adayr Eiras de Araujo
Total de horas — 6 (3 aulas)
- 8 — *Câncer dos órgãos genitais femininos*
Professor — Dr. Amador Corrêa Campos
Total de horas — 6 (3 aulas)
- 9 — *Diagnóstico radiológico do câncer em geral*
Professor — Dr. Evaristo Machado Neto Junior
Total de horas — 2 (uma aula)
- 10 — *Câncer do rim, bexiga e próstata*
Professor — Dr. João Bancroft Viana
Total de horas — 6 (3 aulas)
- 11 — *Câncer do pâncreas, figado e vias biliares*
Professor — Dr. Luciano Benjamin Viveiros
Total de horas — 6 (3 aulas)
- 12 — *Câncer do naso-faringe, intestinos e reto*
Professor — Dr. Jorge Sampaio de Marsillac Motta
Total de horas — 8 (4 dias)
- 13 — *Câncer do mediastino, pulmão e pleura*
Professor — Dr. Egberto Penido Burnier
Total de horas — 6 (3 aulas)
- 14 — *Câncer da tiróide*
Professor — Dr. Turibio Braz
Total de horas — 2 (uma aula)
- 15 — *Diagnóstico e tratamento dos tumores cerebrais e medulares*
Professor — Dr. Guilherme da Costa
Total de horas — 2 (uma aula)
- 16 — *Diagnóstico anátomo-patológico do câncer*
Professor — Dr. Francisco Fialho
Total de horas — 30 (15 aulas)



17 — *Roentgenterapia no câncer*
Professor — Dr. Osolando Júdice Machado

Total de horas — 15

18 — *Curieterapia no câncer*

Professor — Dr. Antonio Pinto Vieira

Total de horas — 15

19 — *Tratamento cirúrgico do câncer*

Professor — Dr. Mario Kroeff
Total de horas — 38 (19 aulas)

Tópico c) *Profilaxia do câncer*

Professor — Dr. Alberto Lima de Moraes Coutinho

Total de horas — 2 (uma aula)

Tópico d) *Organização da luta anticancerosa*

Professor — Dr. Mario Kroeff
Total de horas — 2 (uma aula)

O curso abrangerá um total de 176 horas de aulas (teóricas e trabalhos práticos, de histopatologia, cirurgia, radiodiagnóstico e radioterapia), estando fixado em 30 o número de matrículas e prevista a sua realização para o período compreendido entre 2 de julho e 30 de outubro próximo vindouro (4 meses de duração).



4.º Curso Anual de Cirurgia da Casa de Saúde São Miguel

O Dr. Fernando Paulino, com a colaboração dos assistentes, realizará na 2ª quinzena de julho, na Casa de Saúde São Miguel, o 4º Curso Anual de Cirurgia.

O PROGRAMA SERÁ O SEGUINTE:

2.ª feira — 16 de julho de 1951

8:30 — Princípios gerais do tratamento pré e pós operatório. Descrição

da rotina adotada na Casa de Saúde São Miguel.

9:30 — Apresentação de casos ilustrativos sobre cuidados pré e pós operatórios.

11:00 — Apresentação de casos clínicos e interpretação de radiografias.

18:00 — Demonstração prática da técnica da medida do hematócrito e dosagem de hemoglobina e proteínas para controle dos recém-operados.

3.ª feira — 17 de julho de 1951

8:30 — Equilíbrio hídrico e salino em cirurgia. Bases teóricas. Experiência adquirida na Casa de Saúde São Miguel.

9:30 — Apresentação de casos ilustrativos sobre o controle do equilíbrio hídrico e salino no pós operatório.

11:00 — Apresentação de casos clínicos e interpretação de radiografias.

18:00 — Demonstração prática da técnica da medida do hematócrito e dosagem de hemoglobina e proteínas para controle dos recém-operados.

4.ª feira — 18 de julho de 1951

8:30 — Equilíbrio calórico e proteico em cirurgia. Bases teóricas. Experiência adquirida na Casa de Saúde São Miguel.

9:30 — Apresentação de casos ilustrativos sobre o controle do equilíbrio calórico e proteico em cirurgia.

11:00 — Apresentação de casos clínicos e interpretação de radiografias.

18:00 — Demonstração prática sobre o material necessário e a técnica

de venoclise com soluções de glicose, cloreto de sódio, ácidos aminados e plasma.

5.^a feira — 19 de julho de 1951

8:30 em diante — Intervenções cirúrgicas.

6.^a feira — 20 de julho de 1951

8:30 — Transfusão de sangue em cirurgia. Organização e funcionamento do Banco de Sangue em hospitais pequenos.

9:30 — Demonstração prática sobre classificação de grupos sanguíneos, colheita e transfusão de sangue conservado.

11:00 — Apresentação de casos clínicos e interpretação de radiografias.

18:00 — Demonstração prática sobre o material necessário e a técnica de venoclise com soluções de glicose, cloreto de sódio, ácidos aminados e plasma.

Sábado — 21 de julho de 1951

8:30 em diante — Intervenções cirúrgicas.

2.^a feira — 23 de julho de 1951

8:30 — Diagnóstico e tratamento de obstrução intestinal. Sonda de Miller-Abbott. Enterostomia. Cuidados pré e pós operatórios.

9:30 — Demonstração prática sobre o material necessário e a técnica de intubação gastro-intestinal. Sonda de Levin e Miller-Abbott.

18:00 — Interpretação de radiografias.

3.^a feira — 24 de julho de 1951

8:30 — Diagnóstico e tratamento dos tumores do cólon.

9:30 — Demonstração prática sobre o material necessário e a técnica de intubação gastro-intestinal. Sonda de Levin e Miller-Abbott.

11:00 — Apresentação de casos de cirurgia do cólon e interpretação de radiografias.

18:00 — Técnica das colectomias. Cuidados pré e pós operatório.

4.^a feira — 25 de julho de 1951

8:30 — Litíase biliar. Diagnóstico e tratamento.

9:30 — Demonstração prática sobre a colangiografia operatória e pós operatória.

18:00 — Apresentação de casos ilustrativos de cirurgia biliar e interpretação de colecistografias e colangiografias.

5.^a feira — 26 de julho de 1951

8:30 — Cirurgia de litíase renal e ureteral. Indicação de urgência nos cálculos encravados no ureter. Cateterismo ureteral e manobras endoscópicas.

9:30 — Técnica de nefrostomia, de pielotomia e ureterotomia.

18:00 — Interpretação de radiografias e apresentação de casos clínicos de litíase reno-uterál.

6.^a feira — 27 de julho de 1951

8:30 — Orientação clínica nos casos de piúria e hematúria.

9:30 — Diagnóstico urológico. Anamnese, exame físico. Exame de urina. Radiologia e endoscopia.

18:00 — Interpretação de radiografias de pacientes com afeções do aparelho urinário. Tumores renais e vesicais, adenoma da próstata, hidronefroses. Estenoses e fístulas da uretra.

Sábado — 28 de julho de 1951

8:30 — Encerramento. Mesa Redonda com perguntas e respostas sobre os assuntos estudados durante o curso.



I.º Curso Anual de Ginecologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro

Orientação do Curso

- 1 — Aulas práticas nos ambulatórios da Clínica, com o fim de instruir os alunos em exames de doentes, interpretação diagnóstica e orientação terapêutica, clínica ou cirúrgica.
- 2 — Discussão de casos clínicos em mesa redonda.
- 3 — Demonstrações práticas, na sala de operações, de técnicas adotadas no Serviço em anesthesiologia e cirurgia ginecológica.
- 4 — Demonstrações, em cadáveres, da anatomia cirúrgica dos órgãos pelvianos.
- 5 — Preleções, em anfiteatro, sobre os principais temas ginecológicos.
- 6 — Permissão aos médicos matriculados no Curso para frequentarem os serviços durante o período de aulas, acompanhando as sequências ope-

ratórias e examinando as doentes, sob a supervisão do Chefe do Serviço, do Chefe de Clínica ou do Assistente responsável pela doente.

Temas das Preleções

Junho, 19, às 10 horas — *Aula inaugural* pelo Professor Arnaldo de Moraes: — “Os progressos do diagnóstico em Ginecologia”.

” 21, às 10 horas — *Da histopatologia no diagnóstico ginecológico* — Dr. Jorge Rodrigues Lima.

” 25, às 10 horas — *Amenorréias funcionais* — Dr. Alvaro Salles.

” 28, às 10 horas — *Hemorragias funcionais* — Dr. Alvaro Salles.

Julho, 2 às 10 horas — *Carcinoma do colo do útero e seu tratamento* — Dr. Antonio Pinto Vieira.

” 5, às 10 horas — *Tumores do ovário* — Prof. Vitor Rodrigues.

” 9, às 10 horas — *Endometriose* — Prof. Clovis Corrêa da Costa.

” 12, às 10 horas — *Orientação atual no diagnóstico e tratamento da esterilidade conjugal* — Dr. Campos da Paz Filho.

” 16, às 10 horas — *Prolapso genital* — Dr. Alcides Senra.

” 19, às 10 horas — *Tumores da mama* — Dr. Newton Burlamaqui.

” 21, às 10 horas — *Corrimentos vaginais — Diagnóstico e tratamento* — Dr. Alcides Senra.

” 23, às 10 horas — *Aula de Encerramento* pelo Prof. Octavio Rodrigues Lima: — *Conduta clínica na prenhez ectópica*.

Centro de Estudos Anatômicos Benjamim Baptista

CURSO DE CANCER

Dia 18-5-51 — Prof. Francisco Fialho — Patologia do câncer.

Dia 21-5-51 — Prof. Alberto Coutinho — Diagnóstico e tratamento do câncer.

Dia 23-5-51 — Dr. Evaristo Machado — Rádio diagnóstico do câncer. sillac — Câncer dos ossos.

Dia 28-5-51 — Dr. Moacyr Santos Silva — Linfomas.

Dia 30-5-51 — Dr. Adayr Eiras de Araujo — Câncer do aparelho genital feminino.

Dia 1-6-51 — Dr. Turíbio Braz — Câncer do aparelho genital masculino.

Dia 4-6-51 — Dr. Osolando Machado — Radiumterapia no câncer.

Dia 6-6-51 — Dr. Amador Campos — Câncer da bôca.

Dia 8-6-51 — Dr. Antonio Vieira — Roentgenterapia no câncer.

Dia 11-6-51 — Dr. Jorge de Souza Lobo — Câncer da pele.

Dia 13-6-51 — Dr. Emmanuel Rebello — Câncer do fígado.

Dia 15-6-51 — Dr. João Carlos Cabral — Diagnóstico radiológico do câncer no pulmão.

Dia 18-6-51 — Dr. Jorge de Marsillac — Câncer do estômago.

Dia 20-6-51 — Dr. João Bancroft Viana — Câncer do rim e bexiga.

Dia 22-6-51 — Dr. Sérgio de Azevedo — Tratamento clínico do câncer.

Dia 25-6-51 — Prof. Alberto Coutinho — Câncer da mama. Sessão solene de encerramento.