

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

- Órgão oficial do Serviço Nacional de Câncer -

(Decreto-lei nº 3.643, de 2-9-41, art. 4 § 1)



Diretor Geral — MÁRIO KROEFF

Diretor Responsável — SÉRGIO AZEVEDO

Diretor de Redação — MOACYR SANTOS SILVA.

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 Vianna	— Cirurgião
Jorge Sampaio de Marsillac Motta	— Cirurgião
Luiz Carlos de Oliveira Junior	— Cirurgião
Mário Kroeff	— Cirurgião — Diretor do S. N. C.
Moacyr Santos Silva	— Internista
Osolando Júdice Machado	— Radioterapeuta
Sérgio Lima de Barros Azevedo	— Internista — Chefe do S. O. C.
Sinval Augusto Lins	— Internista
Turíbio Braz	— Cirurgião

Volume 2

Março-Dezembro, 1948

Número 3

NÃO PODE SAIR DA BIBLIOTECA

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 do Câncer)

RIO DE JANEIRO

BRASIL

SUMÁRIO



NOTA PREVIA

- Em torno da ação terapêutica dos extratos de certos cogumelos no
câncer humano — Sérgio Azevedo 5

ARTIGOS ORIGINAIS

- Câncer dos Ossos — Mário Kroeft 9
- Aspectos estatísticos da mortalidade por câncer em Curitiba — Ar-
mando Tramuja 69

CASOS CLÍNICOS

- Considerações em torno de dois casos de tumor maligno da vesícula
biliar com metastases hepáticas — Sylvio Lemgruber 79

DIAGNÓSTICO PRECÓCE

- Quadro Sinótico para diagnóstico do câncer — Jorge Marsillac 93

DIVULGAÇÃO

- Un aperçu sur la lutte contre le cancer en Suède — A. Nicolaëff ... 99
- Proteção em radioterapia — Antonio Pinto Vieira 103

PERGUNTAS E RESPOSTAS

- Qual o valor da Biópsia no tratamento do câncer — Francisco Fialho . 113

RESUMOS, CONDENSADOS E ANÁLISES

- Cirurgia 115
- Diagnóstico 117
- Radioterapia 119

NOTICIÁRIO

- Sociedade Brasileira de Cancerologia 121



NOTA PRÉVIA



EM TORNO DA AÇÃO TERAPÊUTICA DOS EXTRATOS DE CÉLULAS DE *Penicillium* NO CÂNCER HUMANO (*)

DR. SÉRGIO AZEVEDO
Chefe do S.O.C. do Serviço Nacional de Câncer

Baseado nas pesquisas de *Juvenal Ricardo Meyer*, atual Diretor do *Instituto Biológico de São Paulo*, que estudou "in vitro" a ação antineoplásica de certas substâncias contidas nos meios de cultura do "*Penicillium Notatum*", tive a idéia de verificar clinicamente a ação terapêutica dos extratos dessas substâncias, usando-os em doentes matriculados no *Serviço Nacional de Câncer*, onde logo encontrei a maior boa vontade de seu Diretor, *Dr. Mário Kroeff*.

Recorri então à colaboração do *Dr. Arêa Leão*, Chefe de Serviço do *Instituto Oswaldo Cruz*, quanto ao melhor processo de preparação do extrato a ser empregado, dada a grande experiência daquele cientista em assuntos de micologia.

Assim, iniciei as minhas primeiras observações, em junho de 1947, lançando mão de extratos brutos, do referido *Penicillium*, em doentes tidos como inoperáveis. E' preciso notar que em tais extratos a ação antibiótica da Penicilina havia sido completamente eliminada. Com essa preparação, houve reações demasiado intensas, tanto locais como gerais. Os pacientes queixaram-se de fortes do-

res no local das injeções, acompanhadas de vermelhidão e empastamento dos tecidos. Ao mesmo tempo, acusaram mal estar geral, cefaléia, dôres no corpo e temperatura que oscilava entre 38° e 40°.

Esse tipo de preparação foi logo abandonado, preferindo-se então extratos mais purificados, obtidos por técnica especial de *Arêa Leal*. E assim encontramos um meio de obterem-se injeções indolores, com ausência de reações locais e gerais.

A tolerância passou a ser perfeita, à exceção de raros casos, nos quais ainda houve certo grau de hipersensibilidade (reação tipo gripal) quando aplicadas em dose massiça (20 cc.) na 1ª injeção.

Últimamente, para evitar tais reações, aliás passageiras, tenho iniciado o tratamento com doses menores de 5 cc., as quais passam a ser progressivamente aumentadas.

A parenteral tem sido a via frequentemente usada. A via endovenosa também já foi empregada, ocasionando as injeções, quase sempre, reações de tipo febril, dentro de 2 a 3 horas após, o que nos aconselhou moderação em seu uso.

Quanto à administração por via gástrica, tenho observado ótima tolerância, sem perda da atividade terapêutica.

Atualmente, dou preferência ao método combinado, de injeções intramus-

(*) Trabalho realizado no **Serviço Nacional de Câncer** em cooperação com o **Instituto Oswaldo Cruz**.

culares de 5 cc. e 10 cc., diàriamente ou em dias alternados e dose igual dissolvida em água com açúcar, por ingestão.

Recentemente, verificamos que associando aos extratos de *Penicillium*, substâncias contidas nos meios de cultura do *Aspergillus Flavum*, há aumento sensível da atividade.

RESULTADOS TERAPÊUTICOS

Com a aplicação dos referidos extratos, em mais de 200 doentes de câncer internados nos Asilos de incuráveis, pertencentes ao SERVIÇO NACIONAL DE CANCER, temos conseguido observar ação deveras acentuada sobre a sintomatologia da doença.

E' preciso notar que nossas observações se referem a casos de câncer em período avançado, os quais pela extensão das lesões, focos metastáticos e estado caquético, se achavam fora de qualquer possibilidade terapêutica cirúrgica ou radioterápica.

Acresce, ainda, observações de doentes já tratados pela terapia clássica e que no decurso ou post-tratamento, tornaram-se praticamente incuráveis, pelo aparecimento de recidivas ou de metástases em órgãos vitais.

Em quase todos os casos, o diagnóstico tem sido comprovado pelo exame histopatológico, ao lado da radiografia e de outros exames complementares.

Quanto à variedade de tumores tratados, contam-se carcinomas epidermóides, adenocarcinomas dos mais diversos graus de diferenciação Broders, linfosarcomas, reticulo-sarcomas, condrosarcomas, etc.

Localizações as mais diversas têm sido também abrangidas, tais como pele, boca, esôfago, estômago, fígado, intestino, reto,

laringe, pulmão, ossos e órgãos gênitourinários masculino e feminino.

De um modo geral, a ação dos extratos de cogumelos far-se sentir, principalmente, sobre os fenômenos dolorosos, que são em cerca de 90% dos casos, debelados, logo às primeiras injeções. Os doentes, com as dores acalmadas, sentem-se confortados e conseguem conciliar o sono, dispensando a mór parte das vezes, o uso de entorpecentes a que vinham se submetendo.

O estado geral dos doentes apresenta em mais de 50% dos casos, melhoria acentuada que se traduz por sensação de bem estar, aumento de apetite, de peso e de forças, assim como melhoria da anemia, verificada em alguns casos, através de contagem globular.

Alguns, dentre eles, que haviam sido conduzidos com dificuldade para os Asilos, sem forças para locomoverem-se, ao fim de 15 dias de tratamento, experimentam melhoras tais que conseguem levantar-se do leito, dando pequenos passeios na Enfermaria.

Relativamente à ação do preparado sobre outros sintômas do período avançado, observamos, no caso particular do câncer do estômago, ao lado do alívio e mesmo desaparecimento das dores gástricas, diminuição dos vômitos, desaparecimento do estado nauseoso e muita vez retorno do apetite, permitindo-lhes melhor nutrição.

Nos linfo e reticulo-sarcomas, que se acompanham de movimento febril, variando entre 38 e 40°, nota-se sensível baixa da temperatura, ao mesmo tempo que as dores provocadas por metástases ósseas ou pela compressão nervosa das adenopatias, diminuem com relativa facilidade. Há casos em que as dores desaparecem completamente.

Consegue-se, por isso mesmo, maior e menos penosa sobrevida, em boa porcentagem de doentes.

Quanto pròpriamente à influência do preparado sôbre as lesões neoplásicas, verifica-se tão sômente, maior limpeza das ulcerações por diminuição, certamente, da infecção secundária, como até certo grau de desinfiltração do "plastron" peritumoroso.

Temos a impressão que os doentes já irradiados, se aproveitam ainda mais dos benefícios do tratamento, tornando-se, pois, vantajosa, a associação dêsses dois métodos terapêuticos.

Atualmente, prosseguimos com o *Professor Arêa Leão*, em pesquisas tendentes à maior concentração do fator antineoplásico, contido nos meios de culturas, não só do *Penicillium Notatum* e do *Aspergillus Flavus*, como ainda de outros cogumelos.

A propósito, quero deixar aqui consignados meus agradecimentos ao espírito de cooperação do *Dr. Juvenal Ricardo Meyer*, cedendo-nos para estudos clínico-terapêuticos, por ocasião de minha visita ao *Instituto Biológico*, uma amostra de outro cogumelo, cuja atividade anti-tumorosa em experimentos laboratoriais, realizados por êle, tem se mostrado ainda mais eficaz, comparativamente ao fator elaborado pelo *Penicillium*.

THE THERAPEUTIC ACTION OF SOME FUNGI EXTRACT IN HUMAN CANCER, IN PRELIMINARY REPORT

S U M M A R Y

The author, based "in vitro" experiments of *J. Ricardo Meyer*, Chief of the "Instituto Biológico de São Paulo", con-

ceived the idea (June 1947) of applying in human tumors for therapeutic purposes, some extracts of "Penicilium Notatum cultures", in which antineoplastic substances could be obtained without interference of "Penicilin".

For the extration technic of their antineoplastic principles the author requested the cooperation of *Prof. Arêa Leão*, distinguished mycologist from "Institute Oswaldo Cruz".

In the first experiments the A, observed serious reactions determined by the impure extracts applied. Lately, more purified preparations were obtained, by *Arêa Leão*, rendering them suitable for parenteral injections, without local or general reactions.

The treatment is only applied in advanced stages out of any surgical or radiotherapeutic possibilities.

These observations concerning two hundred cases of patients registered in both Asylum, of "Serviço Nacional de Câncer", under the direction of *Dr. Mário Kroeff*. The cases were diagnosed by biopsy, X-Ray and complementary examinations.

In this report, the most different varieties in localizations and clinical aspects of neoplastic diseases were mentioned. Concerning the therapeutic effect, the A. can assure that the "Penicilium extracts" has remarkable palliative action on the symptomatology of malignant diseases, mostly over the pain. In about 90% of the cases their completely disappeared, after the first injection were applied.

During the treatment, a good improvement is observed in general condition, weight and strength as well as appetite and nutrition; consequently a greater

survival in several cases is noted. Referring particularly the influence on the tumors, a cleanliness of the ulcerated lesions and desinfiltration of tumors tissue is observed.

Recently has been obtained a greater therapeutic activitie by combining the "Pe-

nicilium extracts" with "Aspergilus Flavus" principles.

Investigations are being conducted in order to obtain a higher concentration of antineoplastic substances contained in refered fungi and others, still under observations.

IMPRESSÕES DOS VISITANTES À EXPOSIÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DO CÂNCER, REALIZADA EM NOVEMBRO DE 1949

— Na luta contra as moléstias que ainda assolam nosso país, representa uma contribuição inestimável o esclarecimento da opinião pública, não apenas pelas finalidades provenientes da colaboração dos próprios interessados diretos, mas ainda pela influência que, desta maneira, se exercita sobre os órgãos governamentais a que incumbe fornecer os recursos para o combate e, sobre as almas generosas que, igualmente, para êle contribuem.

A iniciativa do S.N. de Câncer, organizando esta exposição, na qual realçam os bons serviços que já vem prestando ao povo brasileiro, merece, assim, todos os aplausos e prestígio que lhe concede o Ministério da Educação e Saúde.

Rio, 3 — XI — 948.

Clemente Mariani — Ministro da Educação e Saúde.

— Registo com especial agrado, minha magnífica impressão decorrente desta visita, desejando realçar, particularmente, a alta expressão educativa desta exposição, em benefício da saúde do nosso povo. Contando com o interêsse dos representantes das diferentes classes sociais, desde as mais modestas às mais altamente situadas e com o prestígio e

amparo econômico dos governos é justo esperar alcancemos em breve, grandes vitórias na luta sem tréguas contra o flagelo universal e multiseccular do câncer. Parabens muito sinceros ao eminente colega Mário Kroeff e seus demais companheiros de luta, bem assim a todos os que devotada e indiretamente concorreram para o preparo e, pois, para o êxito desta exposição.

Heitor P. Fróes — Diretor Geral do Departamento Geral de Saúde.

— Muito terão de lucrar nesta espendida exposição de luta contra o Câncer os visitantes desta Capital alertados, mas não amedrontados contra os perigos desta terrível doença, pois esclarecidos ficarão sobre os modernos recursos de que dispõe a medicina de hoje, para combatê-lo.

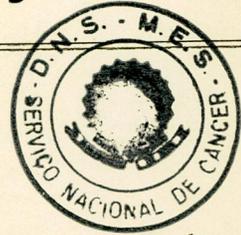
Sairão confortados e tranquilos pelo que viram nesta exposição, de que já dispomos em nosso país de técnicos e de recursos capazes de curar o câncer, se se entregarem aos cuidados médicos, oportunamente.

Roberval Cordeiro de Farias — Sub. int. do diretor geral do Departamento de Saúde.

ARTIGOS ORIGINAIS

CÂNCER DOS OSSOS

DR. MÁRIO KROEFF
Diretor do S.N.C.



CÂNCER dos ossos constitui um dos capítulos mais interessantes da patologia. Tem vários problemas ainda controversos, pois na constituição tumores ósseos entra uma variedade imensa de tecidos. Realmente, na formação do osso

há uma multiplicidade enorme de estruturas, vindo daí a complexidade histológica de seus tumores.

No esqueleto, misturam-se o tecido conjuntivo, pouco diferenciado e outros altamente diferenciados, tais como o car-

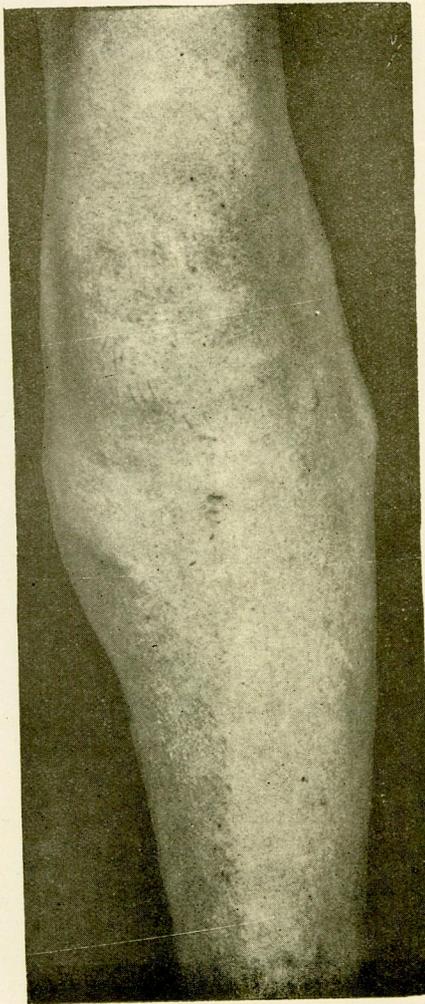


Fig. 1 — Tumor do terço sup. da perna esquerda. (tíbia). Idade 12 anos. Evolução de 4 meses. Diag.: Sarcoma osteogênico. Reg. 436 — S. N. C.

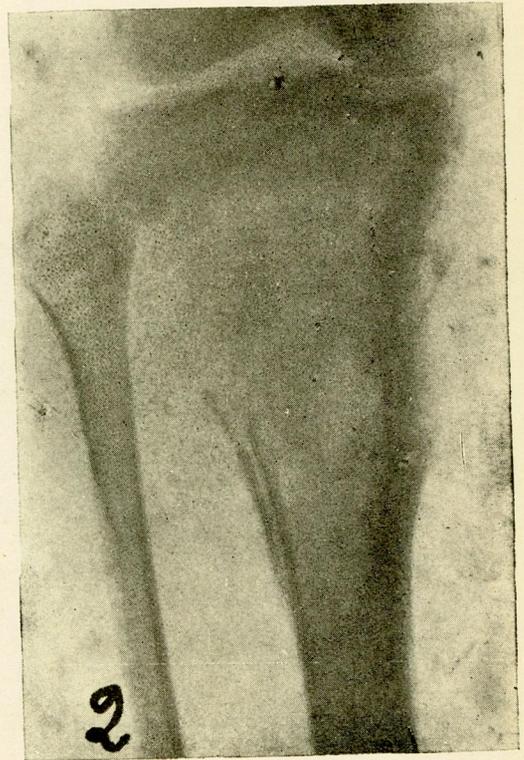


Fig. 2 — Mesmo no caso da fig. 1. Processo osteolítico, tomando o terço sup. da tíbia esquerda. Intensa reação perióstica à altura do limite inf. da esão. Fratura trans. a 3 cms. abaixo da cartilagem de conjugação.

tilaginoso, o osso, o hematopoiético, o reticulo-endotelial, além de vasos e nervos.

Poder-se-ia comparar o osso a um frasco de remédio. O vidro pròpriamente



Fig. 3 — Mesmo da fig. 3. Peça operatória, mostrando lesões destrutivas do osso, iniciadas na face interna da tibia, no limite osteo-perióstico. Verifica-se a lâmina perióstica distendida e róta à altura máxima do tumor. (Tipo periférico).

seria a parte compacta do osso; o conteúdo, representando o remédio, seria o tecido mieloide, o retículo, os vasos e nervos; e o envoltório ou rótulo, seria o periosteio, o tecido conjuntivo. Tõda esta gama de tecidos é capaz de cancerizar-se e formar tumores vários. Para diferenciar um dos outros, todos êsses tipos patológicos, o cancerologista esbarra em uma série de obstáculos, clínicos uns e histológicos outros.

CLASSIFICAÇÃO

A maior das dificuldades está na classificação dos tumores ósseos.

Existem grandes divisões, facilmente individualizáveis, tais como a dos sarcomas osteogênicos, dos mielomas, dos tumores de Ewing, dos tumores de células gigantes . . . , mas dentro dêsses grupos principais, há sub-divisões, sem limites nitidamente estabelecidos.

Antigamente, fazia-se a divisão em três grandes grupos. O osteo-sarcoma, o tumor branco e a artrite sifilítica, achando-se englobada nêsses termos tõda a série de tumores ósseos, que hoje conhecemos. Daí, aos poucos, se foram desdobrando e constituindo entidades autônomas, dentro das classificações modernas.

Da antiga categoria dos osteo-sarcomas, um dos primeiros a ser destacado foi o mielo-plaxoma. Foi Nelaton quem separou êsse tipo que mais tarde passou a se chamar tumor de células gigantes.



Fig. 4 — Mesmo caso da figura anterior. Sarcoma osteogênico. Tecido osteoide no centro e ósseo, no lado esquerdo.

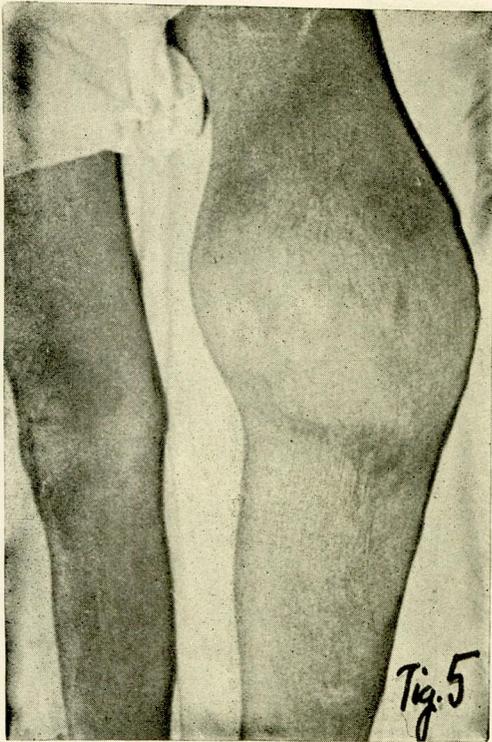


Fig. 5 — Grande tumor do joelho esquerdo (fêmur). Idade 19 anos. Evolução de 6 meses. Diagnóstico histológico: Sarcoma osteogênico. Reg. 6123 — S. N. C.

Depois, Kahler isolou os mielomas. Em seguida, Ewing distinguiu os reticulo-endoteliomas. Finalmente, o registro de Sarcomas do Colégio Americano de Cirurgiões, de 1920, baseado sobretudo nos estudos de Ewing, fez novo desdobramento e ofereceu a classificação moderna, que hoje nos serve de guia.

Uma das classificações mais antigas, ao mesmo tempo clínica e anatômica e que agradava pela simplicidade, foi a de Tavernier. Andou em voga por muito tempo. É que naquela época o mundo científico seguia a cultura francesa. Mais tarde, sobressairam-se os alemães e, nos últimos anos, os norte-americanos. Assim, sendo francesa a nossa primeira fonte de cultura, perdurou o velho termo de osteo-sarcoma por muito tempo entre nós.

Damos aqui primeiramente, a antiga classificação de Tavernier, que é a seguinte:

- 1º — Osteo-sarcomas;
- 2º — Tumores com mielo-plaxa;
- 3º — Mielomas;
- 4º — Endoteliomas (baseado, naturalmente nos estudos de Ewing);
- 5º — Tumores secundários.

Mais tarde, Leclerc propôs uma classificação já mais ou menos dentro da concepção moderna, incluindo nela o termo de sarcoma osteogênico e de tumor de Ewing.

A chave dos sarcomas osteogênicos já se desdobra em outras sub-chaves.

Dêmo-la, apenas, a título de ilustração, porque atualmente existem classificações mais recentes de acordo com modernos conhecimentos. (Vide pág. seguinte).

Depois veio a classificação de Geschickter e Copeland que, baseada na

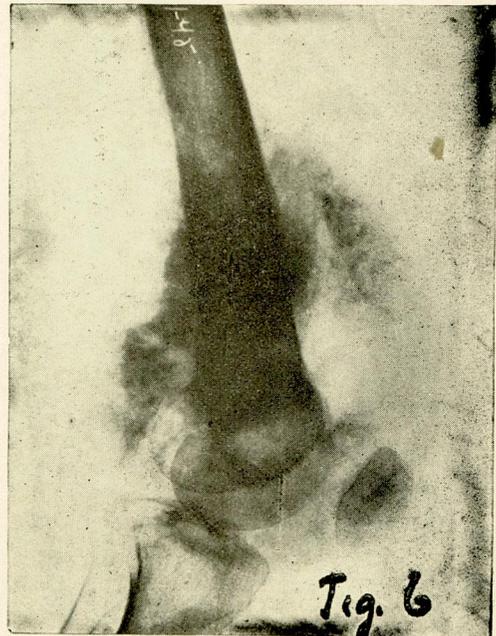
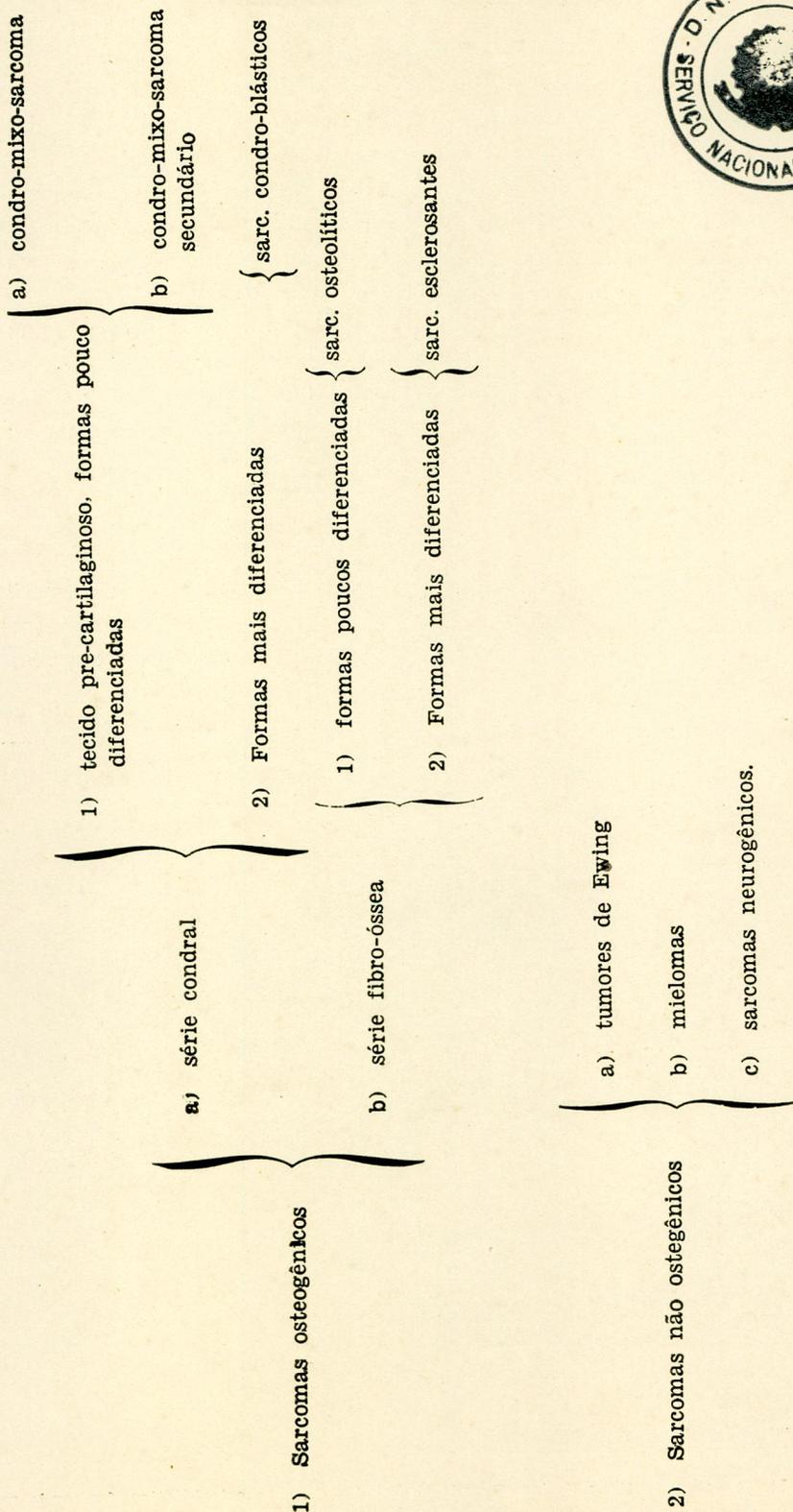


Fig. 6 — Mesmo caso da fig. 5. Extenso processo tumoral da extremidade inf. do fêmur, com aspecto radiológico ligeiramente radiado. Sombra irregular.

CLASSIFICAÇÃO DE LECLERC

- 1) Sarcomas osteogênicos
- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| Sarcoma osteogênico primitivo | } | Sarcoma osteolítico
Osteo-condro-sarcoma primitivo
Sarcoma esclerosante ou ossificante |
| Sarcoma osteogênico secundário | } | Transf. da doença de Paget
Sarcoma secundário à rádio-osteíte-condro-sarcoma
Tumores malignos de mieloplaxas (Transf. secundária) |
| Osteo-sarcomatose generalizada | | |
- 2) Fibro-sarcomas
- | | | |
|--|---|--|
| Sarcomas da medula óssea, do parênquima medular,
ou tecido de sustentação retículo-endotelial | } | Tumores de Ewing
Mielo-sarcomas
Plasmocitomas solitários |
|--|---|--|
- 4) Epitelioma primitivo
- 5) Câncer das fistulas ósseas.

CLASSIFICAÇÃO DE GESCHICKTER E COPELAND



histogênese, serviu de padrão, durante algum tempo. Os dois tipos de osteogênese observados no embrião humano, o tipo cartilaginoso e o membranoso, correspondem a dois tipos de sarcomas: o sarcoma cartilaginoso e o sarcoma fibro-ósseo. (Vide pág. seguinte).

Cada um desses grupos é subdividido, do ponto de vista da diferenciação, em formas primitivas e secundárias, que correspondem respectivamente a formas mais indiferenciadas e menos indiferenciadas.

CLASSIFICAÇÃO DO REGISTRO DOS SARCOMAS

O Colégio Americano de Cirurgiões instituiu um registro dos tumores ósseos, reunindo vasto material que foi estudado minuciosamente por Bowman Crowell. Baseando-se sobre esses dados, ele reformou mais tarde sua antiga clas-

rificação e apresentou a seguinte, que nos tem servido de guia no Serviço Nacional de Câncer.

Nela, as sub-divisões da linhagem dos sarcomas osteogênicos, do ponto de vista da estrutura histológica e da origem embriológica é muito interessante, mas num estudo clínico, sumário, não nos deve deter.

Sob o aspecto clínico e terapêutico, as sub-divisões do sarcoma osteogênico não têm também grande importância porque o tratamento é mais ou menos o mesmo: cirurgia.

Assim vejamos:

I — Série de sarcomas osteogênicos

- | | | |
|---|----------------------------------|--------------|
| } | a) medular e subperióstico | |
| | b) telangiectásico (osteolítico) | |
| | c) esclerosante (osteoblástico) | |
| | d) perióstico | |
| | e) fibrosarcoma | { medular |
| | f) perostal | { perióstico |

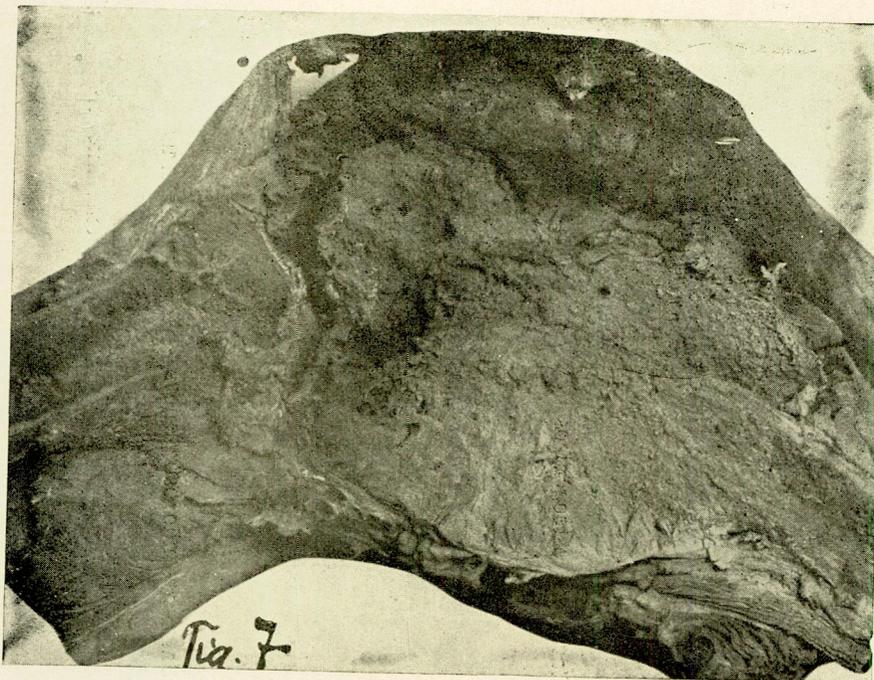


Fig. 7 — Mesmo caso da fig. anterior. Grande tumor destrutivo e osteoblástico, formando massa única na extremidade inf. do fêmur.

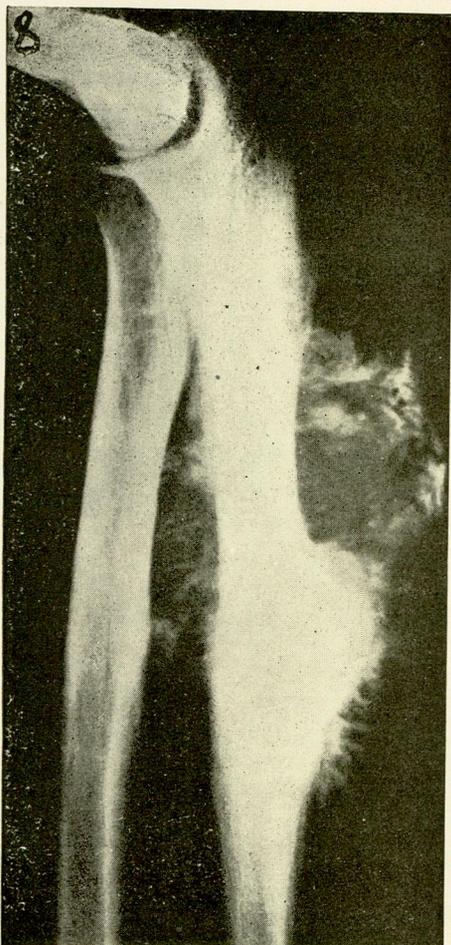


Fig. 8 — Verdadeira neo-formação óssea, integrando o eixo do cúbitus, desde a diáfase até a metafise proximal, com áreas de condensação, espículas e sombras irregulares de calcificação. Reg. 13.160 — S. N. C.

Compreende-se logo, como é difícil na clínica, saber se a lesão é perostal ou de um fibro-sarcoma perióstico; se de dentro do osso (medular) ou sub-perióstica. As dificuldades são grandes na clínica e ainda maiores na histologia quando se procura estabelecer as subdivisões. Temos aqui mesmo no Serviço visto vários casos em que o diagnóstico fica em suspenso dentro da chave do osteogênico. Idem, idem, nas outras chaves, como se poderá ver no estudo da classificação:

II — Série dos condromas

- a — Condro-sarcoma
- b — Mixosarcoma

III — Série dos tumores de células gigantes

- a — Maligno
- b — Benigno

IV — Série dos Angiomas

- a — Angio-endotelioma
- b — Endotelioma difuso

V — Série dos Mielomas

- a — Células plasmáticas
- b — Mielocitoma
- c — Eritroblastoma
- d — Linfocitoma

VI — Retículo-sarcomas

VII — Liposarcomas

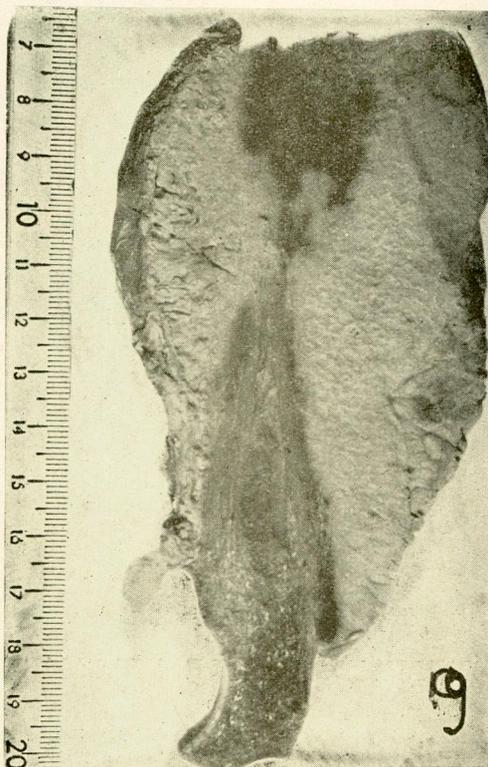


Fig. 9 — Peça operatória do caso ant., mostrando um tumor denso, duro, de formação óssea, fazendo parte do eixo ósseo. Sarcoma osteobrástico.

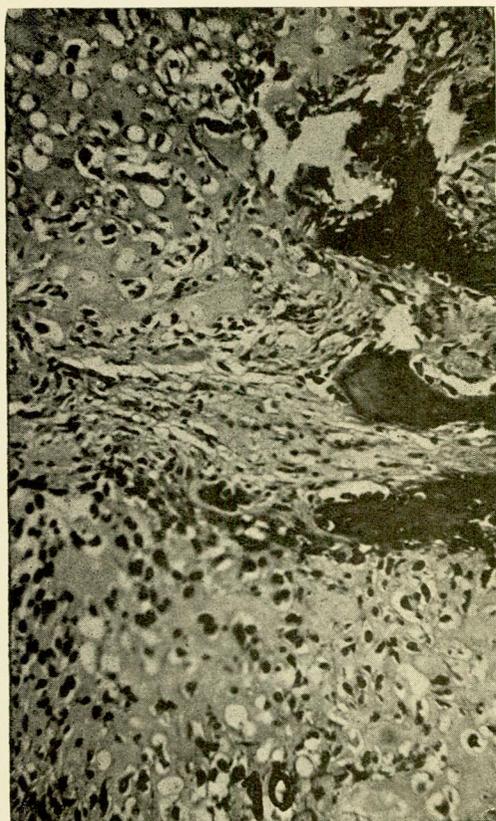


Fig. 10 — Mesmo caso anterior. Áreas de aspecto cartilaginoso, outras com través ósseas já bem constituídas. Sarcoma osteogênico, tipo esclerosante, ou osteoblástico.

Assim, podemos, do ponto de vista clínico, como guia prático para quem não deseja se aprofundar, e para podermos enfeixar o assunto numa aula, estabelecer uma divisão geral em cinco grandes chaves:

- 1º — Sarcoma osteogênico
- 2º — Mielomas
- 3º — Retículo-sarcomas
- 4º — Tumor de células gigantes
- 5º — Tumores secundários.

DIFICULDADES DE DIAGNÓSTICO

Três métodos principais servem ao diagnóstico: a clínica, a histopatologia e a radiografia.

No diagnóstico dos tumores malignos dos ossos, muito vale a experiência para diferenciar os vários tipos que podem afetar o esqueleto.

No diagnóstico precoce, a ser feito com mais frequência do que acontece atualmente em nosso meio, dever-se-ia sempre lembrar que nêle reside a única oportunidade de cura da doença e que seu primeiro sinal clínico é a dôr. E, em caso de dôr persistente num membro ou num determinado osso, os raios X podem revelar lesões incipientes.

A suspeita de nevralgia, reumatismo ou artrite, com seu conseqüente tratamento sintomático, tem causado a muitos doentes a perda da oportunidade de salvação. Não é bôa conduta submeter do-

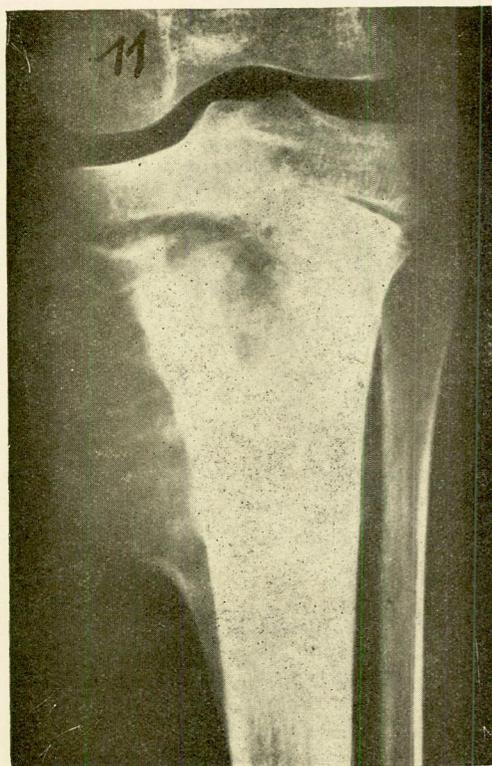


Fig. 11 — A massa tumerosa sobressai da face interna do osso com sombra de calcificação irregular " invade a metafise da tibia com áreas de destruição até a cartilagem de conjugação e a cortical do lado oposto. Sarcoma osteogênico, tipo esteolítico.
Reg. 13.176 — S. N. C.

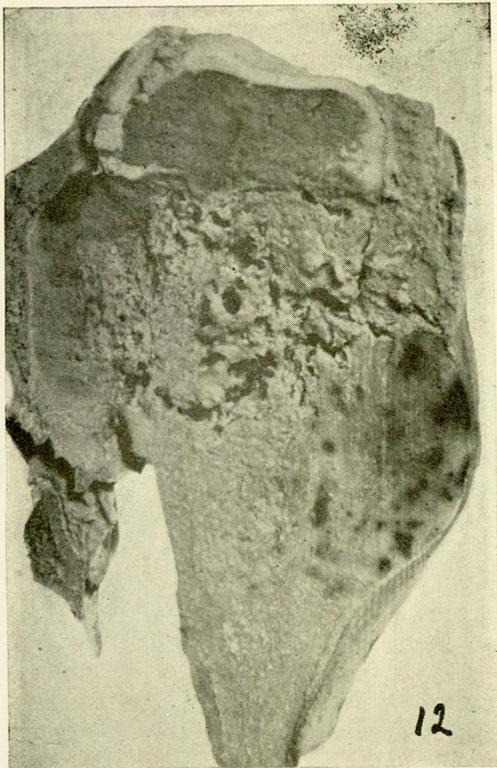


Fig. 12 — Peça operatória do caso anterior, mostrando uma área central francamente destrutiva e outra anterior com vascularização acentuada, tipo cavernoso.

entes dessa categoria, sem um diagnóstico certo, a tratamento com ioduretos, salicilatos, banhos de luz, massagens, etc. Nunca esquecer o valor dos raios X no diagnóstico diferencial entre lesões ósseas inflamatórias e outras de natureza maligna.

A dificuldade de diagnóstico não está só no silêncio com que se iniciam as lesões ósseas, mas na própria interpretação dos sintomas e sinais, quando já francamente declarada a doença.

Claro está que uma tumefação já formada, grande ou pequena, no eixo de um dos membros ou de um determinado segmento ósseo, faz logo suspeitar de neoplasia. O diagnóstico deve ser firmado, não só quanto à natureza tumoral

ou inflamatória da lesão, mas ainda quanto à benignidade ou malignidade da doença e ainda quanto ao tipo que lhe cabe nas classificações comuns das lesões ósseas, porque com este varia o tratamento e o prognóstico.

Aos três métodos principais de diagnóstico: a clínica, a radioterapia e a histopatologia podem se juntar ainda outros elementos de prova, tais como o exame químico do sangue, a punção esternal (mielomas) e a prova de rádio sensibilidade (Tumor de Ewing). Felizmente todos esses processos já vêm sendo empregados de maneira sistemática nas clínicas cancerológicas, de modo a sempre permitir o reconhecimento mais precoce das lesões ósseas.

Procura-se, por todos os meios, diferenciar os sarcomas osteogênicos do tu-

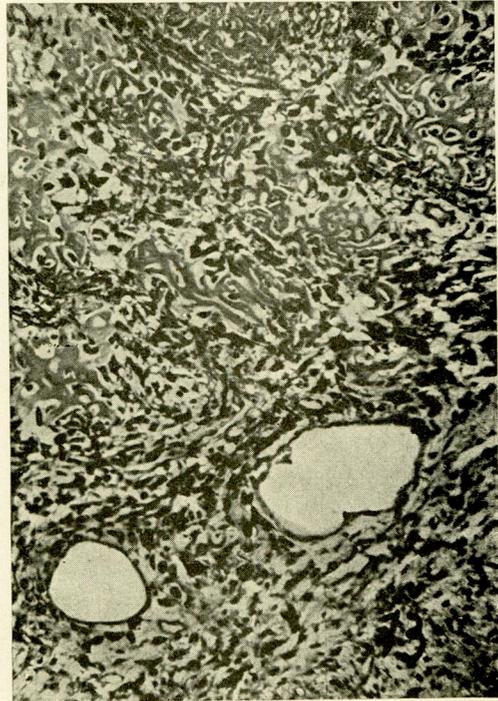


Fig. 13 — Mesmo caso anterior. Sarcoma osteogênico, com áreas em formação osteoide, ao lado de elementos celulares indiferenciados. Presença de vasos sanguíneos.

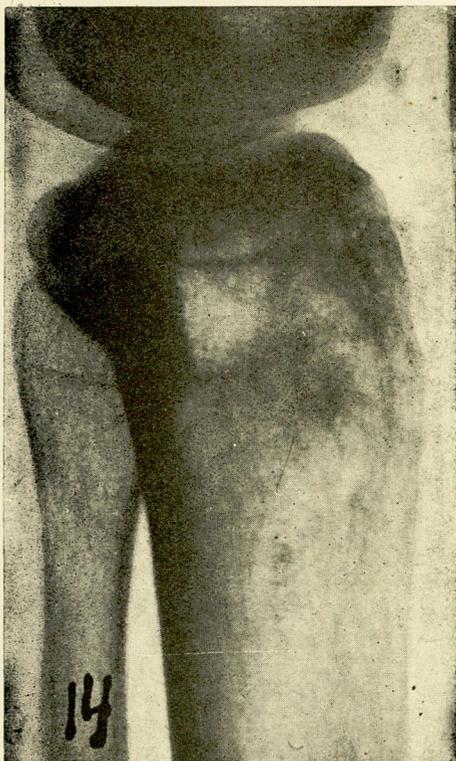


Fig. 14 — Lesões ósseas da extremidade sup. da tíbia, tipo osteolítico, interessando tanto a cortical na face interna como a camada medular. Biópsia: Fibro-sarcoma. (A. Fialho). Reg. Particular

mor de Ewing, do mieloplaxoma, dos mielomas e de tantas outras lesões que com êle se podem confundir, tais como a osteíte deformante de Paget, a osteíte policística de Recklinghausen, a doença de Christian-Schuler, o carcinoma metastático, a sífilis óssea, etc.

O exame químico do sangue dos doentes tem trazido também valioso elemento de diagnóstico, porquanto é sabido que a fosfatase se acha elevada na osteíte deformante de Paget, o cálcio na doença de Recklinghausen e as proteínas nos mielomas.

E, no diagnóstico de um tumor dos ossos, todos os meios devem ser empregados: a história mórbida, o tempo de doença, o osso afetado, a localização da lesão no segmento ósseo, a multiplicidade

de lesões, as dores, a tumefação, o aspecto radiológico, a punção esternal, a histopatologia e até mesmo, a prova da rádio-sensibilidade.

Se os dados clínicos, radiológicos e laboratoriais não bastam para estabelecer diagnóstico, cumpre o emprêgo da biópsia, seja por punção, seja a céu aberto.

No estudo das lesões ósseas, é preciso lembrar que toda neoformação do esqueleto, qualquer que seja, mesmo distrófica, pode tornar-se maligna, de um momento a outro, e não há meio certo de se reconhecer o início dessa transformação, sinão pelo exame histo-patológico.

Os próprios sinais radiográficos, a pesar de oferecerem a melhor fonte de informação depois da histologia, não dei-

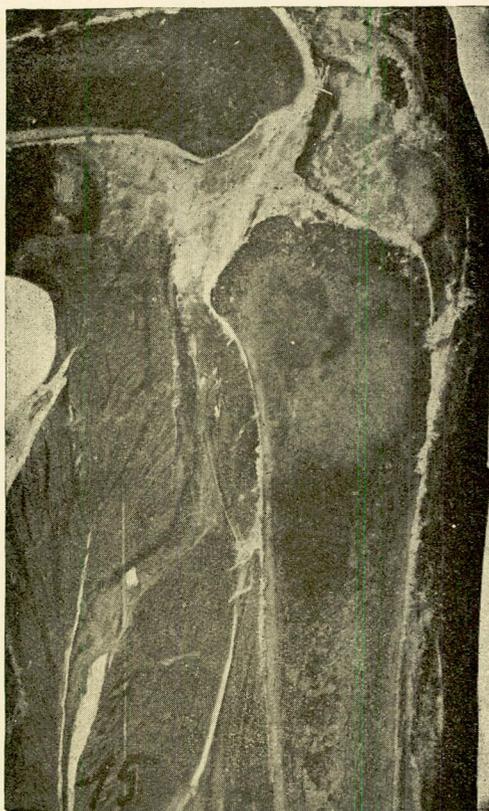


Fig. 15 — Caso da fig. anterior. Lesões ósseas centrais, osteolíticas, irregulares.

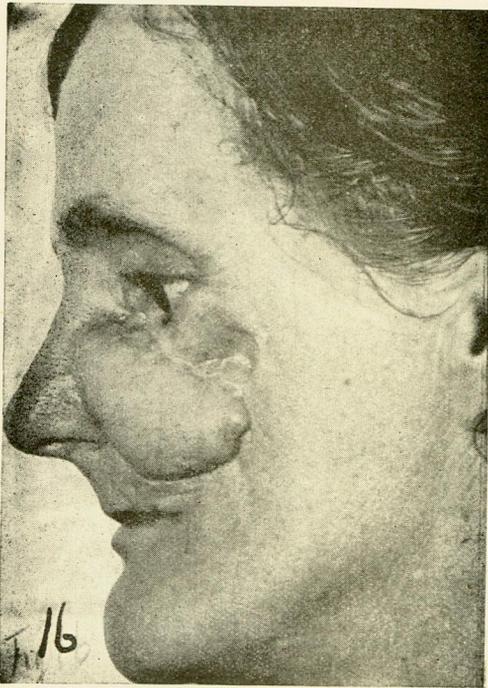


Fig. 16 — Sarcoma osteogênico do maxilar superior, curado há mais de 5 anos pela eletro-cirurgia. Registro-particular.

xam de ser manifestações tardias, só revelando as lesões depois de constituídas.

Como vimos, em tôdas as classificações dos tumores ósseos, há grupos que se distinguem facilmente, tais como os sarcomas osteogênicos, os mielomas, os tumores de Ewing. Mas, as subdivisões desses grupos às vezes se confundem ou contradizem.

Assim, na rubrica dos sarcomas osteogênicos, reúnem-se tumores que só aparecem no adulto, outros só na criança; uns são destruidores de osso (osteolíticos), outros são construtores de osso (esclerosantes); uns cedem rapidamente às irradiações, outros são resistentes.

No grupo dos mielomas, há um tipo que aparece nos velhos, os mielomas múltiplos — dando albuminúria e levando os doentes à morte em poucos meses; e outro tipo, clinicamente diferente, o mie-

loma solitário que é de relativa benignidade, isto é, menos maligno que o outro.

HISTOPATOLOGIA

Mesmo tendo base na histopatologia, as classificações dos tumores ósseos encontram certas dificuldades que provêm da interpretação, ao microscópio, dos cortes dos tecidos.

Do ponto de vista prático, a simples classificação de tumor maligno ou benig- no pode bastar. Do ponto de vista científico, no entanto, é obrigação classificar-se o tipo de tumor precisamente em determinado grupo. Há na verdade grupos que não apresentam dúvidas: os tumores epiteliais secundários, os mieloplaxomas, os mielomas e os tumores de Ewing. Outros não. As maiores dificuldades estão nos sarcomas osteogênicos. E' pre-

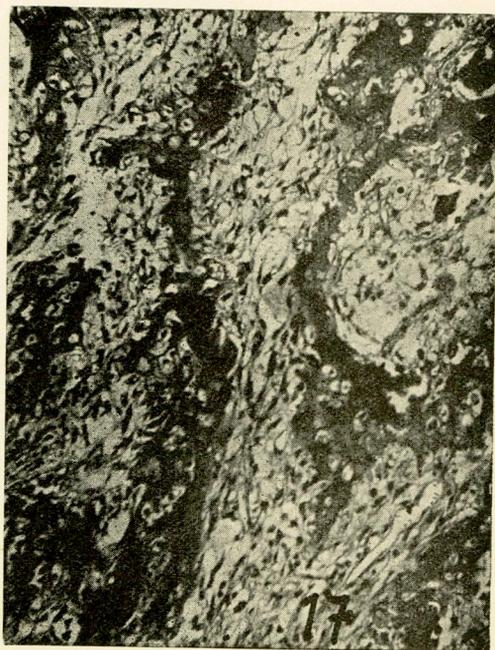


Fig. 17 — Mesmo caso da fig. anterior. O tecido ossificado é disposto em formações delgadas anastomosadas ou não. Entre elas verifica-se um tecido mole, ora do tipo fuso-celular, ora em polimorfismo pouco acentuado. (A. Fialho).

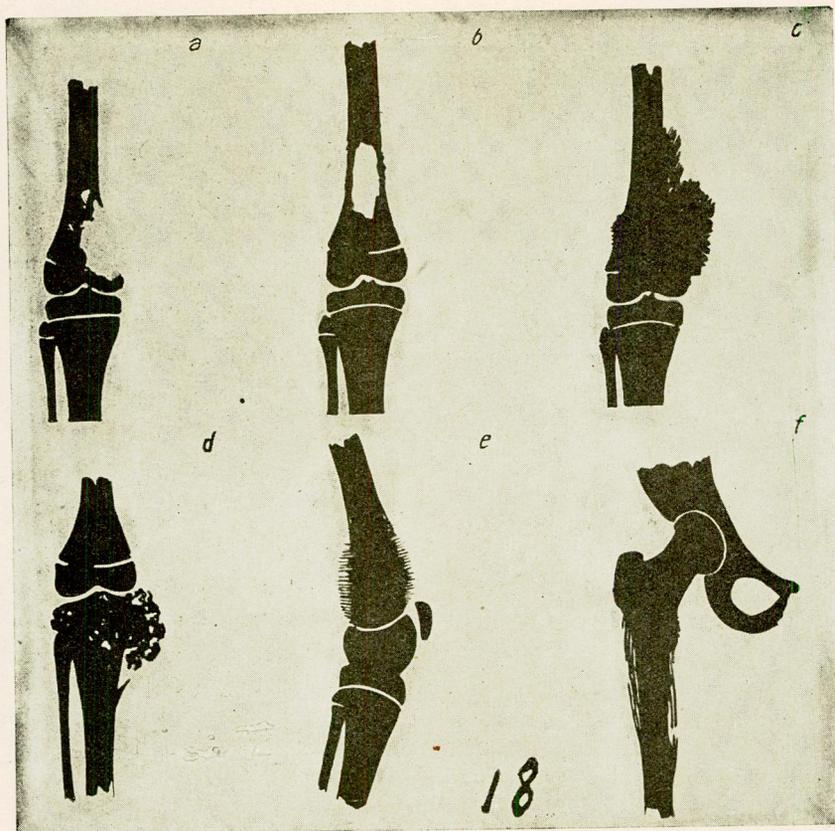


Fig. 18 — Esquema Schinz mostrando os diferentes aspectos radiológicos do sarcoma osteogênico. a) tipo periférico do sarcoma osteog. osteolítico; b) tipo central; c) tipo osteo-esclerótico; d) tipo irregular calcificante; e) sarcoma osteogênico com espículas; f) sarcoma osteog. diafisal (similar ao tumor de Ewing).

ciso não esquecer que na série conjuntiva não há *test* seguro de malignidade ao microscópio. E' difícil até, afirmar às vezes, se uma lesão é benigna ou maligna.

E' o caso, por exemplo, dos tumores cartilaginosos. A mudança do condroma para condro-sarcoma faz-se sem grande transição. Há enfim os casos, onde vários cortes de um mesmo tumor dão respostas diferentes. E' enganador concluir-se por um único corte. Os tumores ósseos nem sempre são homogêneos. Têm aspecto celular variável de acordo com o ponto onde foi retirado o fragmento para exame. Maior cuidado deve ser tomado ao firmar-se um diagnóstico pelo

aspecto celular de alguns milímetros de tecido retirado por biópsia. Não queremos com isso diminuir o valor da biópsia, pelo contrário, ela pode trazer grandes ensinamentos, mórmente quando se trata de indicar o prognóstico de uma lesão em causa e o tratamento a ser empregado.

O exame histológico, para ter valor, deve abranger grande parte do tumor ou tomar diferentes pontos do mesmo. Só assim poder-se-á fazer idéia completa da textura da neoplasia e da chave, a que pertence no quadro das classificações.

E' preciso ainda lembrar que o desenvolvimento do esqueleto humano nunca é completo. Em tôdas as idades, há

certos zonas, onde persistem as formas de transição, para os diferentes tecidos. Cada uma dessas transições representa uma etapa, uma possibilidade para a formação tumoral e uma dificuldade de interpretação tecidual. Assim, conclui-se que, na análise de um tumor ósseo, não vem em linha de conta somente o número dos diferentes elementos que formam a estrutura do esqueleto, tais como o tecido conjuntivo, a cartilagem e o osso, mas, também, as diversas fases de desenvolvimento por que passa o osso até alcançar seu estado adulto. Em geral, numa dessas fases é que se forma o tumor.

As dificuldades aparecem também quando se procura estabelecer a diferença entre um osso normal, em fase de desenvolvimento, e um tumor ósseo, em formação. O que constitui o polimorfismo do aspecto histológico dos sarcomas osteogênicos, é justamente a sua faculdade de gerar osso, de produzir osteo-

blastas, em todos os variados estados de seu desenvolvimento, desde a simples célula fusiforme indiferenciada, até às células cartilaginosas e ósseas.

Enfim, a estrutura da neoplasia óssea é muito variável e multiforme. Todas as transições e todas as combinações são possíveis. Vão desde o tecido fibroso até o osso, propriamente dito, passando pelos tecidos mixomatosos e cartilaginosos. Raramente, um só destes elementos forma a totalidade da textura. Às mais das vezes, há mistura de um ou mais desses elementos de transição, tornando polimorfo o aspecto histológico do sarcoma osteogênico.

RÁDIO-DIAGNÓSTICO

A contribuição dos raios X no diagnóstico do câncer dos ossos é preciosa. Como todo meio de investigação, seu

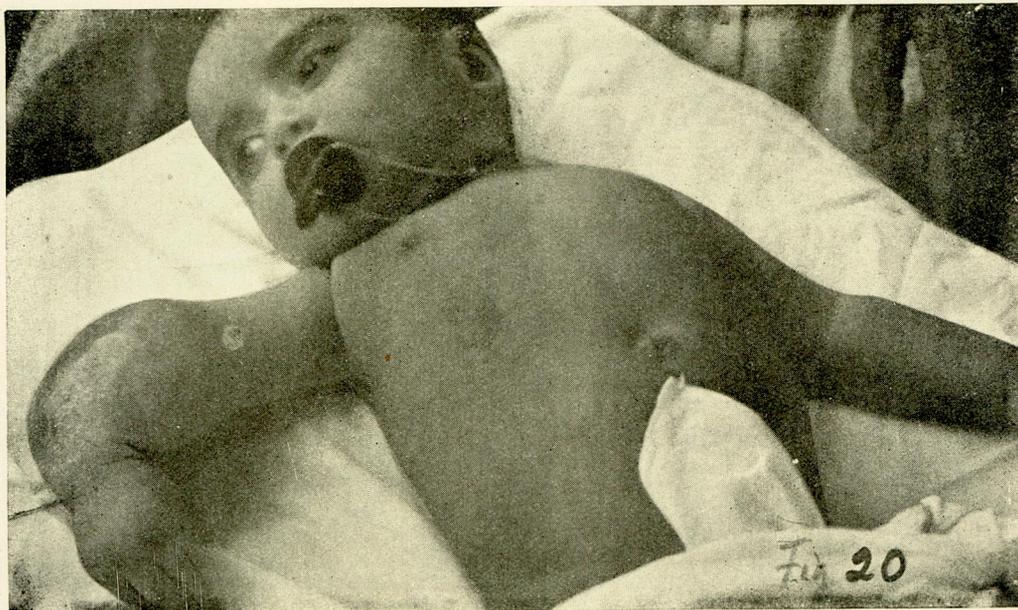


Fig. 20 — Grande tumor de antebraço. Diag.: Fibro-sarcoma, congênito, dos ossos do antebraço direito. Reg. Particular.

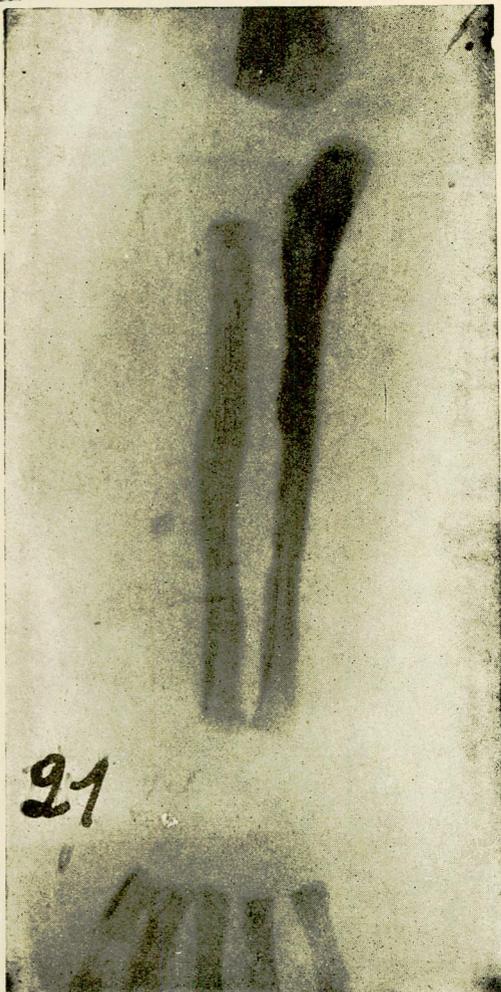
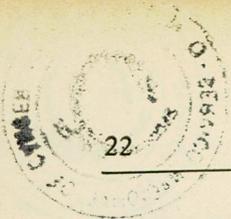


Fig. 21 — Mesmo caso da fig. anterior. Radiografia, feita oito dias após o nascimento, já mostrou lesão no terço médio do cúbito e do rádio, caracterizadas sobretudo por espessamento do perosteio e alterações da cortical.

valor não é entretanto, absoluto. Suas possibilidades são limitadas. Só mostram as lesões depois de haver destruição óssea, sem no entanto, traduzir a natureza dessas lesões.

Como nos outros processos patológicos, a radiografia é sinal indireto e tardio.

Sinal indireto, porque não é propriamente o tumor o que é visto na chapa radiográfica, mas apenas as alterações da estrutura óssea, provocadas pela lesão.

Essas alterações ósseas são combinações várias de destruição e neoformação, isto é, os dois processos clássicos de reação do esqueleto à agressão patológica, quer seja tumoral, inflamatória ou distrófica. E' puramente por dedução que se conclui que as alterações da estrutura óssea sejam devidas a sarcoma ou a epiteloma primitivo, ou metastático. Sabe-se apenas

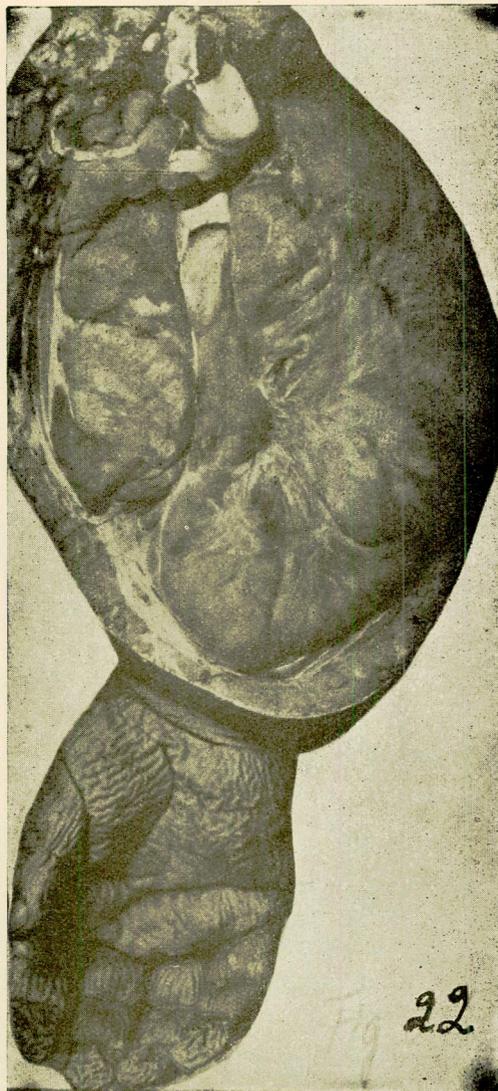


Fig. 22 — Mesmo caso da fig. anterior. Peça operatória. Tumor duro, consistente, de aspecto condromatoso, em conexão íntima com os ossos do antebraço.

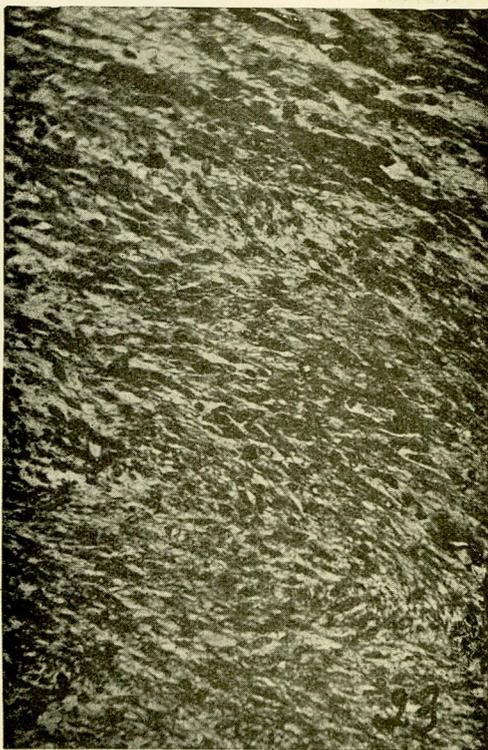


Fig. 23 — Tumor constituído por elementos fusiformes, que se dispõem irregularmente. Observam-se também muitas fibras. Diag. Fibro-sarcoma. (A. Fialho).

que este ou aquêle tipo de lesão tem características especiais aos raios X.

Pela radiografia nem sempre se pode estabelecer o tipo exato do tumor em causa e a chave a que pertence nas classificações. Já é muito, às vezes, se poder concluir que é maligno ou benigno.

Sinal tardio, porque é lenta a reação do tecido ósseo aos diversos processos patológicos. Geralmente decorrem meses até que as alterações se tornem perceptíveis aos raios X. Talvez os tumores malignos sejam mais rápidos em seu processo destrutivo. Quando são osteolíticos, tornam-se mais facilmente reconhecíveis no comêço.

Surpreendendo-se pela radiografia uma sombra de destruição parcial, mui-

to limitada, tem-se o dever de apelar para a histopatologia, que pode nesses casos afastar as dúvidas.

E' mais fácil às vezes diferenciar um tumor maligno de um benigno, do que um maligno de um processo inflamatório, quer pela radiografia, quer pela histologia.

Os tumores benignos aparecem nas chapas como sombras claras, arredondadas, regulares, de contornos nítidos. Fóra dos bordos da lesão, o osso mostra-se normal, sem descalcificação, nem hiperostose.

Os tumores benignos (fibroma, mi-xoma, condroma, tumor benigno de células gigantes, cistos ósseos), crescem, destruindo o osso até atingir a cortical. Esta cortical, no entanto, é sempre reforçada por proliferação óssea que vai substituindo a antiga, afinada pela dilatação.

O osso deformado e a cortical muito afinada dão a imagem de osso soprado. Como casca de ovo, há sempre uma linha de contorno, fina, que envolve a tumefação. Este é sinal de benignidade. As partes moles também ficam sempre respeitadas. Quando chega a haver ruptura da cortical, persistem sempre vestígios desta casca e as suas linhas já rotas mostram ainda aspecto de osso soprado.

A imagem da estrutura íntima do tumor é variável. E' homogênea, como cistos, ou atravessada por septos, formando lacunas, como nos miéloploxomas ou granitada, como nos condromas.

Enfim, nos tumores benignos, é principalmente a nitidez dos limites e a densidade da cortical que formam os sinais radiológicos característicos. E' preciso lembrar que os tumores malignos de

evolução lenta também podem ter contornos regulares.

Nos tumores *malígnos*, os limites são difusos e os contornos irregulares. O tumor infiltra o osso antes de destruí-lo. Quando a lesão atinge a cortical, esta é destruída antes de ser soprada e a infiltração invade logo as partes moles, descolando o periosteio. Assim, nas lesões *malígnas*, devemos não só estudar a estrutura do tumor, mas também a reação do tecido ósseo em torno da lesão.

A *estrutura íntima do tumor*, em vez de ser homogênea e regular como nos tumores *benígnos*, aqui aparece

como uma sombra densa e irregular, desfazendo a trabeculação característica do tecido ósseo normal.

Essa estrutura varia conforme o tipo do tumor: clara e homogênea nos mielomas; em forma de núvens irregulares, com pontos de calcificação ou formação óssea, nos sarcomas osteogênicos; aspecto lamelado por dissociação das travess ósseas, nos tumores de Ewing...

A *reação do tecido ósseo* é quase sempre de duplo processo: destruição e construção óssea. Podem ser equivalentes, mas as mais das vezes um processo predomina sobre o outro, dando lugar ao tipo osteolítico ou, ao contrário, ao



Fig. 24 — Grande tumor do joelho direito (fêmur). Idade de 20 anos. Evolução 5 meses. Diag. histológico: Condro-sarcoma. Reg. 7372 — S. N. C.

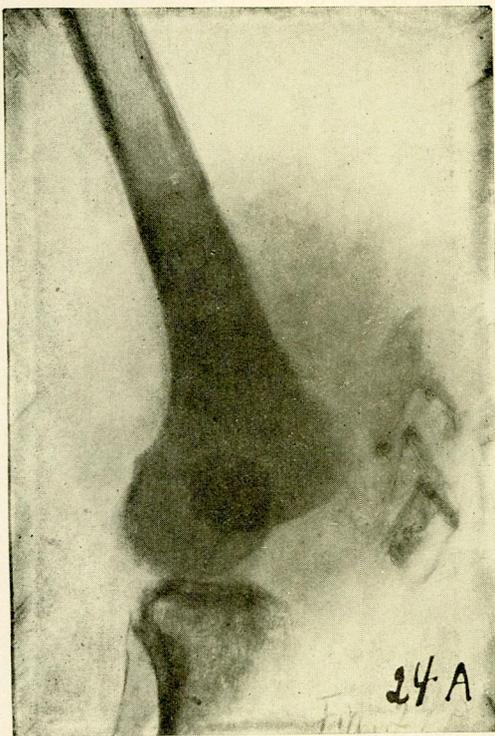


Fig. 24A — A radiografia mostra aspecto grosseiro do trabeculado ósseo da extremidade inferior do fêmur, com rarefações da cortical na face anterior. A massa tumoral propriamente dita é constituída por tecido com transparência de partes moles, contendo, próximo ao osso, massas calcificadas, sem estrutura especial e de limites imprecisos. O aspecto radiológico lembra o condro-sarcoma.

tipo ossificante. Isso depende muito da variedade histológica, a qual dá ao tumor, grau maior ou menor de atividade celular.

O sarcoma osteogênico afeta principalmente a metafise e tem evolução ex-cêntrica, perpendicular ao eixo do osso. É destruidor ou edificador de osso, formando as duas variedades, osteolítica ou esclerosante. Há, além disso, reação periférica, sob a forma de agulhas perpendiculares ou espículas.

O fibro-sarcoma dá sombra irregular, nebulosa muito desenvolvida, com invasão das partes moles. Ataca o osso de

fóra para dentro, seja erodindo-o ligeiramente, seja infiltrando-se profundamente no canal medular. É principalmente osteolítico.

O sarcoma de Ewing age por infiltração difusa. Ataca a diafise em grande extensão, dando espessamento da cortical que é dissociada em lâminas paralelas ao eixo do osso, com aspecto de casca de cebola.

O mieloma é essencialmente um tumor de localização múltipla. É osteolítico, dando imagem transparente e limitado por uma casca fina, às vezes soprada, mais descontínua, como se fosse lesão metastática.

Enfim, na interpretação das imagens radiográficas não se deve esquecer que o grau de evolução, rápida ou lenta, é que forma as limitações das lesões, as quais serão mais ou menos acentuadas, formando aspecto característico de malignidade ou benignidade. A limitação das lesões exprime apenas menos rapidez na evolução dos tumores.

De qualquer forma, esse sinal de limitação das lesões tem grande valor diagnóstico e até certo ponto prognóstico.

Os sinais radiológicos são, entretanto, típicos em certos casos: ósteo-condro-sarcomas primitivos, sarcomas esclerosantes, condro-sarcomas dos adultos, nos tumores de Ewing, com suas estriações paralelas, em casca de cebola. A radiografia serve muito na diferenciação entre tumores malignos e afeções benignas: cistos, mieloplaxomas, condromas benignos, etc.

Há certamente os casos difíceis, onde mesmo as boas radiografias deixam dúvidas sobre o diagnóstico. São as lesões iniciais. Nessa hipótese não se deve hesitar em recorrer à biópsia. A histologia

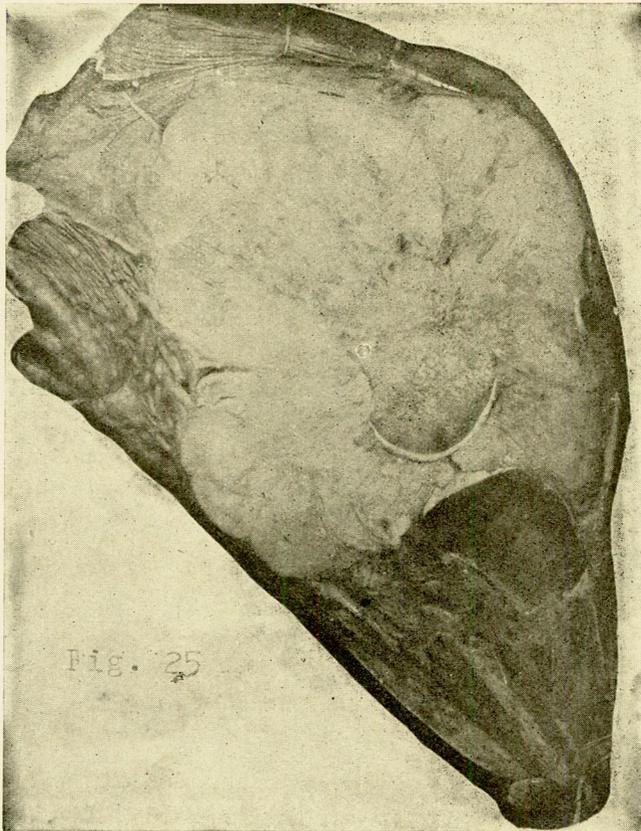


Fig. 25 — Peça operatória. O volumoso tumor compromete a extremidade distal do fêmur, formando bloco único, de contornos nítidos, regulares, arredondados e constituído de tecidos condromatoso.

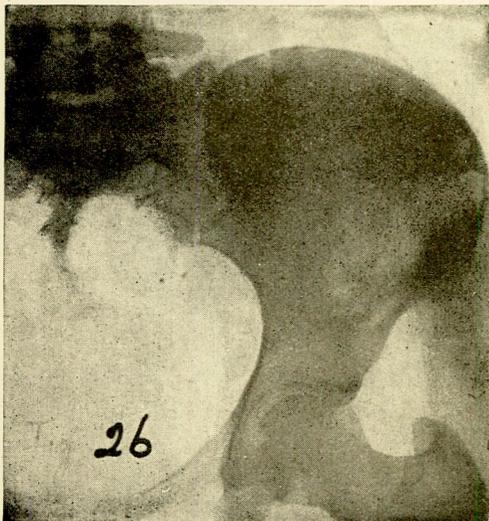


Fig. 26 — Processo osteolítico, irregular, sem delimitações precisas da aza do íliaco esquerdo. Idade 20 anos. Evolução 4 meses. Diag. Condro-sarcoma do íliaco — Reg. 1118 — S. N. C.

poderá elucidar as dificuldades encontradas pelo rádio-diagnóstico. Não é fácil, às vèzes, ante a radiografia, estabelecer-se o diagnóstico diferencial entre um tumor benigno e o plasmacitoma solitário; o tumor de Ewing e as lesões inflamatórias; um tumor secundário e o sarcoma osteolítico.

Nos casos difíceis, é preciso juntar a contribuição dos três métodos: clínica, radiografia e histologia. Tõdos têm fraqueza, nenhum é absoluto. E' importante saber, entretanto, que tendo êstes três métodos suas dificuldades de interpretação diagnóstica, estas não coincidem. Justamente onde a radiografia tem os maiores embaraços — tumores de Ewing, certos mielomas, tumores secundários,

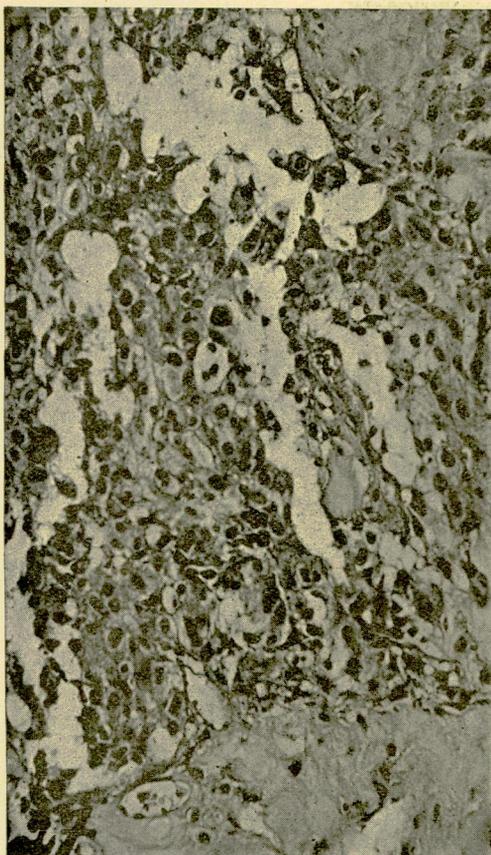


Fig. 27 — Condro-sarcoma. Caso da fig. 26. Blastoma formado por células cartilaginosas, desiguais, volumosas com hiper cromatismo nuclear. Na periferia v-se tecido ósseo.



Fig. 27A — Mesmo caso da fig. 26, depois de operado. Ressecção de parte da aza do ilíaco.



Fig. 28 — Tumor do dedo médio direito. Idade de 18 anos. Evolução de 8 meses. Diag.: Condroma da falange do 3.º quirodátilo direito. Reg. 1094 — S. N. C.



Fig. 29 — Mesmo caso da fig. anterior. Tumor de estrutura óssea de contornos irregulares, junto à falange, parecendo preso por um pedículo à cartilagem epifisária da extremidade proximal.

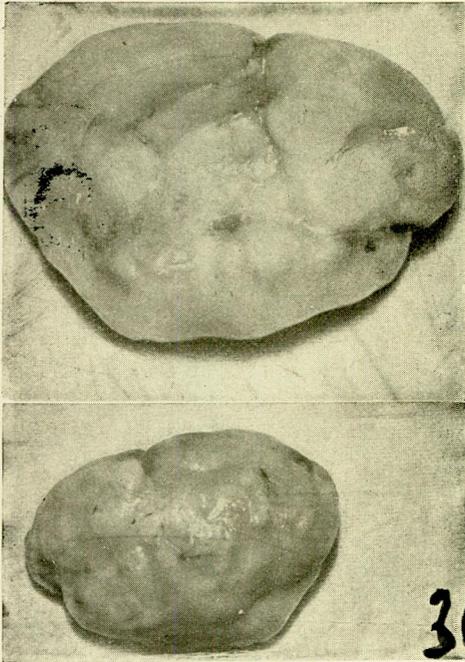


Fig. 30 — Mesmo caso da fig. anterior. Peça operatória. Tumor liso, de consistência elástica, condromatosa. Não havia conexão nítida com a falange. Condroma.

plasmocitomas solitários — aí a histologia decide facilmente. Ao contrário, os casos difíceis para o microscópio — tumor de mieloplaxos, certas osteites fibrosas, fibromas, condromas, sarcomas osteogênicos, são justamente fáceis para a radiografia.

E' claro que a distinção entre casos fáceis e difíceis sempre depende, em grande parte, da experiência do profissional. Muitos já familiarizados com a leitura de chapas radiográficas, chegam ou se aproximam do diagnóstico com mais facilidade, na ausência da biopsia, do que os que não têm o hábito de lidar com tumores ósseos.

CLASSIFICAÇÃO SIMPLIFICADA

Para não nos estendermos demasiado sobre os sinais que diferenciam um a um

os vários tipos que formam as subdivisões nas classificações dos tumores ósseos, daremos um estudo resumido, dividindo o câncer dos ossos em cinco grupos principais. Não ha mesmo grande interesse prático nas minuciosas subdivisões desses grupos, porquanto o tratamento deles é mais ou menos o mesmo, havendo apenas *nuances* quanto ao prognóstico. (Vide pág. seguinte).

Estudaremos, pois, como entidades individualizadas:

- 1) Sarcoma osteogênico
- 2) Tumor de Ewing
- 3) Tumor benigno de células gigantes (mieloplaxomas)
- 4) Mieloma
- 5) Tumores secundários.

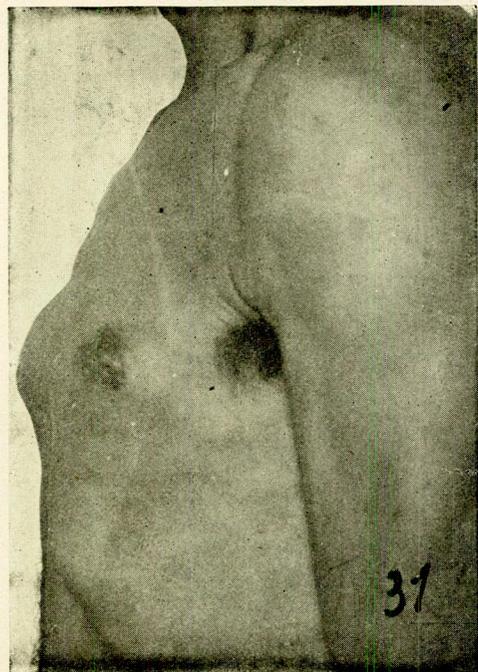


Fig. 31 — Grande tumor da região précondral. (externo). Evolução de 19 meses. Idade de 50 anos. Biópsia: Condroma do externo. Reg. 6393 — S. N. C.

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS 4 TIPOS DE SARCOMA ÓSSEO

Tipo	Incidência	Idade	Sexo	Tipo de osso afetado	Ordem de frequência	Séde no osso	Metástases	Séde das metástases	Aspécto radiográfico.
OSTEOGÊNICO	50% de todos os tumores ósseos	10-20	m-4 f-3	ossos longos qualquer osso	femur, tibia, humero, peroneo, omoplata	metáfise extremidade	muito frequente	pulmão e outros ossos	destruição e formação óssea.
TUMOR DE EWING	10%	5-15	m-3 f-1	ossos curtos e longos também	tibia, humero, femur, peroneo, clavícula, tarso	diafise centro	frequente	crâneo, pulmão não	destruição óssea, leve formação óssea.
TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES	25%	16-25	igual	ossos longos mandíbula	femur, tibia, mandíbula	extremidade inferior. Idem superior, centro dos ossos	não	figado, baço	destruição óssea, septação.
MIELOMA	mais raro de todos	40-60	m-2 f-1	ossos chatos	costelas, vértebras, esterno, crâneo, pelvis, clavícula, ossos longos	centro do osso	multiplicidade de lesões		destruição óssea.



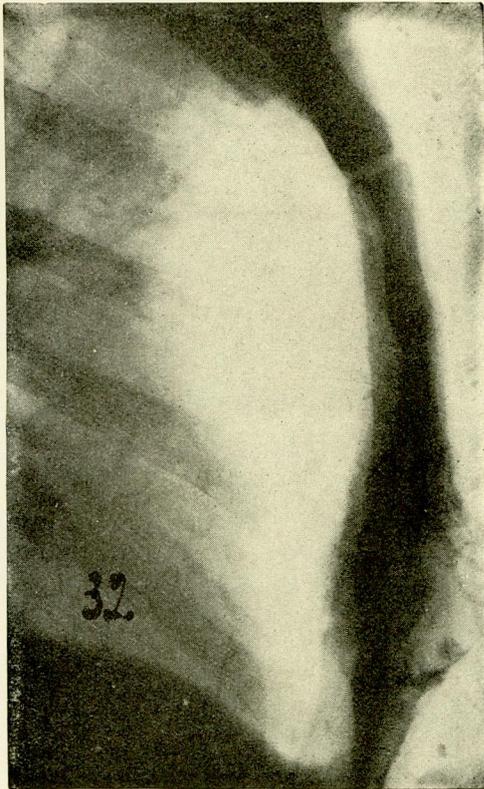


Fig. 32 — Mesmo caso da fig. anterior. O tumor parece interessar especialmente a extremidade interna da 7.^a cartilagem costal. A massa tumoral é rádio-transparente na sua maior parte, encontrando-se no centro zonas calcificadas, fazendo saliência por traz do esterno e delimitando-se com o pulmão.

SARCOMA OSTEOGÊNICO

O termo osteogênico significa sarcoma derivado de células que têm o poder de formar osso ou reproduzir os osteoblastas, quando completamente diferenciadas. O tumor, em última análise, é um osteoblastoma. É o verdadeiro tumor ósseo. O sarcoma osteogênico pode produzir células nos vários estados de evolução, porque passa o osteoblasta em seu desenvolvimento, desde a simples célula fusiforme, indiferenciada, até as células cartilaginosas e ósseas. Daí o seu polimorfismo histológico. Seu aspecto ao microscópio é de sarcoma de células

fusiformes, num estroma de substância hialina, fibrosa, cartilaginosa e óssea. As sub-divisões de sarcomas periosteal ou endosteal têm pequeno valor prático. Na verdade, não há sarcoma completamente de um ou de outro tipo, o tumor em geral compromete ambos os planos ósseos.

O sarcoma osteogênico é o tipo mais comum dos sarcomas ósseos. Em face do esqueleto, isto é, do osso hospedeiro, o sarcoma osteogênico porta-se diferentemente: ora é destruidor de osso — osteolítico, — ora é formador de osso — osteoblástico. Este fato é importante, do ponto de vista prático, porque aparecem dois diferentes aspectos nas imagens radiográficas: destruição óssea e formação de osso.

A razão de destruir ou edificar não está bem explicada, sabendo-se entretan-

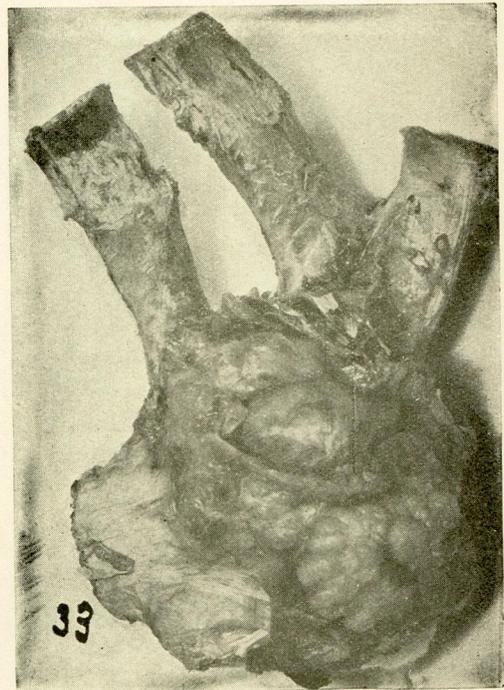


Fig. 33 — Mesmo caso da fig. anterior. Peça operatória, composta de uma porção do esterno e cartilagens da 7.^a, 8.^a e 9.^a costelas.

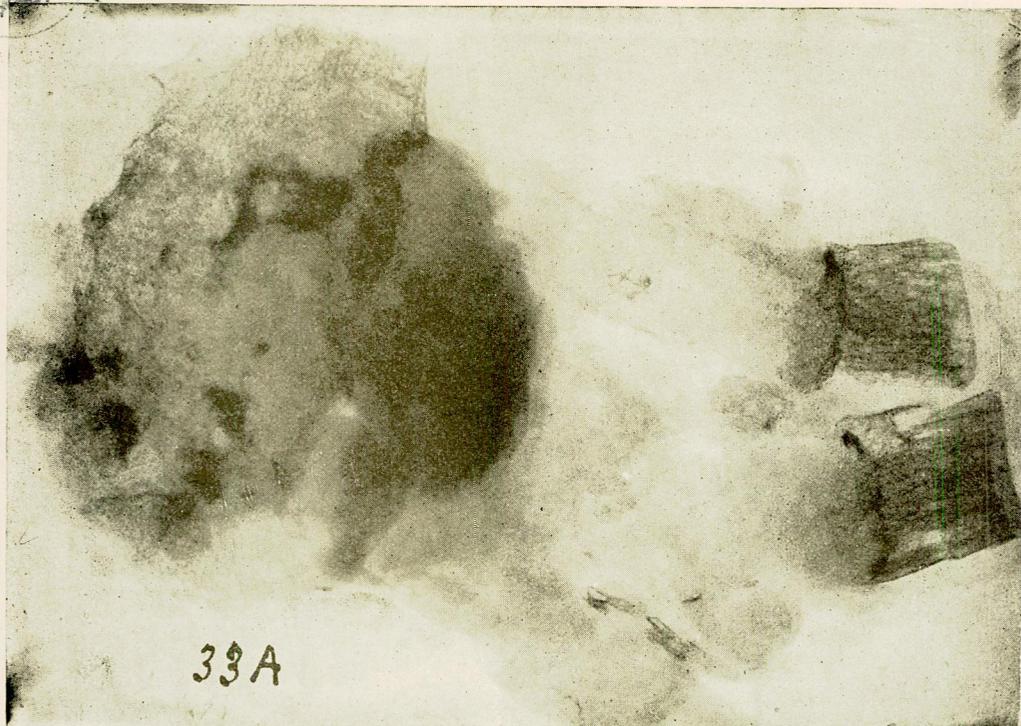


Fig. 33A — Mesmo caso da fig. anterior. Radiografia da peça operatória. Houve recidivas e a histologia mostrou então degeneração condro-sarcomatosa.

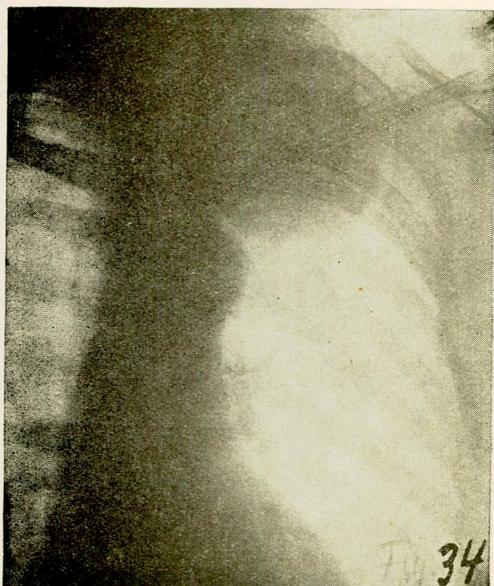


Fig. 34 — Sombra arredondada de contornos regulares e estrutura homogênea aos raios X, fazendo saliência intra torácica. Processo destrutivo da ext. proximal da 3.^a costela. Idade 76 anos. Evolução 13 meses. Diag.: Condroma (biópsia) — Reg. 2447 — S. N. C.

to, que a diferenciação das células tumorosas está em relação com o grau de malignidade e pode perfeitamente influir na reação por parte do osso com formação ou com destruição óssea. Quando a evolução é mais lenta, há construção óssea; ao contrário, quando a malignidade é maior, há destruição.

A incidência é de 50% de todos os tumores ósseos. No sexo, a proporção é maior nos homens, 4 sobre 3.

A maioria dos casos ocorre nos jovens de 10 a 20 anos.

Sede da doença: — O joelho é o local preferido. Dois terços de todos os casos afeta os membros inferiores. Dêsses, a metade afeta o fêmur e um quarto a tibia. A extremidade inferior do fêmur é quatro vezes mais atacada do que a superior.

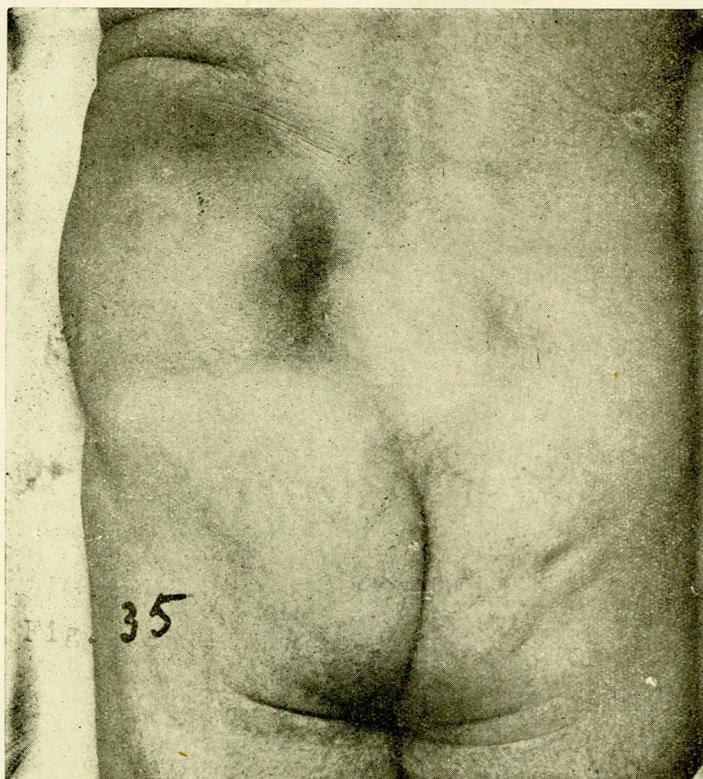


Fig. 35 — Grande tumor da região lombar esq. (ilíaco). Idade 47 anos. Evolução de 18 meses.
Diag.: Condroma. Registro: 1297 — S. N. C.

A ordem de frequência em que os ossos são atingidos é a seguinte: fêmur, tibia, humero, clavícula, perônio, omoplata, mãos, pés, cúbito, rádio, costelas, mandíbulas, vértebras, crâneo.

Sintomatologia: — A dor é o sintoma principal dos sarcomas osteogênicos. É persistente. Não é precoce, só aparecendo na formação do tumor, quando já é perceptível a tumefação. É devida à distensão do periosteio e à resistência que ele oferece ao crescimento do tumor. O traumatismo é sempre acusado pelos doentes. A tendência a êsse respeito é acreditar que o trauma foi percebido, porque já existia a lesão e não que a contusão tenha produzido o tumor.

A tumefação sempre aparece na evolução dos sarcomas osteogênicos, precoce

ou tardiamente, quer sejam osteolíticos ou esclerosante, tomando às vezes grande volume, a ponto de dobrar ou triplicar a dimensão do membro, antes de sobrevir ulceração. Esta raramente complica a evolução dos sarcomas osteogênicos. Tanto a dor como a tumefação são progressivas na evolução dos sarcomas osteogênicos.

À palpação, o tumor apresenta consistência dura, superfície lisa, raramente lobulado, tomando em geral o aspecto fusiforme. A pele, a princípio é normal, tornando-se nos últimos períodos distendida, com acentuada dilatação venosa. À pressão, a dor é fraca, nunca da mesma intensidade dos processos inflamatórios.

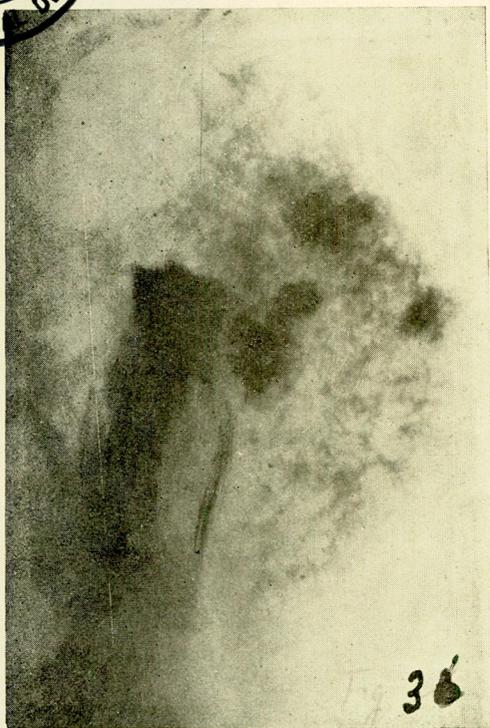


Fig. 36 — Mesmo caso da fig. 35. A estrutura da massa tumoral, implantada na parte média da crista ilíaca, é heterogênea, constituída por massas polimorfas na opacidade óssea e em meio de áreas com transparência de partes moles, dando o aspecto encontrado nos condromas.

Radiografia: — O aspecto radiológico é da maior importância. As imagens dos sarcomas osteogênicos aos raios X podem ser divididas em 5 tipos, conforme Schinz e Uehlinger: a) osteolíticos, b) osteo-escleróticos; c) com espículas irradiadas; d) com calcificação irregular; e) com lesões diafisárias.

a) Nos osteolíticos, a destruição pode ser central ou periférica, sendo a compacta sempre indene e o defeito irregular. Nunca há aumento de densidade por defesa óssea, como nas lesões inflamatórias.

b) Nos osteoblásticos, aparece a imagem com néo-formação óssea e

depósitos irregulares, fixados ao eixo do osso. A néo-formação pode ou não mostrar estrutura óssea, sendo, entretanto, mais ou menos de aspecto radiado. É difícil, às vezes, pelo roentgenograma, diferenciar os tumores osteoblásticos da osteomielite e da sífilis óssea.

c) Nas formas com espículas irradiadas, a imagem é típica. A metafise toma o aspecto de escova, como se fossem pequenas radículas emergindo perpendicularmente do eixo ósseo. O periosteio é descolado e percebe-se a imagem da massa tumoral em torno do osso.

d) Nas formas de calcificação irregular, a característica está em manchas irregulares, difusas sem estrutura óssea. Representam certamente degeneração de massas cartilaginosas (condrosarcomas) e é difícil mesmo, às vezes, separá-las das formas condromatosas puras, benignas. No sarcoma osteogênico, a destruição é mais difusa, em torno do osso, do que nos condromas. Estes têm aspecto de cacho de uva.

e) Nas formas diafisárias, a confusão é frequente com os tumores de Ewing e a osteomielite. A diafise é espessada e mostra certa ossificação periosteal. O osso é espessado e mais grosso do que o normal. Nos estados mais avançados, já há franca destruição da periferia do osso, trazendo, não raro, fratura patológica.

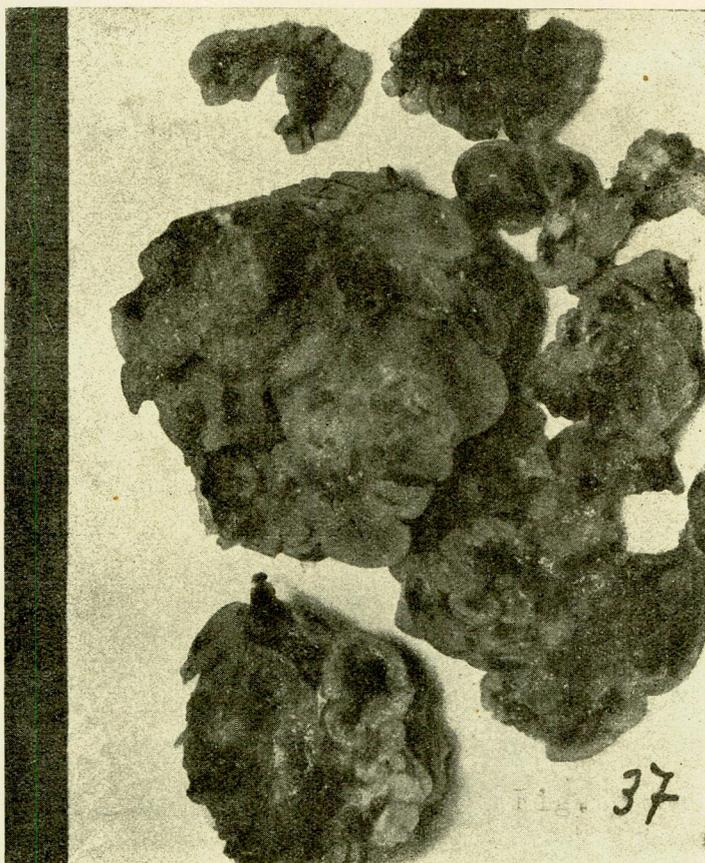
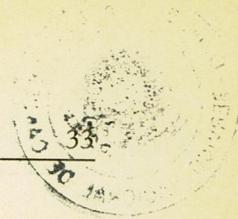


Fig. 37 — Mesmo caso da fig. anterior. Parte da peça operatória, ressecada da aza do iliaco.

TUMOR DE EWING

Antigamente descrevia-se um tumor ósseo especial, com a denominação de sarcoma de células redondas. O Registro Americano dos Sarcomas, baseado nos estudos de Ewing, separou em 1920 essa entidade que é completamente diferente dos sarcomas osteogênicos, não só pela sua feição clínica, como pelo aspecto histológico. Esse tipo de blastoma ósseo traz hoje o nome de Tumor de Ewing. Ewing chamou essa variedade de endotelioma do osso.

O seu aspecto histológico é típico, inteiramente diferente do sarcoma osteo-

gênico que nunca apresenta células redondas. A estrutura é formada de células miudas, redondas ou poliedricas, com pequeno núcleo e citoplasma claro com disposição predominantemente peri-vascular. Há aparentemente ausência de material intercelular. A origem desses tumores, presume-se, é o endotélio dos vasos sanguíneos, segundo Ewing. Macroscopicamente é formado de uma massa mole, branca ou acinzentada, como a substância cerebral, podendo ser confundida com o pús. Essa massa pode ocupar a parte central do osso ou se espalhar por dentro e por fora da compacta.

Forma 10% dos tumores ósseos.

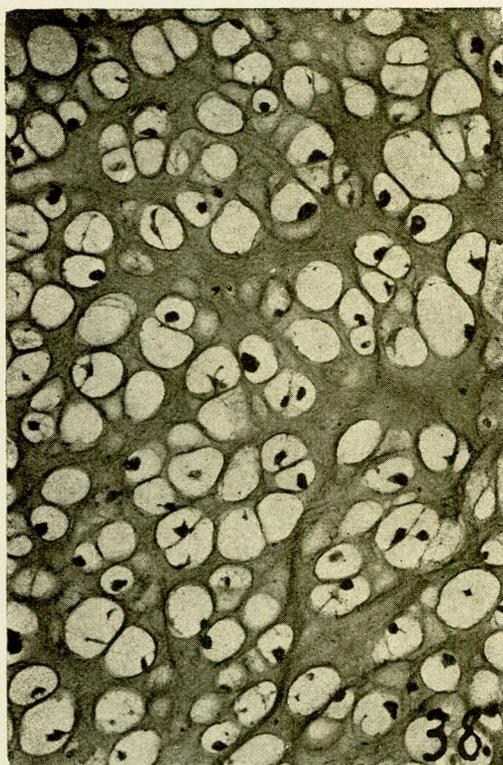


Fig. 38 — Mesmo caso da fig. anterior. Tumor de células cartilaginosas. Estes elementos, apesar de volumosos, não apresentam caracteres suspeitos de malignidade. Diag.: Condroma.

Mais comum nos homens, na proporção de 3 para 1.

A incidência, quanto à idade, está entre 5 a 15 anos, mesma idade propícia à osteomielite.

Sede de doença: — A região óssea preferida é a parte esponjosa. Nos ossos longos, a compacta é a sede mais frequente e não a extremidade, como acontece nos sarcomas osteogênicos. Os ossos são atacados na ordem seguinte: tibia, humero, fêmur, perônio e clavícula.

Sintomatologia: — E' característica, mas confunde-se com o quadro clínico da osteomielite.

A dor é o principal sintoma, tal como no sarcoma osteogênico, sendo porém,

intermitente, como nas osteomielites. Tem períodos de remissões no começo e é contínua no fim. As crises dolorosas são acompanhadas de elevação da temperatura. E' esta combinação de dores e de febre, que leva o clínico à confusão diagnóstica. As dores precedem de vários meses o aparecimento da tumefação.

Ao contrário do sarcoma osteogênico, sua tumefação não aumenta progressivamente, mas estaciona em certo limite, nunca sendo excessivamente volumosa.

Radiografia: — O aspecto radiológico do tumor de Ewing é típico. Mostra nos ossos longos a compacta, afetada numa larga extensão. A cavidade central é alargada e o tecido esponjoso destruído. Internamente não há formação óssea. O periosteio é espessado, formando novas camadas ósseas, na sua face externa. Há estrias longitudinais, dando ao osso o aspecto de casca de cebola.

Diagnóstico: — E' importante ter-se em mente a possível confusão diagnóstica do Tumor de Ewing com a osteomielite. Muitos tumores deste gênero foram

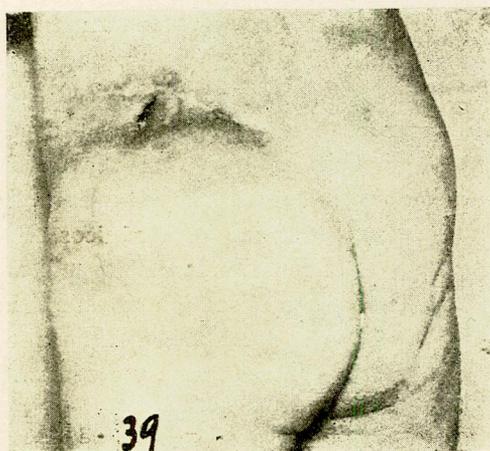


Fig. 39 — Mesmo caso da fig. anterior, depois de operado. Recidivado várias vezes acabou em condro-sarcoma.



Fig. 39A — Mesmo caso da fig. anterior depois de operado.

operados como processos inflamatórios, resultando daí certamente disseminação da doença. Do sarcoma osteogênico,

deve ser diferenciado pela localização das lesões na diafise e não na metafise, pela intermitência das dores, pela febre, pela incidência na adolescência, pelo aspecto radiológico descrito anteriormente.

Um outro elemento importante de diagnóstico é a rádio-sensibilidade dos Tumores de Ewing. Os sarcomas osteogênicos não respondem a este test com

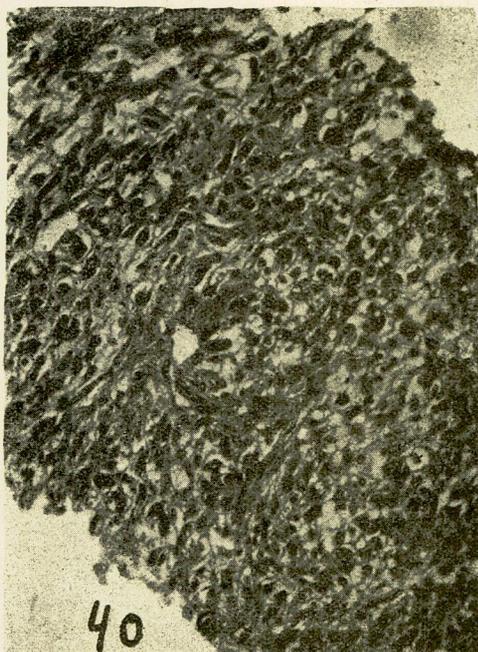


Fig. 40 — Mesmo caso da fig. ant. — Biópsia por aspiração de gânglio inguinal com metástase de condro-sarcoma do ilíaco. Polimorfismo muito acentuado. Confrontar com o aspecto da micro-fotografia desse mesmo caso, quando ainda simples condroma, na fig. 38.

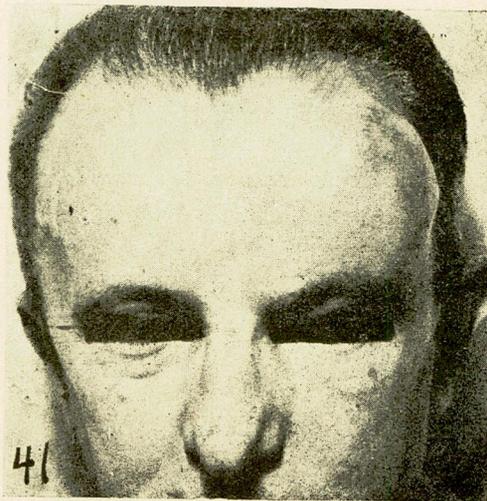


Fig. 41 — Tumor da região frontal. Evolução 3 meses. Reg. 12.573 — S. N. C.

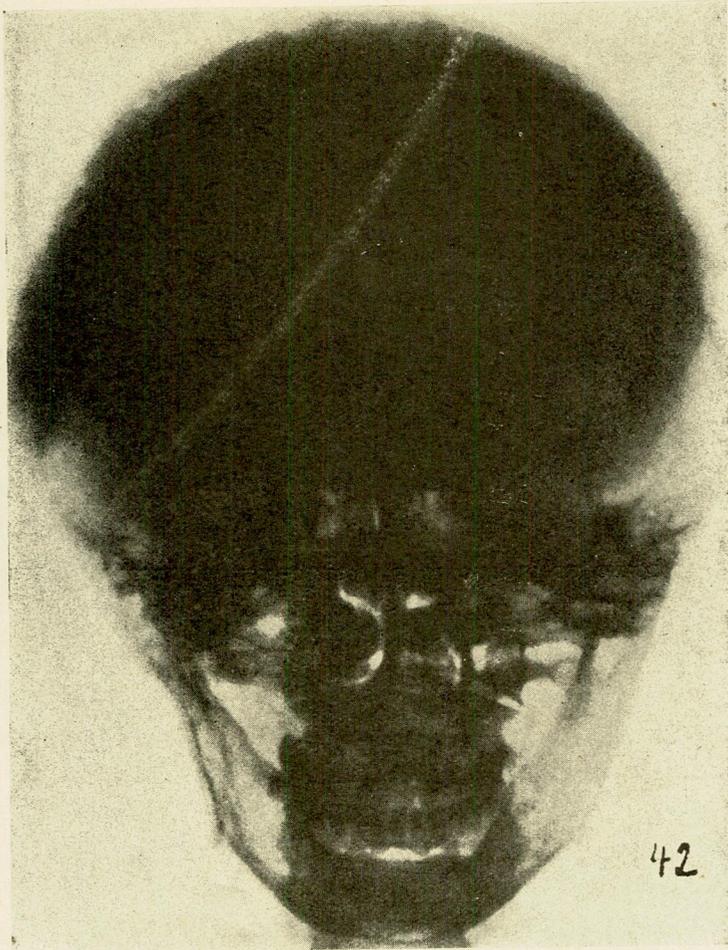


Fig. 42 — Aspécto pagetoide do crânio, com acentuado espessamento das paredes. Aumento geral da cabeça, há cerca de 20 anos.

a mesma sensibilidade. Uma característica destes tumores vem a ser a facilidade de formar metástases, não somente nos pulmões, mas nos outros ossos, especialmente no crânio, o que não acontece com o sarcoma osteogênico. No tumor de Ewing, as metástases aparecem algum tempo depois do tumor primitivo, ao contrário dos mielomas, nos quais as lesões são múltiplas, já de início.

TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES

É tumor que tem características próprias, tanto no aspecto microscópico e

radiológico, como nas localizações, na evolução, incidência e reação ao tratamento.

Antigamente traziam o nome de "sarcoma de células gigantes", "sarcoma mielóide" ou "mieloma". Essa multiplicidade de nomes fazia confusão. Não se trata de verdadeiro sarcoma, pois apresenta malignidade apenas local. Também não é um mieloma, originário da medula óssea.

A estrutura histológica mostra células fusiformes e as típicas células gigantes. Estas têm múltiplos núcleos si-

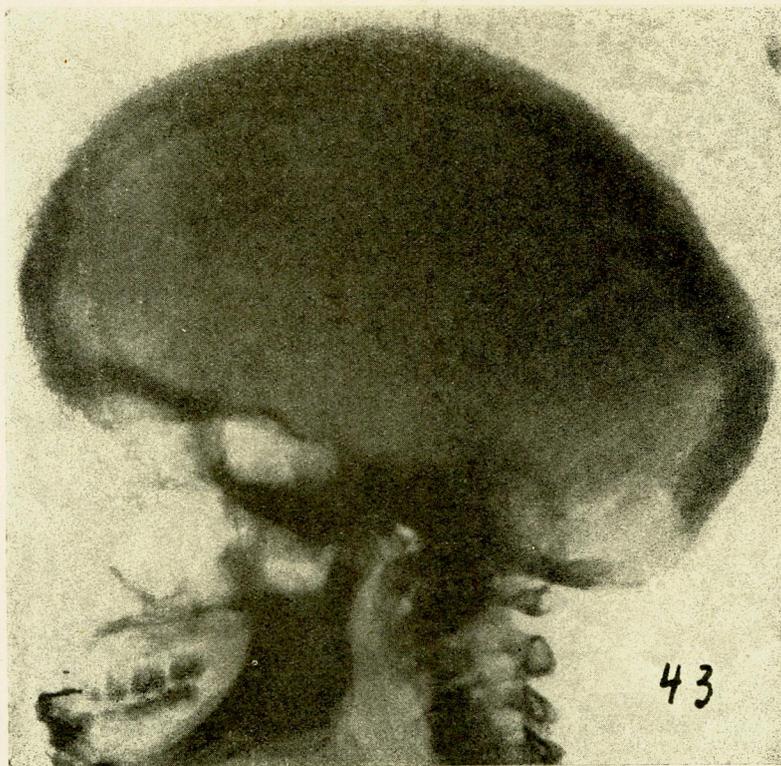


Fig. 43 — Área de destruição óssea, com bordos irregulares ao nível da região frontal esquerda, na zona do tumor.

tuados no centro e não na periferia ou numa extremidade da grande célula, o que diferencia estas das outras células gigantes encontradas na tuberculose.

A incidência é de 50% de todos sarcomas ósseos.

A idade mais atacada está entre 16 e 25 anos.

Por aí já há uma diferenciação dos tumores de células gigantes como os sarcomas osteogênicos e os tumores de Ewing.

Séde da doença: — Os membros inferiores contam 56% de todos os tumores de células gigantes, sendo que dêsses, dois terços estão na extremidade inferior do fêmur e um terço na extremidade superior da tibia. O ponto de predileção é,

pois, o joelho, quer acima, quer abaixo da articulação. Os restantes dos 56% ocorrem nos membros superiores, no tronco e na mandíbula, sendo que só este osso traz 10%.

Sintomatologia: — A dor existe, porém, muito menos intensa do que a resultante dos outros tumores ósseos. A primeira manifestação clínica é a tumefação. Esta é encontrada pelo exame médico ou pelo próprio doente na extremidade de um osso longo. Em geral é esférico na forma e indolor à palpação. O osso é distendido pelo tumor, deixando na periferia uma lâmina fina. Quebra-se como casca de ovo. O tumor é geralmente único. O estado geral não se compromete. Na mandíbula, o tipo endosteal ou medular distende rápida-

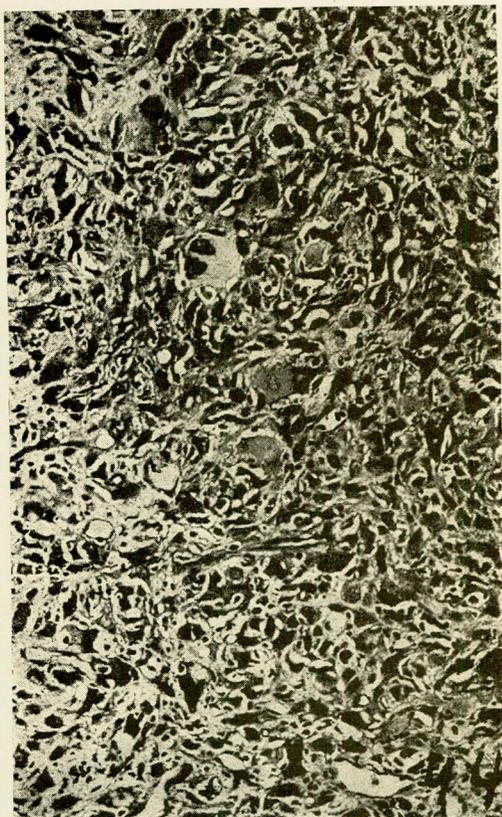


Fig. 44 — Mesmo caso da fig. anterior. Biópsia. Sarcoma de células polimorfas. Em outros cortes feitos na peça operatória, encontram-se aspectos de sarcoma osteogénico, com áreas de verdadeira formação óssea.

mente o osso, dando-lhe o aspecto boselado. A forma periosteal organiza um tumor sub-mucoso, conhecido clinicamente com o nome de *épulis* que em geral toma o aspecto vegetante e até pediculado.

Radiografia: — Como há destruição óssea, o tumor tem aspecto característico aos raios X. É alargado e a cortex se transforma em fina casca. O interior do tumor é atravessado por septos, formando lacunas, como bolhas de sabão. O limite entre o tecido doente e o normal é francamente marcado. Sua aparência é típica, não se confundindo

com a dos sarcomas. Como estes tumores degeneram, é difícil, às vezes, separá-los das imagens radiológicas que apresentam a osteíte fibrosa e os cistos ósseos.

Diagnóstico: — O diagnóstico pode ser feito pela sede do tumor e pelas chapas de raios X, com sua imagem característica de expansão óssea, provocada pelo tumor, com fina cortical em casca de ovo, quebrada ou não.

São considerados tumores benignos, tendo apenas malignidade local.

Há casos, porém, de autênticas metástases de tumores benignos de células gigantes. (Fig. 66 e 67).

O diagnóstico pré-operatório é importante, tendo-se em vista a conduta conservadora sempre indicada nesses casos, quer seja adotada a cirurgia ou a radioterapia.

MIELOMAS

O termo mieloma deve ser reservado a uma entidade nosológica caracterizada pela multiplicidade de lesões ósseas, aparecidas quase simultaneamente, sem serem metastáticas. São todos tumores ósseos primitivos, em geral dos ossos chatos. Dos quatro tipos principais dos sarcomas ósseos, é o mais raro. É tumor da medula óssea, como o tumor de Ewing, apresentando, porém, um síndrome completamente diferente. Tem alto poder de malignidade. (Figs. 68 a 76).

O aspecto microscópico é o de células redondas ou poliédricas com núcleo excêntrico, sem material intercelular. Há

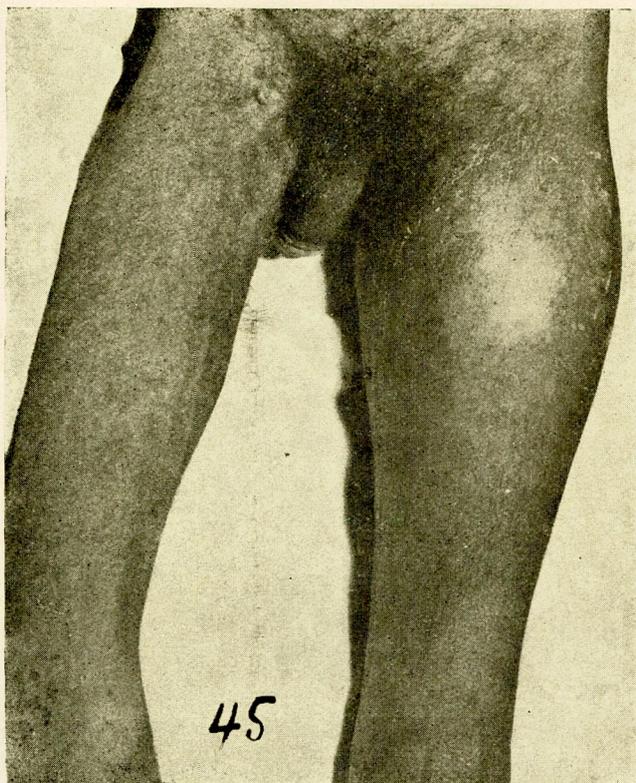


Fig. 45 — Grande tumor do terço médio da coxa (fêmur). Idade de 29 anos. Evolução de 3 meses. Diag.: Reticulo-sarcoma do fêmur esquerdo. (tumor de Ewing). Reg. 6811 — S. N. C.

no campo um verdadeiro derrame de células. O canal medular apresenta-se dilatado e cheio de massa mole, de cor cinza-avermelhada. Estes tumores não dão metástases no pulmão.

A incidência é rara e ataca indivíduos geralmente mais idosos, ao contrário dos outros sarcomas ósseos. 80% dos mielomas aparecem em indivíduos com mais de 40 anos. Os homens são mais atacados, no dobro mais ou menos do que as mulheres.

Sede da doença: — A distribuição das lesões faz-se principalmente nos ossos da parede do torax: esterno, costelas, vértebras, vindo depois, na ordem de frequência, o crânio, a pelvis e a clavícula.

Os ossos longos são menos atacados. As fraturas patológicas são frequentes e às vezes constituem o primeiro sinal para diagnóstico. A destruição óssea, sendo acentuada, sem regeneração de defesa, explica facilmente a fragilidade dos ossos afetados.

Sintomatologia: — A dor é o fator predominante na sintomatologia dos mielomas. No começo, as dores são vagas e passageiras. Repetem-se depois com curtos intervalos até se tornarem contínuas e severas. Frequentemente essas dores são confundidas com o reumatismo ou lumbago. A saúde geral é conservada, havendo apenas certa anemia e fraqueza. A palpação revela em geral pequenos tumores nas costelas, claví-

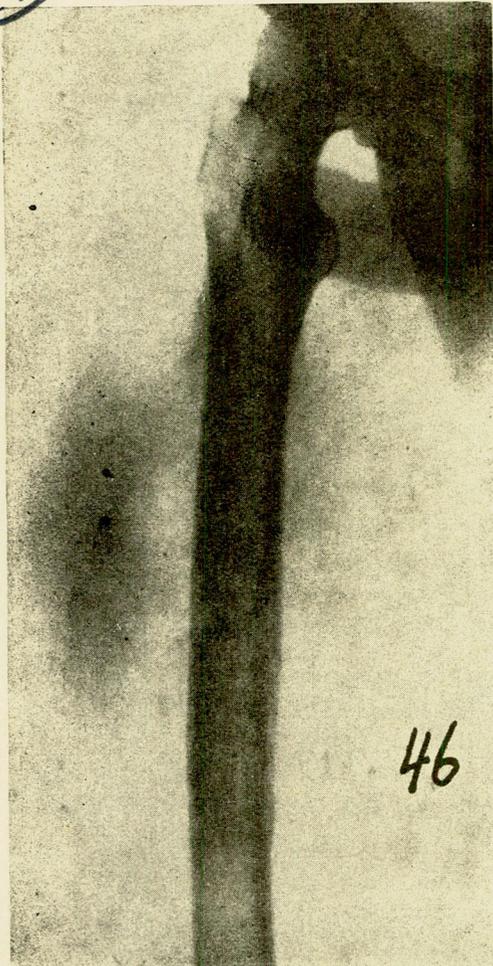


Fig. 46 — Mesmo caso da fig. 45. A alteração da estrutura óssea na metade superior da diafise do fêmur, constituída por pequenas áreas de osteoclasia especialmente corticais, disseminadas em todo o segmento em aprêço. Nas extremidades da lesão óssea, se observa reação perióstica ossificante. A massa tumoral perceptível à inspeção e verificada na peça cirúrgica (fig. 47), apresentam na radiografia transparência de partes moles.

culas e ossos longos. As fraturas patológicas são comuns. As metástases viscerais são raras, quando existem. Não são pulmonares como nos outros sarcomas, mas aparecem no fígado e no baço.

Radiologia: — As imagens radiológicas dos mielomas não são muito diferentes das lesões ósseas secundárias a blastoma de outros órgãos. Confundem-se facilmente.

Os ossos afetados mostram áreas arredondadas e ovais, translúcidas. A principal característica é a destruição óssea, sem reação de defesa por parte do osso, em torno à lesão.

Diagnóstico: — A multiplicidade das lesões e seu aspecto destrutivo constituem o principal elemento de diagnóstico.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com as lesões ósseas metastáticas e as doenças ligadas a perturbações das paratireóides.

Aqui, um elemento também útil ao diagnóstico é a presença de albuminose na urina, conhecidas com o nome de Albuminose de Bence-Jones. 75% dos casos de mielomas têm essa reação positiva. Não é absolutamente específica, pois se encontram também nos casos de leucemia e em certas metástases ósseas de outros tumores.

TUMORES ÓSSEOS SECUNDÁRIOS

Os blastomas, que comumente dão lesão óssea metastática, são os carcinomas. Pela ordem de frequência estão o carcinoma prostático, o renal, o mamário, o supra-renal e tireóideo.

São todos osteolíticos, exceto o prostático que pode ser osteoblástico. Os ossos mais comumente atacados pelas metástase são as vértebras, as costelas, o esterno, o crânio, o úmero e o fêmur.

As fraturas espontâneas são frequentes e às vezes o primeiro sinal da presença de uma lesão óssea metastática.

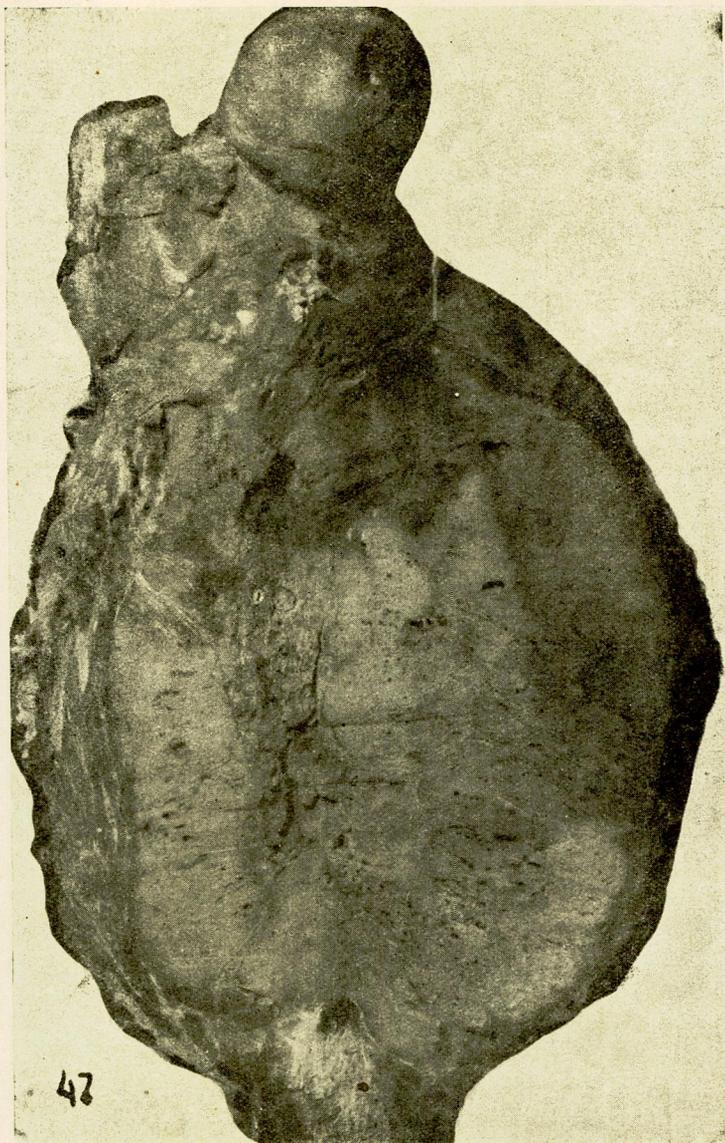


Fig. 47 — Mesmo caso da fig. anterior. Peça de necrópsia, mostrando a massa tumoral constituída por processos teteoblástico exuberante.

A dor em geral precede a qualquer outra manifestação, às vezes mesmo às revelações radiológicas. Em alguns casos, o foco primário é tão pequeno que torna difícil a apalpação e não chega a dar sintoma. Não raro é a fratura patológica que faz despertar a idéia de lesão primitiva em outro órgão.

Nos casos duvidosos, cumpre recorrer-se aos elementos subsidiários de diagnóstico, tais como o exame químico do sangue e a pesquisa das albuminoses da urina, o exame clínico dos órgãos que, quando afetados, costumam dar metástases ósseas com frequência: próstata, mama, tireóide, supra-renais, etc.

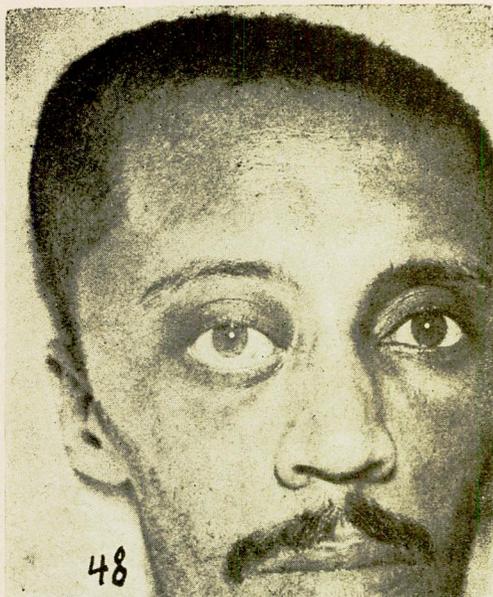


Fig. 48 — Mesmo caso da fig. anterior. Metástases ósseas no crânio, com destruição da parede e invasão da meninge. Vide fig. seguinte.

A título de comparação juntamos alguns casos de lesões ósseas não blastomatosas: sífilis, aneurisma, artropatias tabidas. Principais características.

PROGNÓSTICO E TRATAMENTO

OSTEOGÊNICO

Prognóstico: — O sarcoma osteogênico é extremamente grave. A duração de vida, desde o começo dos sintomas até a morte, varia de alguns meses, até 2 anos. Este prognóstico, em cada caso em particular, depende de dois fatores: o grau de malignidade do tumor e de sua localização, que determina maior ou menor acessibilidade ao tratamento.



Fig. 49 — Mesmo caso da fig. anterior. Peça de necrópsia, mostrando a calote com grande tumor metastático na sua face interna ou meníngea.

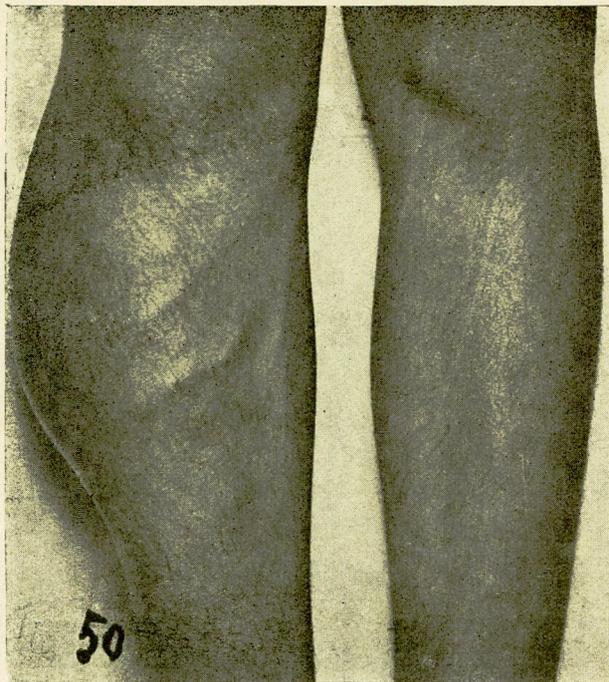


Fig. 50 Tumor do terço superior da perna (perôneo). Idade 18 anos. Evolução de 2 anos e meio.
 Diag.: Reticulo-sarcoma (tumor de Ewing) — Reg. 259 — S. N. O.



Fig. 51 — Mesmo caso da fig. anterior. Desaparecimento da estrutura óssea do 1/3 superior do perôneo direito. No meio da massa tumoral, trabéculas

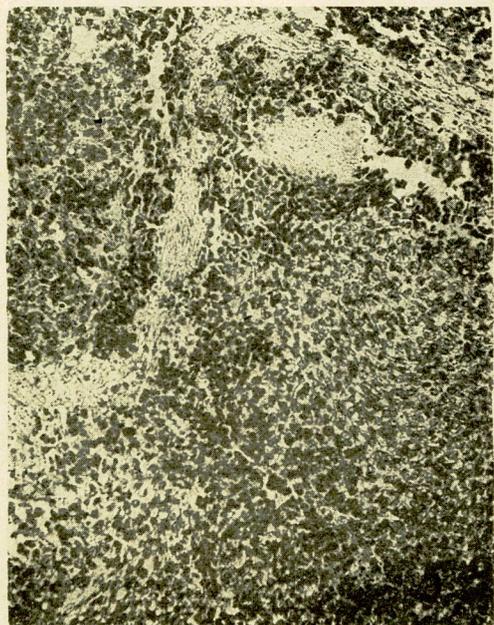
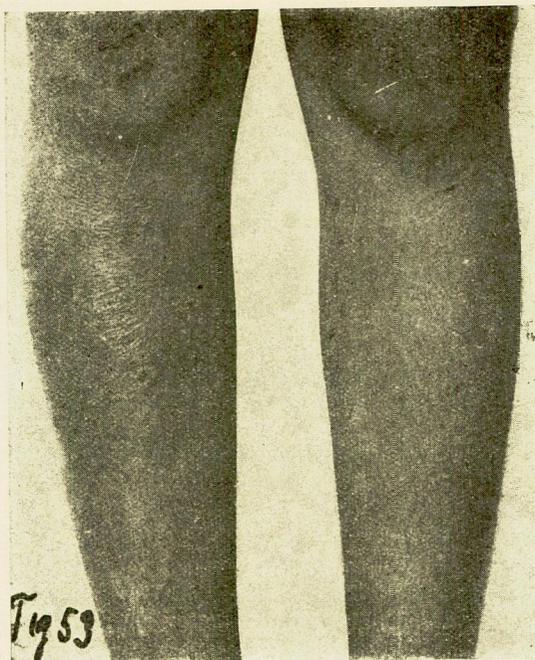


Fig. 52 — Mesmo caso da fig. ant. Reticulo-sarcoma.



Mesmo caso da fig. anterior, depois de irradiado.
Aspecto sincicial.

Em geral, quanto mais esclerosante fôr a estrutura, menores serão o crescimento, a malignidade e o poder metastático.

Os tipos que se formam junto do periosteio ou que o perfuram têm evolução mais rápida, exceção feita aos condro-sarcomas e os fibro-sarcomas que são de prognóstico mais favorável. De qualquer forma e para qualquer tipo de sarcoma osteogênico, sempre o sucesso do tratamento está na dependência da existência ou não de metástases em formação, silenciosamente, nos pulmões na época do tratamento, quer sejam ou não perceptíveis aos raios X.

Tratamento: — A cirurgia tem inegavelmente toda prioridade no tratamento dos sarcomas osteogênicos, a pesar de suas reduzidas percentagens de cura. A operação deve ser a mais radical possí-



Fig. 54 — Mesmo caso da fig. anterior. O tumor depois de irradiado reduziu-se e com êle a sombra radiológica. Há um processo de regeneração óssea no limite do segmento inferior, indene do peroneo.



Fig. 55 — Tumor da clavícula. Idade 13 anos, Evolução 6 anos. Reg. 8778 — S. N. C.



Fig. 56 — Mesmo caso da fig. ant. Desaparecimento da clavícula, exceto de seu terço externo. A extremidade, que se acha em contato com o tumor, apresenta superfície irregular. A traquéia desviada pelo tumor.



Fig. 57 — Mesmo caso ant. Biópsia. Tumor de Ewing. Pequenas células com núcleos hiper cromáticos. Áreas de necrose.

vel. Nos membros, a amputação é indicada e nas regiões onde ela não for possível, deve ser praticada a mais larga excisão do osso afetado.

Mesmo a título paliático, a cirurgia é sempre indicada para remover os grandes tumores que causam transtornos físicos e dores cruciantes, tornando aos doentes sempre mais suportável a curta sobrevivida.

A radioterapia não tem modificado o prognóstico dos sarcomas osteogênicos.

Há casos, entretanto, em que ela realiza acentuada melhora, abrandando as dores e reduzindo o volume do tumor. E' porque nesses tumores, sempre de complexa estrutura, existem, ao lado das células diferenciadas, também abundantes elementos indiferenciados, que sofrem benêficamente a influência dos raios, a pesar de nunca ser completa a esterilização da neoplasia.

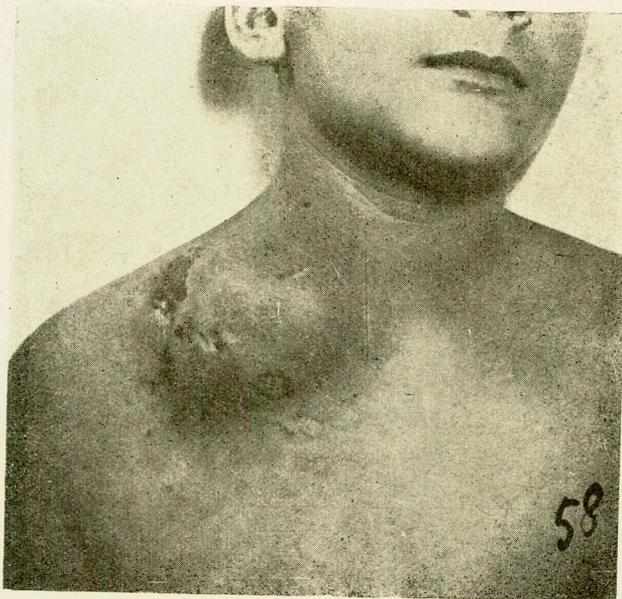


Fig. 58 — Mesmo caso ant., depois de irradiado o tumor tornou-se operável.



Fig. 59 — Mesmo caso da fig. anterior. A sombra difusa tumoral reduziu-se sob a irradiação, mostrando na continuidade da clavícula intensa reação de calcificação, bem assim os segmentos das duas extremidades relativamente íntegros.



Fig. 60 — Peça operatória do caso anterior. Havia trombose do tronco bráquio-cefálico. Na figura, ainda a presença de um trombus na veia sub-clavária.

Depois de intensa irradiação, os roentgenogramas mostram esboço de regeneração com limitação e encapsulação do tumor, chegando até a reconstruir-se a cortical. O aspecto da néo-formação óssea nos sarcomas osteogênicos depois da radioterapia, não significa reação de cura, mas simplesmente continuação do processo osteogênico pelos elementos mais diferenciados e produtores de tecido osteoblástico. Este processo de osteoesclerose evidencia-se mais claramente depois da irradiação, porque os elementos indiferenciados e osteolíticos foram neutralizados com o efeito dos raios.

Nos tumores de Ewing e nos tumores de células gigantes, ao contrário, há esterilização da neoplasia pelas irradiações, sem que haja neoformação óssea, a não ser tardiamente, o que na verdade representa um processo de cura. Apesar da radioterapia não esterilizar os sarco-

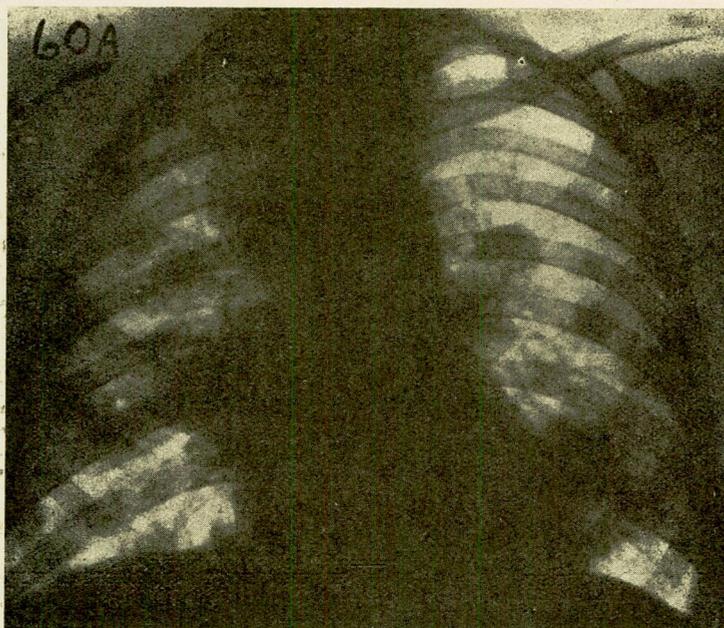


Fig. 60A — Mesmo caso da fig. anterior. Metástases pulmonares, aparecidas 3 meses depois da operação.

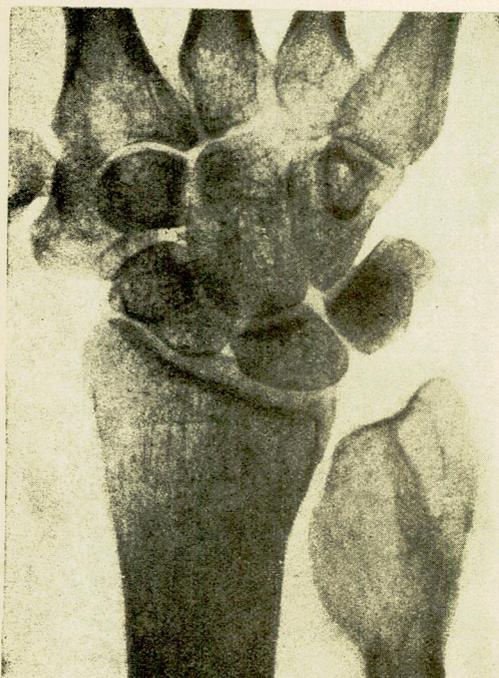
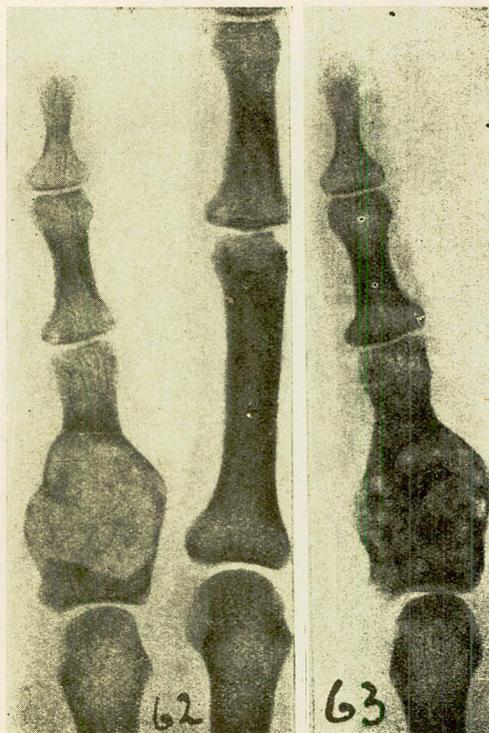


Fig. 61 — Lesão típica de mieloplaxoma: imagem lacunar, septada, formando lojas de conteúdo e estrutura homogênea. Cortical fina, como casca de ovo, mas conservada sem rutura. Diag. tumor benigno de células gigantes com centuda involução fibrosa (biópsia).



Figs 62 e 63 — Tumor da 1ª falange do 5.º quiro-dactilo esquerdo. Aspécto radiológico de osso soprado, com cortical distendida e conservada. A estrutura é discretamente septada — Diag. clínico: Tumor benigno de células gigantes. Idade paciente 25 anos, evolução lesão 12 anos. Ao lado, o mesmo caso, depois de irradiado. Foto feita 3 anos depois — Reg. 1.443 — S. N. C.

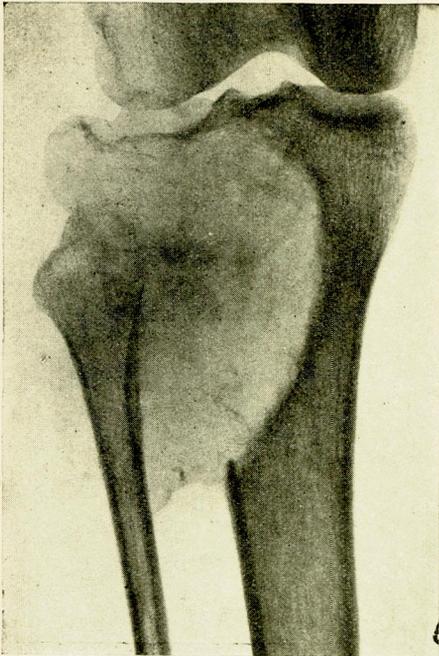


Fig. 66 — Grande lesão destrutiva da epífise tibial. Extensa destruição da cortical fazendo pensar em malignidade. Mieloplaxoma maligno? Com metástases do lado oposto Registro particular.

Enfim, tanto a cirurgia como a radioterapia podem dar alívio a êsses doentes, reduzindo as dores e o desconforto da presença de volumosos tumores no eixo de um membro.

EWING

O prognóstico do tumor de Ewing depende da presença ou ausência de possíveis metástases na época do tratamento. Tanto a cirurgia como a radioterapia podem eradicar o foco primitivo num membro, sendo que esta última tem a vantagem de esterilizar um foco em localização inacessível à cirurgia.

Pela acentuada rádio-sensibilidade dos tumores de Ewing, os raios X têm

prioridade no tratamento dêste tipo de lesões ósseas. Na verdade, êstes tumores fundem-se rapidamente sob a ação dos raios. Mas, a cura nem sempre é duradoura, porque em geral já existem metástases, quando a lesão inicial é reconhecida. O comum é a morte no fim de 1 a 3 anos.

As percentagens de cura são pequenas. Geschickter em 9 doentes, tratados pelos raios X, teve 8 sobrevidas de 27 meses e uma de 4 anos. Coley em 48 casos teve 7 sobrevidas com mais de 5 anos. Raros autores preconizam o tratamento cirúrgico de maneira sistemática.

O Registro Americano sôbre 126 casos, 10 sobrevidas de 5 a 21 anos (7%).

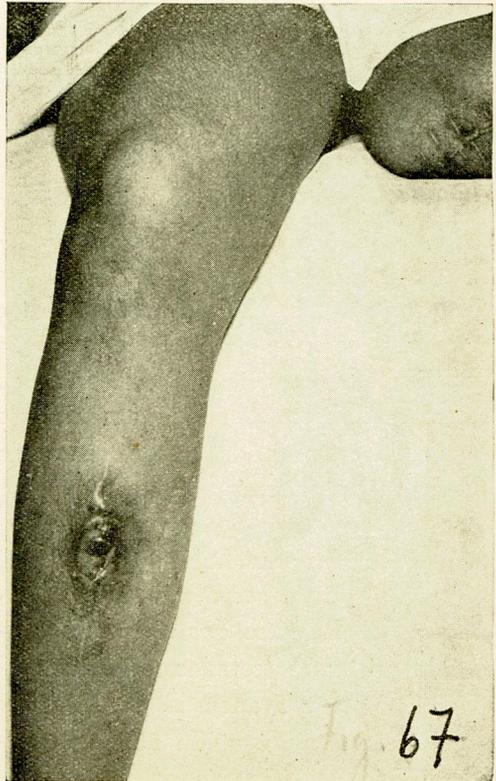


Fig. 67 — Mieloplaxoma, dando metástase óssea na tibia do lado oposto. A histologia demonstrou o caráter maligno do caso. (A. Fialho).

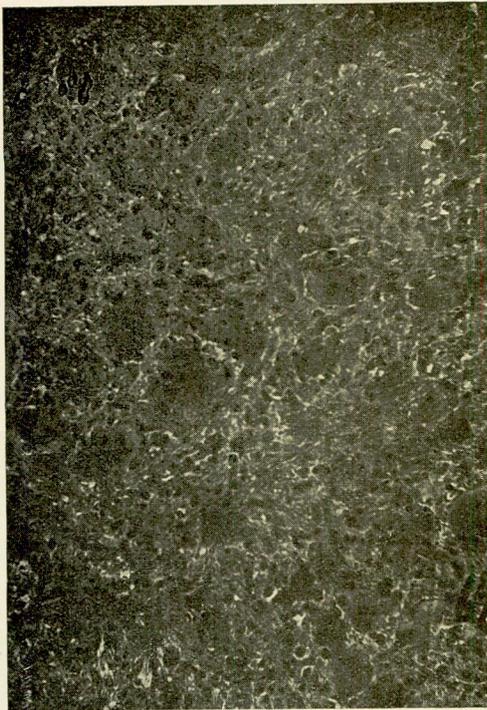


Fig. 64 — Mieloplaxoma — Verifica-se a presença de numerosas células de tipo mieloplaxa, contendo em geral muitos núcleos de contornos comumente ovais. Entre elas elementos fusiformes, mais ou menos abundantes, apresentando disposição, ora fasciculada, ora plexiforme. Não há figuras de carioquinese, nem gigantismo nuclear. Assinala-se a presença de espaços especiais cheios de sangue. São de tamanhos variáveis. Os menores demonstram limite regular sem separação especial dos elementos do tumor. (A. Fialho).

mas osteogênicos, ela não deixa de ter seu valor, como medida de preparação para o ato operatório, neutralizando os elementos indiferenciados do tumor que são justamente os de maior poder de difusão metastática.

O grau da gravidade dos sarcomas osteogênicos pode ser avaliado pelas estatísticas do Registro dos Sarcomas. Entre 466 pacientes tratados, só 67 sobreviveram mais de 5 anos. É verdade que essa porcentagem é ainda otimista, porquanto os cirurgiões em geral têm tendência a só publicar os casos favoráveis, como certamente aconteceu quanto à co-

leção do Registro. Geschickter dá 11,5% para os condro-sarcomas primitivos; 4% para os sarcomas osteogênicos osteolíticos; 26% para sarcomas esclerosantes. A propósito dessa diferença, Geschickter insiste em assegurar que os osteolíticos, pouco diferenciados são mais graves do que os esclerosantes, muito mais diferenciados. A percentagem geral de cura em todos os tipos de sarcomas osteogênicos é de 18,9% para Gerchickter; de 9,5% para o Registro Americano; 18% para o Registro Sueco. No Serviço Nacional de Câncer temos vários casos curados há mais de cinco anos. Nossa percentagem de cura não vai a mais de 10%.

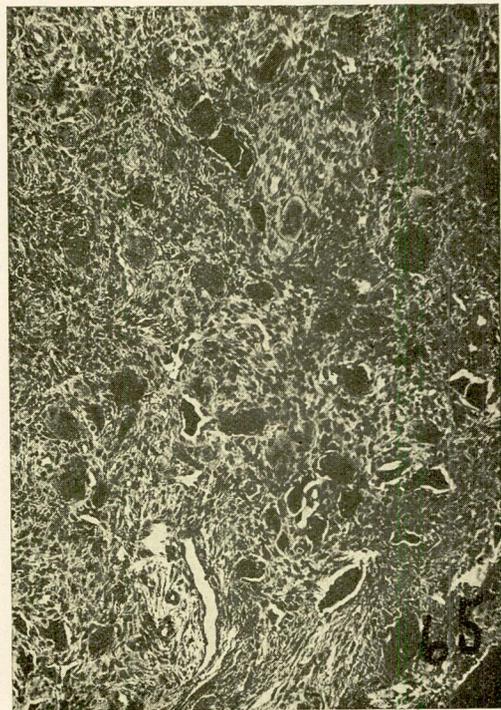


Fig. 65 — Tumor genívno de células gigantes. (Mieloplaxoma). Abundantes elementos do tipo fusiforme, com tendência predominante para a disposição fasciculada, sem anaplasia. Entre eles, numerosas células volumosas com citoplasma denso, corando-se fortemente pela eosina e com grande número de núcleos ovalados. Este conjunto está em imediata relação com o tecido óseo, cujas travessas vão desaparecendo por ósteo-clasia. Os espaços medulares da vizinhança estão fibrosados.



Fig. 68 — Grande tumor ulcerado da região escapular anterior (clavícula). Idade de 49 anos. Evolução de 4 meses. Diagnóstico: Mieloma da clavícula direita. Regist. 6703 — S. N. C.

Desses, 5 foram tratados pela cirurgia exclusiva. Connor, com a cirurgia obteve, 7,3% de curas com mais de 5 anos. Coley, em 16 casos, teve 9 curas pela cirurgia.

Há também o método combinado, proposto por Ewing. Uns começam pela

irradiação para esterilizar o tumor e depois amputarem o membro. Outros amputam primeiro e depois irradiam o couro, os linfáticos e os pulmões. A radiosensibilidade dos tumores de Ewing manifesta-se até nas metástases pulmonares.

MIELOMAS

Os mielomas praticamente não têm tratamento. Nos casos avançados, as dores podem ser minoradas com a radioterapia. A evolução natural da doença dá-se em menos de 2 anos. Acidentalmente os doentes podem viver mais, até 5 ou 6 anos, mas nesses casos tornam-se paralíticos pelas múltiplas lesões vertebrais. Temos um caso com o Dr. Pinto Vieira que tem mais de 3 anos. As lesões desapareceram com a radioterapia. Uma fratura da olecrana consolidou-se sob a irradiação. Retomou sua profissão de ferreiro a bater malho na bigorna. (Figura 72).



Fig. 69 — Desaparecimento da imagem clavicular na radiografia, exceto da extremidade interna.

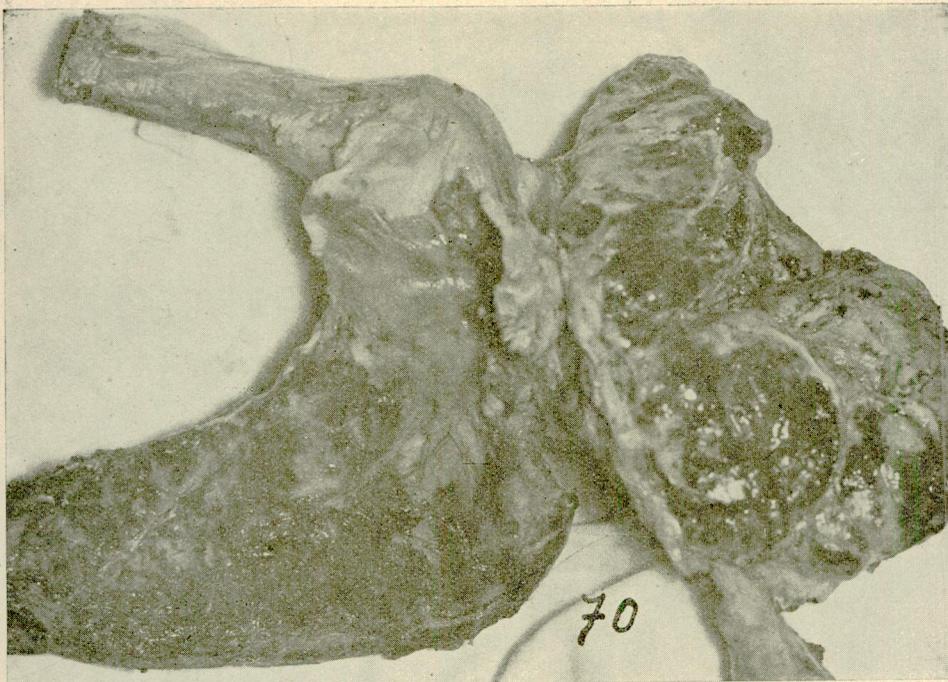


Fig. 70 — Mesmo caso da fig. 68. Peça operatória, mostrando destruição completa da clavícula pelo tumor. Indene apenas a extremidade interna.

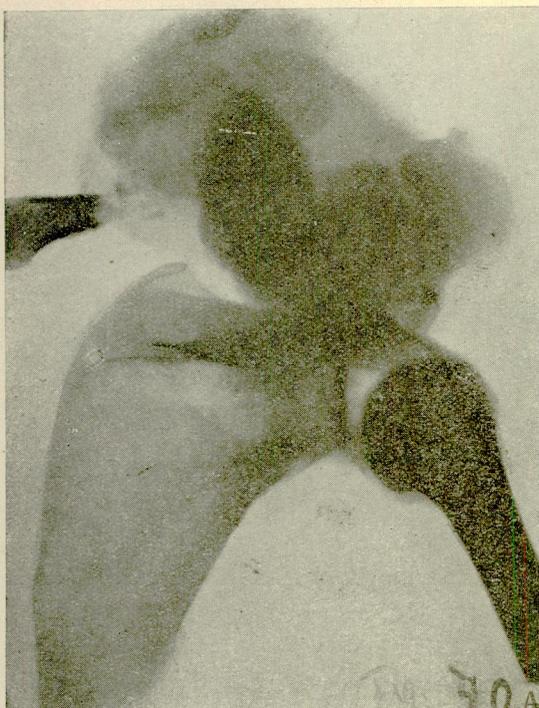


Fig. 70A — Radiografia da peça operatória mostra apenas sombra das partes moles do tumor clavicular exceto pequena porção da extremidade int. da clavícula desarticulada.

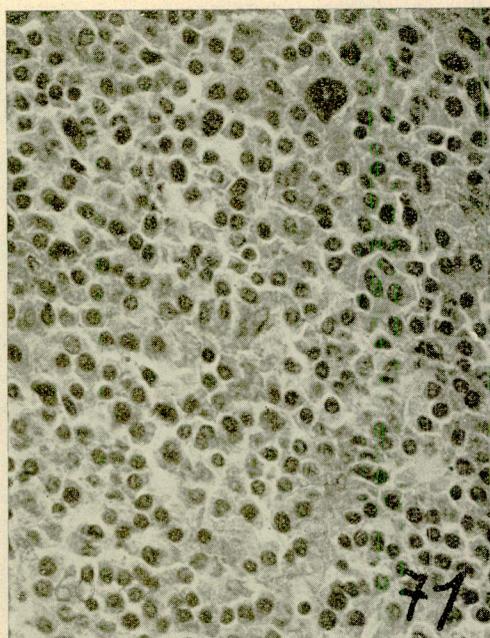


Fig. 71 — Mesmo caso da fig. anterior. Neoplasma constituído por por células do tipo plasmocitário. Observa-se a desigualdade de dimensão das células e dos seus núcleos. Diagnóstico: Mieloma.

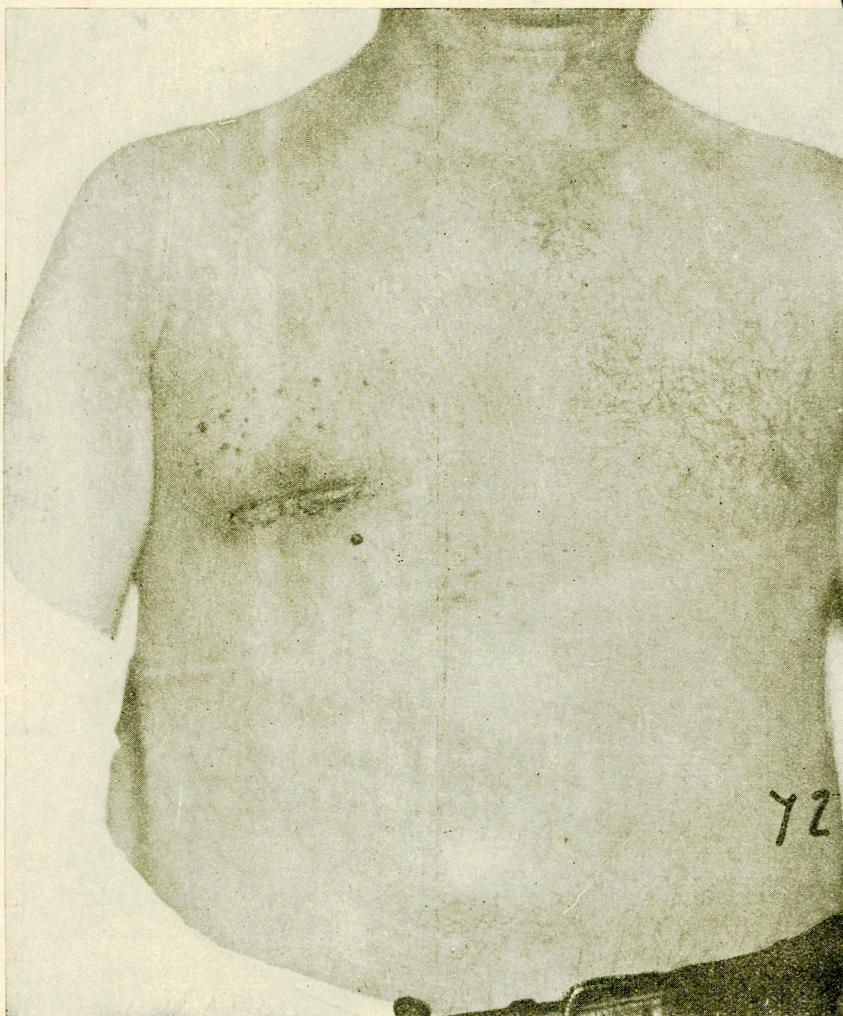


Fig. 72 — Tumor da região mamária. Evolução de 3 meses. Idade 51 anos. Diagnóstico histológico: Mieloma — Reg. 8174 — S. N. C.

TUMOR BENÍGNO DE CÉLULAS GIGANTES

O tratamento dos tumores de células gigantes pode ser feito ou pela cirurgia ou pelas irradiações. Acusam a cirurgia de romper a cápsula formada pela reação óssea natural, temem a possibilidade de infecção e a recidiva pos-operatória. Herendeen e Bloodgood orçam em 25 a 30% os casos de recidiva com a

cirurgia. Há ainda o perigo da imobilização da articulação em geral adjacente à lesão. A radioterapia, não tendo essas desvantagens, apresenta, mais ou menos, as mesmas percentagens de cura.

A reação dos tumores de células gigantes às irradiações é característica, sendo mesmo paradoxal. Deve ser lembrado que o tumor aumenta no princípio do tratamento, dando a impressão de pioras. Depois, o tumor regride e as ra-



Fig. 73 — Mesmo caso da fig. 72. Lesão costal, com sombra irregular e imagem de osso soprado, tendo, porém, a cortical conservada.

diografias mostram aumento de densidade e calcificação, voltando até o osso a suas linhas normais.

Temos associado ambos os processos. Irradiamos e operamos mais tarde, se o resultado não fôr satisfatório, ou operamos com irradiação complementar, se o esvaziamento não tiver sido radical. É aconselhável, em certos casos, depois da curetagem completa da loja óssea, usar-se um enxerto de lâmina óssea, a qual não só implica em modificação do meio, mais serve também de ponto de regeneração

óssea com sua respectiva calcificação.

Os resultados cirúrgicos relatados por Geschikter e Copeland sôbre 169 doentes da *Bloodgood's Clinic*: amputação em 30 sem recidiva; ressecção em 34 com 2 recidivas; curetagem em 105 com 31 recidivas e 7 infecções graves.

Os resultados da radioterapia são semelhantes. Herendeen (do Memorial) teve 16 casos curados com 5 anos. Lacharité (Institut Radium-Paris) 14 ca-



Fig. 74 — Mesmo caso da fig. anterior. Fratura patológica da olecrana, numa área de lesão osteolítica, com bordos irregulares.

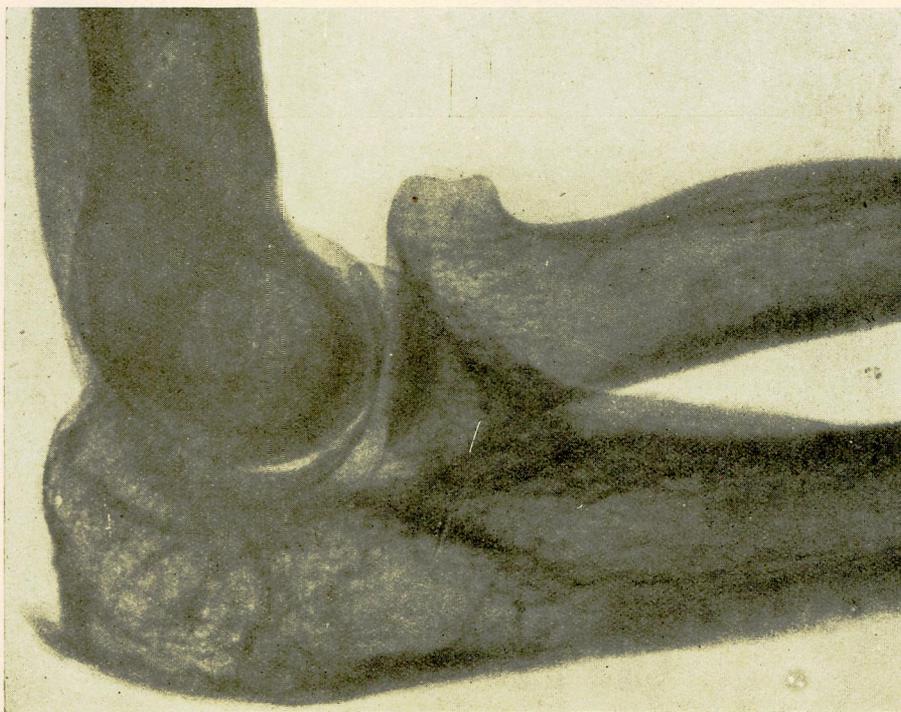


Fig. 75 — Mesmo caso da fig. anterior, depois de irradiado, mostrando já consolidada a fratura, acentuada reação de calcificação e reconstrução da lesão osteolítica.

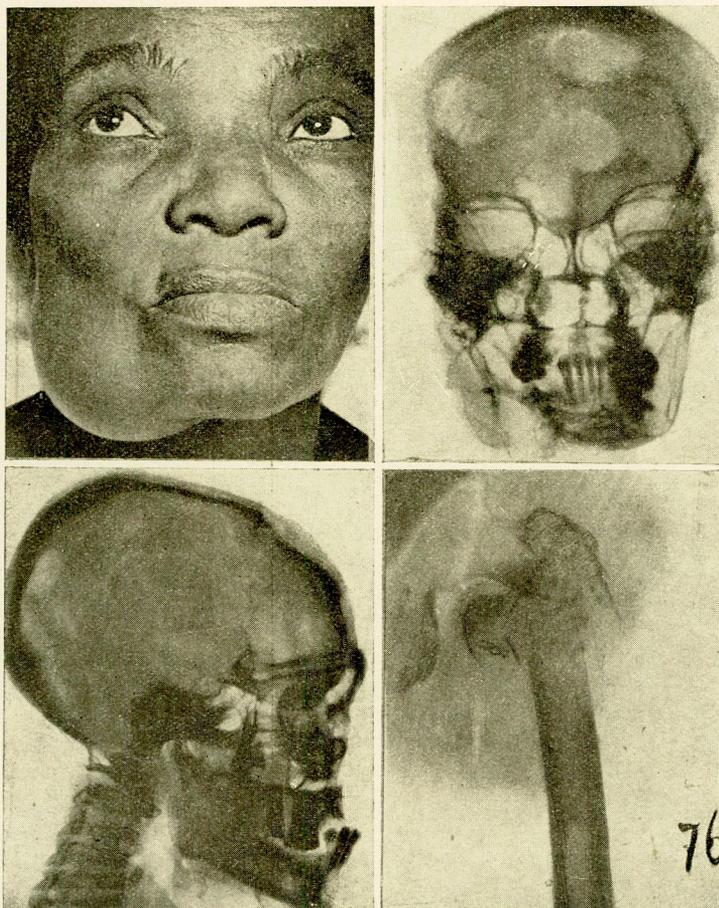


Fig. 76 — Tumor mandibular, lesões múltiplas no crânio e fratura patogênica do fêmur. Evolução de 6 meses. Diagnóstico histológico: Mieloma. Reg. 845 — S. N. C.

sos curados com 3 a 10 anos sem recidiva.

BIÓPSIA DOS TUMORES ÓSSEOS

Há autores que condenam a prática da biópsia, alegando que toda incisão num tumor maligno, mórmente dos ossos, apresenta o perigo das metástases. Entre estes estão Ewing e Cade. Outros ao contrário acham que a biópsia deve ser praticada de maneira sistemática, pois que é o meio de diagnóstico mais seguro e mais exato.

São dessa opinião Harris e Campbell. Outros enfim e são os mais numerosos, restringem suas indicações aos casos de diagnóstico duvidoso.

RAZÕES PRÓ E CONTRA

A colheita do material certamente não deve ser feita às cegas, no fundo de uma lesão ou vizinhança dela, podendo apanhar apenas tecido de reação peri-tumoral. A boa biópsia requer uma verdadeira operação, uma osteotomia. Para tal, é preciso descobrir-se a super-

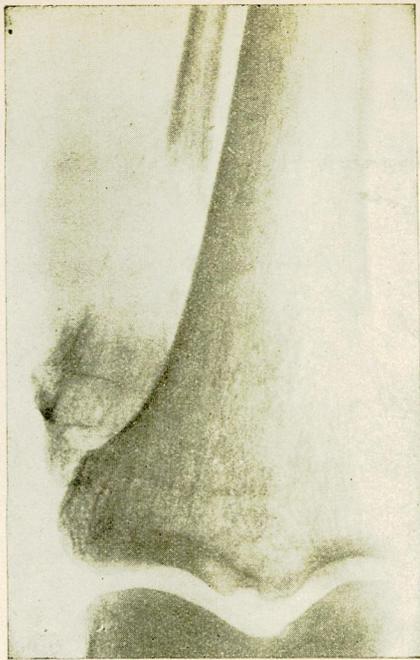
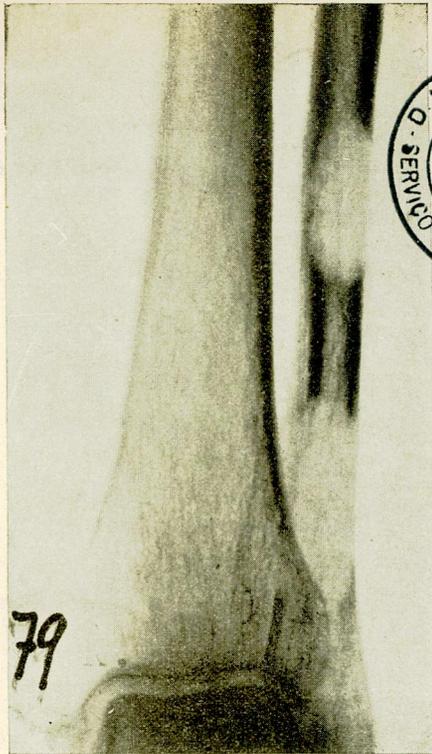


Fig. 77 — Lesão metastática do tipo osteolítico. Idade 40 anos. Evolução de 2 meses. Tumor primário: carcinoma mamário, tipo anaplástico. Evolução 18 meses.



No terço inf. do peroneo esq. duas lesões osteolíticas, medulares com destruição de cortical, secundárias a blastoma do utero. Regist. 1461. S. N. C.

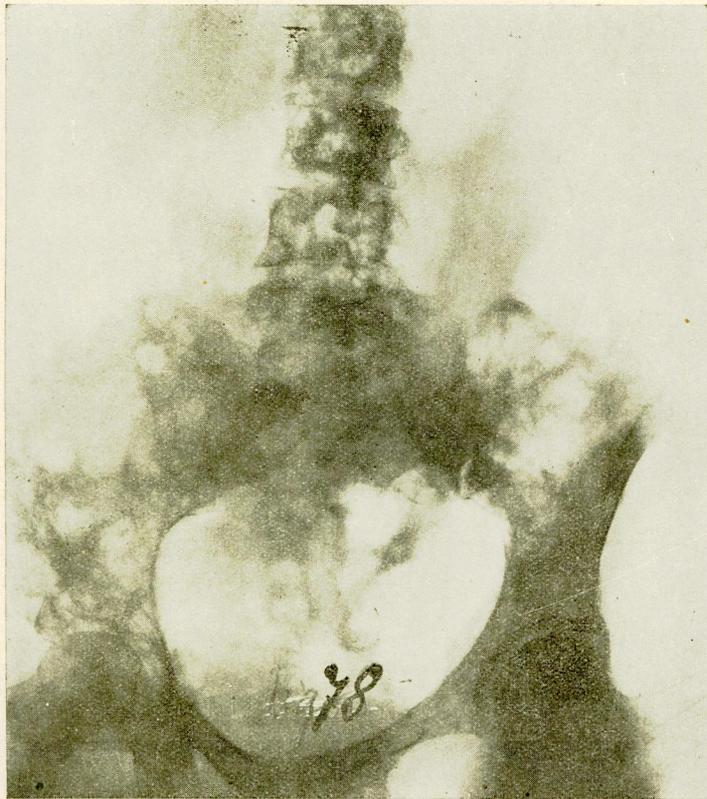


Fig. 78 — Lesões ósseas metastáticas generalizadas, secundárias a carcinoma da mama. Reparar o caráter osteolítico dessas lesões.

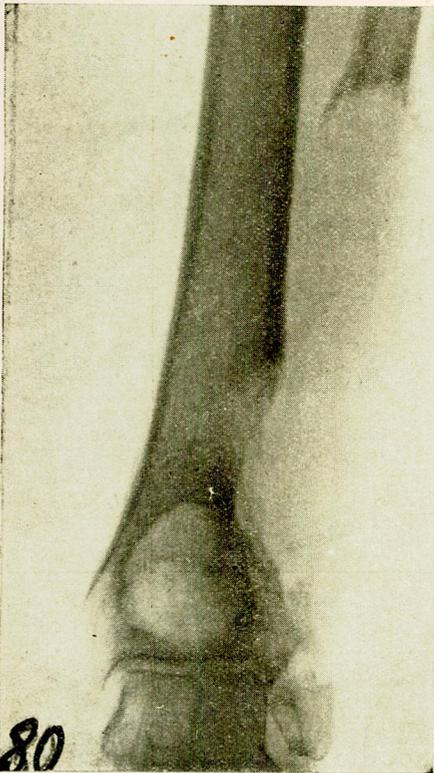


Fig. 80 — Mesmo caso da fig. anterior. As lesões osteolíticas do peróneo evoluíram (9 meses) a ponto de provocarem o desaparecimento da metade maleolo.

fície óssea ou tumerosa, fazendo larga via de acesso para poder retirar um fragmento de local adequado, compreendendo uma porção de tecido organizado, tendo parte doente e parte sã.

E' necessário abrir-se a cápsula peritumorosa, quase sempre existente. Esse é, de fato, um dos inconvenientes da biópsia. Deve-se por isso recompôr os vários planos, a fim de evitar que brotos exuberantes se infiltrem através dessa abertura da cápsula, sempre sob a pressão do crescimento tumeroso.

Quanto aos perigos da biópsia, parece que, de fato, o traumatismo, ao menos teoricamente, deve favorecer a

formação de metástases, mas é difícil, sustentar-se essa tese objetivamente.

Na verdade, nada foi até aqui demonstrado praticamente.

Há uma série de observações publicadas, inclusive no Registro dos Sarcomas, de doentes curados há mais de 5 anos, nos quais a biópsia foi praticada e serviu para a confirmação histológica do diagnóstico.

Não deve haver grandes diferenças na maneira de difusão dos sarcomas ós-

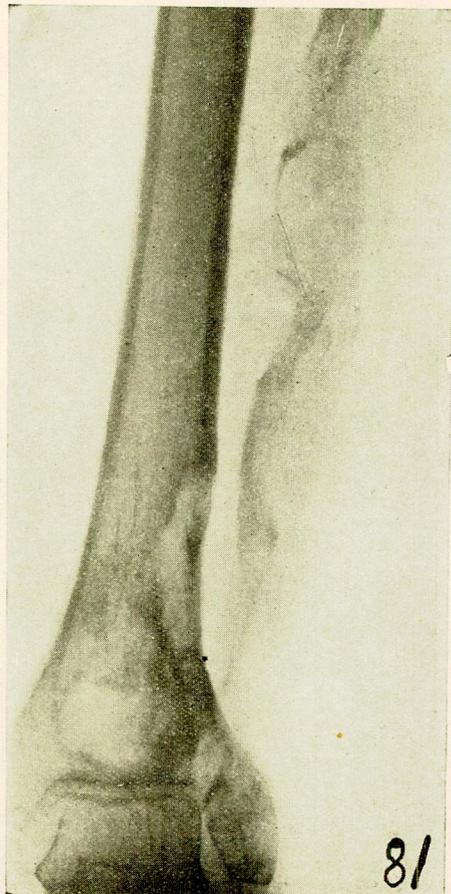


Fig. 81 — Mesmo caso da fig. anterior. Com a radioterapia houve involução do processo neoplásico da tibia e da metade inf. do peróneo, onde se verifica reorganização parcial do osso, cuja imagem havia desaparecido.

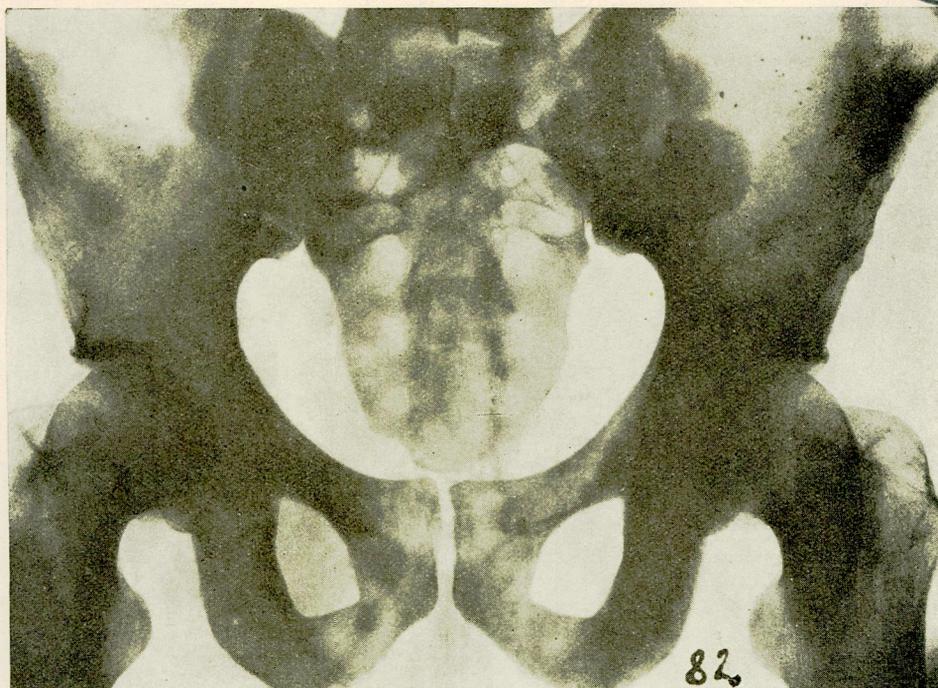


Fig. 82 — Lesões do tipo osteoblástico (condensante) secundárias a carcinoma prostático.

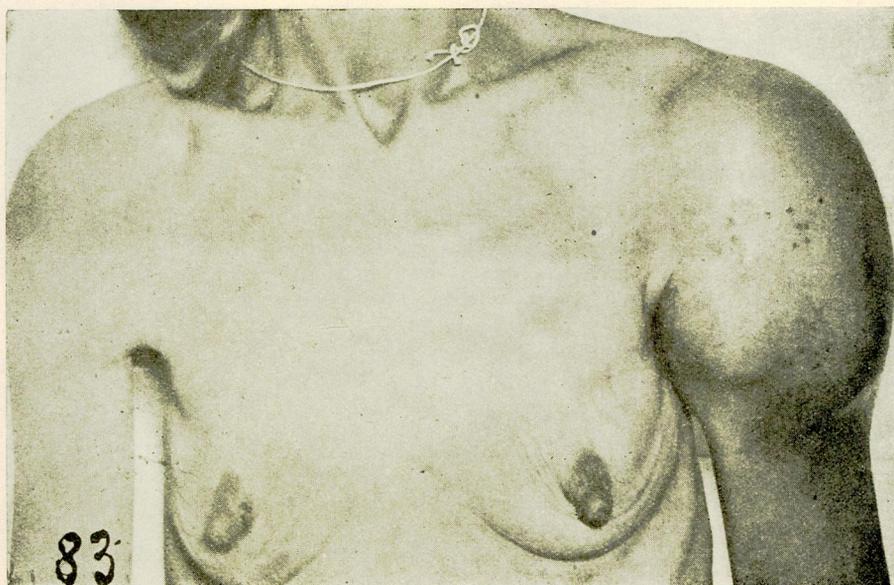


Fig. 83 — Grande tumor da região deltoideana. Idade 30 anos. Evolução de 4 meses. Diag.: metástase do húmero, de tumor da tireóide, com fratura patológica. Reg. 1271 — S. N. C.

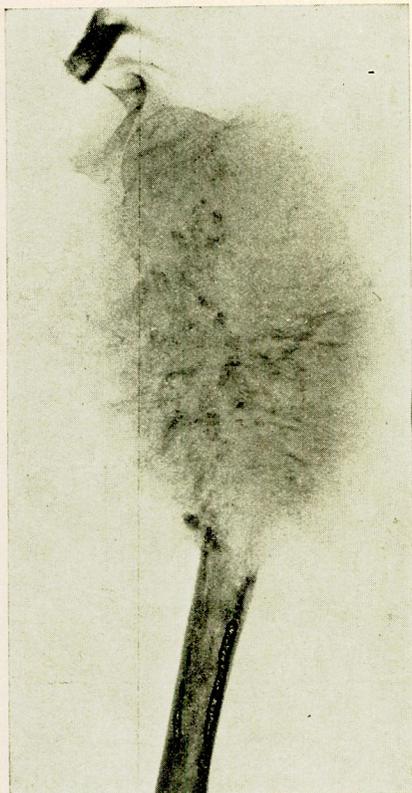


Fig. 84 — Mesmo caso da fig. anterior. Imagem radiológica da peça operatória. Desaparecimento da estrutura óssea de quase toda a metade proximal do húmero esquerdo, que se encontra substituída por massa tumoral osteolítica de forma oval. Nessa massa de transparência de partes moles, observa-se um desenho de traves grosseiramente lineares, partindo de uma zona central para a periferia e conservando certo paralelismo.

seos e dos outros cânceres. Para estes, a biópsia está indiscutivelmente aceita por todos os cancerologistas.

Argumentam alguns com as dificuldades de interpretação histológica. Apesar dessas dificuldades, as estatísticas mostram que em 95% dos casos a histologia pode confirmar o diagnóstico. Se, em alguns casos ela tem induzido a erro, há muitos outros, em que só ela pode afirmar a natureza exata da neoplasia como acontece no diagnóstico dos tumores de Ewing, dos plasmocitomas solitários e de certos mielomas. Harris,

defendendo as vantagens da prática da biópsia nos tumores ósseos, diz: "Em 10% dos casos do Registro dos Sarcomas foi possível provar pela biópsia que muitos tumores com diagnóstico de sarcoma osteogênico eram, na verdade, de outra natureza, evitando-se assim operações mutilantes e inúteis".

E' preciso reconhecer que nos casos vagos, de suspeita apenas de malignidade, com lesões mal definidas aos raios X, não se deve perder a oportunidade de confirmação, mediante biópsia.

Na técnica da biópsia, temos a encerrar aquela em que se procede, a céu

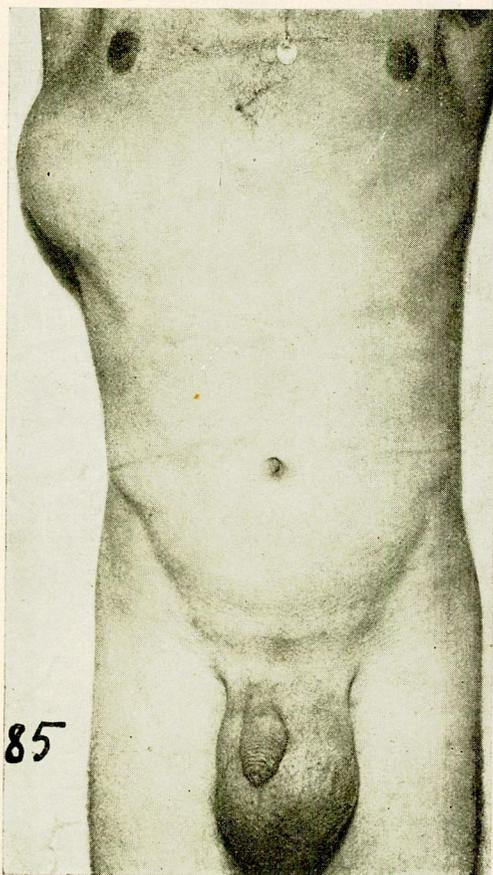


Fig. 85 — Grande tumor do hemitorax direito (costelas). Idem, tumor do testículo esquerdo. Idade de 45 anos. Evolução de 2 anos no testículo e 6 meses costela. Registro 595 — S. N. C.



Fig. 86 — Mesmo caso da fig. anterior. Alterações da estrutura do arco anterior da 7.^a costela que se encontra densamente opaco, de diâmetros aumentados, com superfície irregular e com aspecto de "barbas de pena".

aberto, expondo francamente o tumor, depois de estabelecida uma via de acesso para visualização da superfície a ser excisada; segundo, aquela outra que é feita por punção e aspiração transcutânea. Se a excisão tem a vantagem de retirar mais farto fragmento do que a biópsia por aspiração, em compensação é menor o traumatismo provocado pela punção e mais simples a sua execução. Se houver material suficiente para diagnóstico microscópico, ficam desde logo afastadas as dúvidas. Isso acontece em mais de 80% dos casos, conforme a nossa experiência no Serviço Nacional de Câncer. Um assistente, Dr. Francisco Fialho, já publicou no "Hospital" um trabalho sobre a prática da biópsia no Serviço Nacional de Câncer.

O próprio Ewing, contrário à biópsia por excisão, pratica a aspiração comumente e a recomenda. Para colheita de farto material, o trocar de Godoy Moreira presta-se plenamente, trazendo um bom fragmento com sua estrutura tecidual conservada.

Para remediar os receios de alguns, o ideal seria o exame extemporâneo dos tecidos colhidos no ato operatório, e feito por congelação. Se houver evidência de malignidade, pode-se tomar logo a decisão terapêutica adequada, seja mutilante ou conservadora. Há, entretanto, certas precauções destinadas a evitar os hipotéticos perigos de generalização.

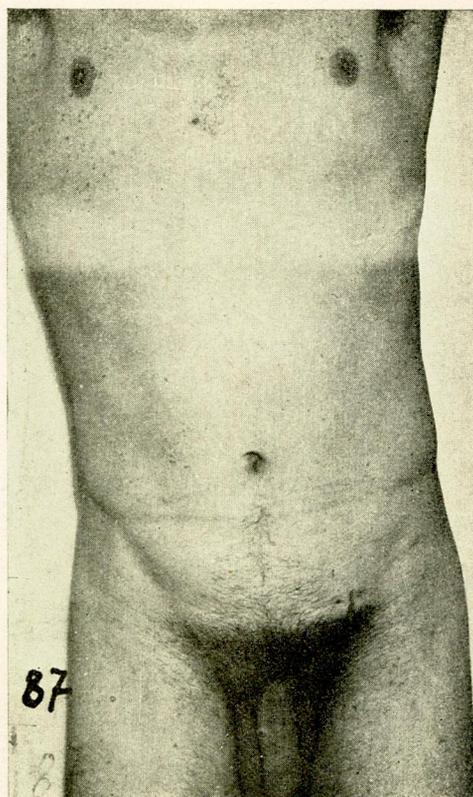


Fig. 87 — Mesmo caso da fig. anterior depois de irradiadas as lesões metastáticas e operado o tumor testicular. Diag. Seminoma com metástases na 7.^a costela direita.



Fig. 88 — Coração — Metástase de sarcoma do fêmur. (Condro-sarcoma).



Fig. 89 — Trombus blastomatoso da artéria pulmonar, consequente a condro-sarcoma do fêmur. Ao lado um fragmento destacado do trombus. — Reg. S. N. C.

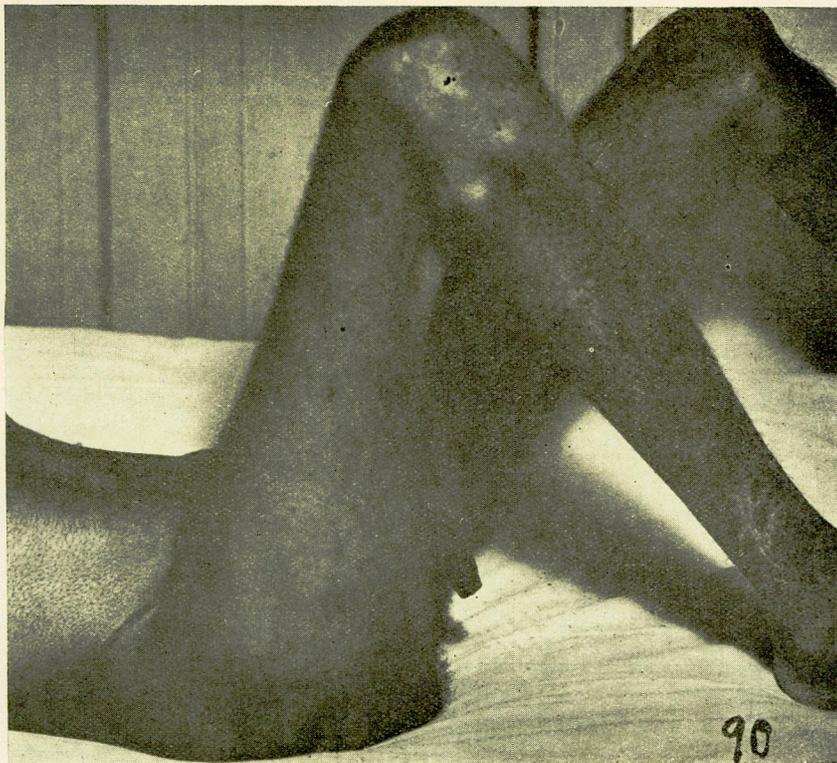


Fig. 90 — Tumor da côxa. Evolução de 1 ano. O fêmur apresenta-se indene na radiografia.
Reg. 6728 — S. N. O.

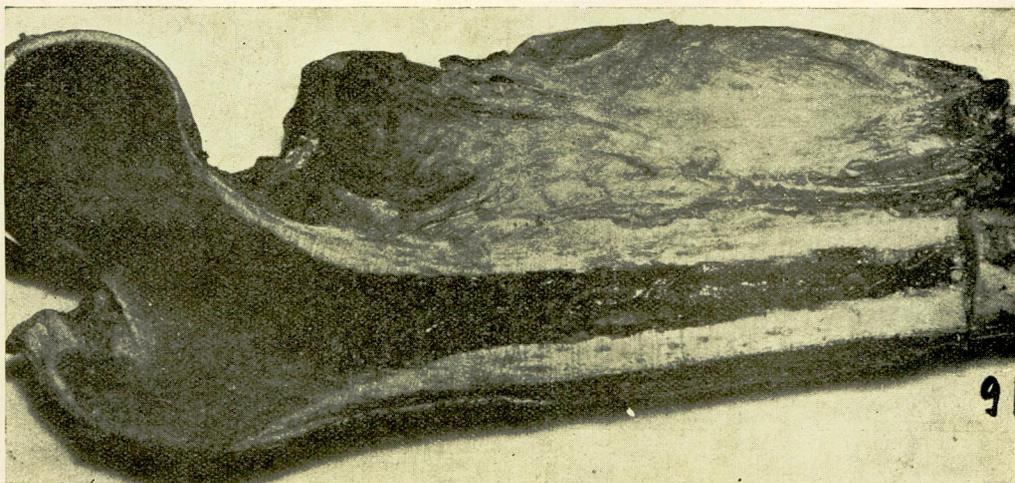


Fig. 91 — Mesmo caso da fig. 90 — Diagnóstico histológico: Miosite ossificante.

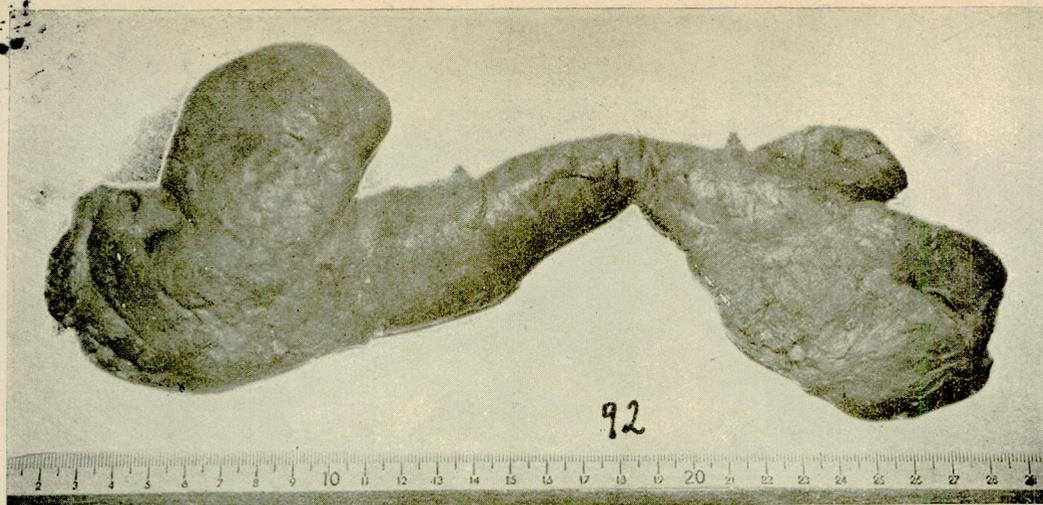


Fig. 92 — Trombose clastomatosa completa da veia cava, consequente a condro-sarcoma do fêmur. Reg. 7789 — S. N. C.

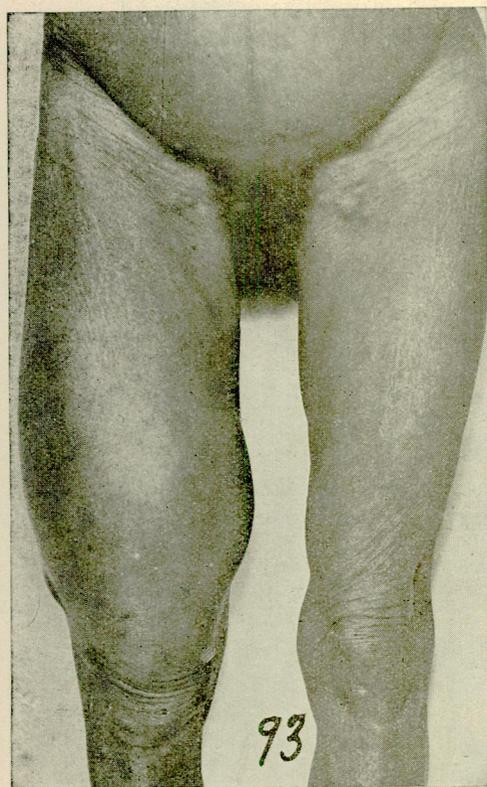


Fig. 93 — Grande tumor da côxa direita. Idade 62 anos. Evolução de 7 meses. Diag.: Aneurisma espúrico da femoral. Reg. 6247 — S. N. C.

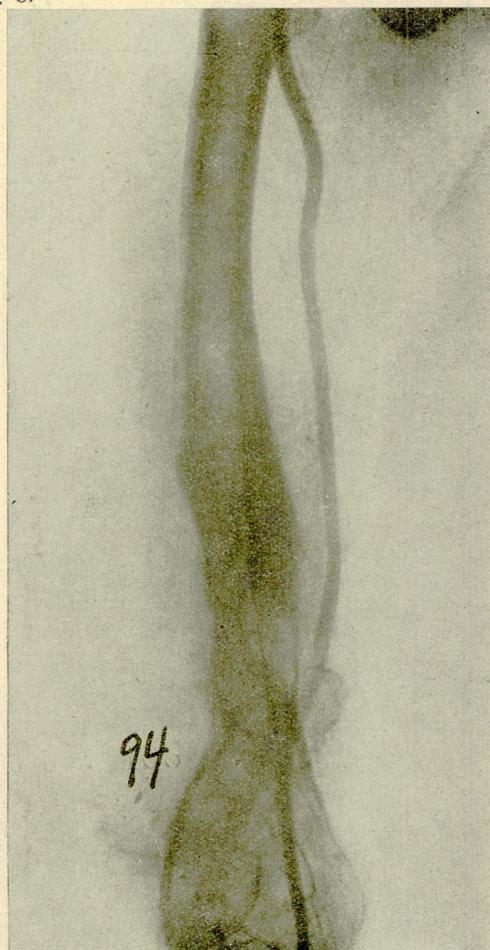


Fig. 94 — Mesmo caso da figura anterior. A arteriografia mostrou o trajeto da femoral sem interrupção e sem comunicação com o tumor. No fêmur existem áreas de destruição óssea, estendendo-se pelos 2/3 inferiores e fazendo-se especialmente pela face anterior. Na face interna, ao nível do terço médio, acentuado espessamento do periósteo, com periostite ossificante. Tumor das partes moles, escavando o osso. (Aneurisma — sífilis. Comprovado cirurgicamente.



Fig. 95 — Lesão destrutiva do terço médio do rádio, com intensa esclerose nas porções restantes e em quase toda diáfise do cúbito onde se observa acentuada reação perióstica, assim com áreas de fusão óssea. Várias fistulas sero-purulentas das partes moles do antebraço, sem grande tumefação. Reparação óssea e desaparecimento das fistulas com o tratamento anti-sifilítico. Diag. Sífilis óssea terciária. — Regist. Particular.

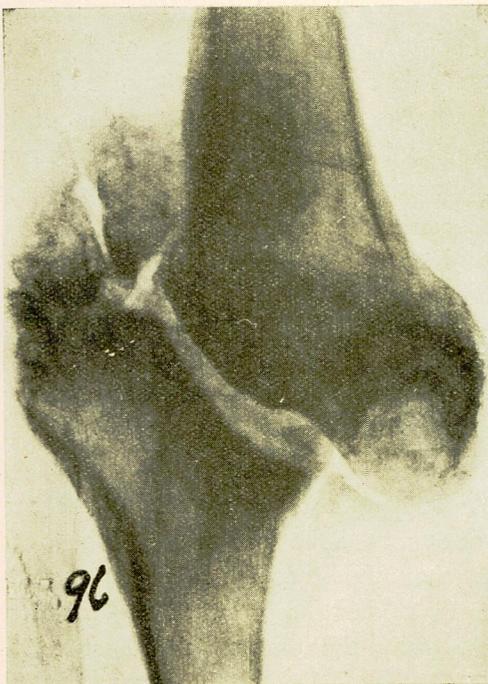


Fig. 96 — Artropatia tabida. Acentuadas lesões ósseas, mais do típico de usura, tanto do condilo externo como do "plateau" tibial. Deve ter havido fratura anteriormente. Reg. particular.

O emprêgo do bisturi elétrico é de grande utilidade. Aconselhamos também fazer preceder a biópsia de algumas aplicações de radioterapia.

Se os tumores forem rádio-sensíveis, essa aplicação prévia radioterápica será realmente vantajosa, principalmente porque, nessa hipótese, trata-se de processo indiferenciado, de rápida evolução e de fácil poder de difusão.

Se, ao contrário, os tumores forem rádio-resistentes, a estrutura será certamente muito diferenciada, sem grande poder de disseminação e, portanto, sem grande perigo de difusão metástica provocada pelo traumatismo da biópsia; e a aplicação ficou inóqua.

Seja como fôr, a biópsia é ainda o melhor elemento de diagnóstico exato de uma lesão óssea e pode comandar o verdadeiro tratamento, eficaz e imediato, sem perda de tempo, resultante das inevitáveis vacilações. Os tratamentos de prova e as expectativas do evoluir da doença, são sempre prejudiciais às possibilidades de cura.



Fig. 97 — Artropatia tabida com fratura da extremidade inferior do fêmur. Calo exuberante, formando verdadeiro condilo femural. Reg. particular.

No Serviço Nacional de Câncer, entre 13 mil doentes registrados, houve 118 tumores ósseos primitivos, confirmados histologicamente e assim distribuídos:

Osteogênico — 17, sendo: de tibia 6, mandíbula 3, humero 2, cúbitus 3, rádio 1, costela 1, fêmur 1.

Condro-sarcoma — 12, sendo: de fêmur 3, mandíbula 4, ilíaco 3, sacro 1, tibia 1.

Condroma — 12, sendo: de pododactilo 4, ilíaco 2, esterno 2, fêmur 2, costela 2.

Tumor benigno de células gigantes — 36, sendo: da mandíbula 30, rádio 2, maxilar superior 2, clavícula 1, fêmur 1.

Fibroma — 10, sendo: da mandíbula 9, tarso 1.

Retículo-sarcoma (T. Ewing) — 16, sendo: do fêmur 6, clavícula 2, tibia 1, mandíbula 1, omoplata 2, costela 1, sacro 1, tarso 1, maxilar superior 1.

Mielomas — 5, sendo 2 de aparência solitária: da clavícula 1 e do ilíaco 1.

Adamantinomas — 8, sendo: da mandíbula 8.

Doença de Paget — 4. *Goma sífilítica* — 4. *Granuloma eosinófilo* — 1.

Houve também 23 casos que ficaram sem diagnóstico histológico.

RESUMO

O autor, após ressaltar a complexidade do problema da patologia óssea, devido à multiplicidade de tecidos que originam os tumores dos ossos, estuda as classificações propostas, especialmente a referente aos sarcomas, que constitui objeto do presente trabalho. A propósito, salienta o registro dos sarcomas ósseos, instituído pelo Colégio Americano dos

Cirurgiões, cuja classificação é adotada pelo *Serviço Nacional de Câncer*. Em seguida, o A., mostra as dificuldades de diagnóstico diferencial, quer clínico, radiológico ou histológico, entre as diversas afecções ósseas, tanto benignas como malignas, afirmando que somente o estudo daqueles três métodos em conjunto poderá resolver satisfatoriamente os casos.

Apresenta o autor, uma classificação resumida em 4 tipos que passa a estudar separadamente, abandonando as respectivas sub-divisões, na prática, sempre cheias de dificuldades. Descreve, assim, individualisadamente, cada um desses 4 tipos principais de sarcoma, tais como o osteogênico, o tumor de Ewing, o tumor de células gigantes (mieloplaxomas), o mieloma e os tumores secundários metastáticos, salientando as diferenças, entre os mesmos existentes, do ponto de vista clínico, prognóstico e terapêutico.

Apresenta, a propósito, exemplos de casos de cada um desses tipos de tumores ósseos, extraídos do registro do Serviço Nacional de Câncer, confrontando os aspectos da sífilis óssea que pode com eles se confundir.

Finalmente, estuda o valor da biópsia nos tumores ósseos, discutindo as razões pró e contra esse método de diagnóstico.

SUMMARY

The Author, after stressing the complexity of bone pathology, due to the number of lesions which give rise to tumors, studies the proposed classifications, especially the one which refers to the sarcomas, object of the present article. He also shows the register of bone sarcomas instituted by the American College of Surgeons and adopted by the

Serviço Nacional de Câncer. The difficulties of the differential diagnosis between the various bone diseases are shown and demonstration of the importance of the clinical, radiologic, and histologic examinations are given.

The Author also presents a classification into four different types which are studied separately giving up the subdivisions always full-of difficulties. He describes individually each of the four types of sarcomas like the osteogenic,

Ewing's giant cells, myeloma and secondary tumors, pointing out the differences existent among them under a clinical and therapeutic point of view.

He also gives examples of each of these bone tumors from the files of the S.N.C., demonstrating the difficulties of diagnosis with syphilis of the bones. Finally he studies the importance of biopsy in bone tumors, discussing the pro and con factors of this method of diagnosis.

IMPRESSÕES DOS VISITANTES À EXPOSIÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DO CÂNCER, REALIZADA EM NOVEMBRO DE 1949

— O eminente colega e apaixonado em bem servir a humanidade, não podia fazer campanha mais inteligente e mais eficiente.

Rio, 5 de novembro de 1948.

Raul David Sanson — Presidente da Academia Nacional de Medicina).

— Um Mário Kroeff é pouco neste Brasil com 60.000 cancerosos. Uma exposição contra o câncer também é pouco neste país, onde o problema do câncer é visto com medo e vergonha.

Compensa, entretanto, a certeza de que, em breve, povo e govêrno compreenderão a campanha humanitária de combate ao câncer, prestigiando a obra de Mário Kroeff e de seus companheiros de jornada.

Edmar Morél — Jornalista

— Numa época em que há excesso de informações, umas boas, outras más, torna-se necessário insistir naquelas que são absolutamente fundamentais à espécie

humana. Por esta razão, esta magnífica exposição de câncer merece o maior apôio de todos aquêles que lutam pelo bem estar humano, pois não há quem não o saiba, ser esta manifestação mórbida, uma das mais sérias no momento.

Victor Stawianski — Chefe da Secção de Extensão Cultural do Museu Nacional.

— Ocasionalmente encontré esta interesante exposición del cancer. He recorrido con atención los diferentes aspectos, encontrando en todos los casos, además de una perfección artistica en cuanto a la elaboración, la más perfecta exhibición científica y de divulgación que nunca habia observado en mi viaje por los países de América del Sur.

Es una verdadera catedra de cancerologia al alcance de todos!

Dr. Carlos Saischel Lual — Médico Químico del Instituto Inter-Americano de Salud Pública de Bogotá.





ASPECTOS ESTATÍSTICOS DA MORTALIDADE POR CÂNCER EM CURITIBA

ARMANDO TRAMUJAS

Patologista do Instituto de Medicina e Cirurgia do Paraná. Da Liga Paranaense de Combate ao Câncer

PROBLEMA do câncer no mundo inteiro reveste-se de características verdadeiramente impressionantes. Sua importância em medicina reflete-se nas altas e crescentes cifras com que figura no obituário das nações mais civilizadas. A verificação de sua frequência cada vez maior constitui um dos mais aflitivos aspectos desse problema. Dia a dia adquire proporções mais alarmantes nos grandes centros, enquanto que doenças outras, consideradas como verdadeiro flagelo social, dentre elas sobressaindo-se a tuberculose, vão, ao contrário, reduzindo pouco a pouco seus expoentes de letalidade.

Assim é que, em 1936, na Alemanha, houve 145.000 casos de óbitos por câncer e, em 1939, o obituário dos Estados Unidos da América registrou 153.000 mortes. Já em 1940 o câncer ocupava nos EE. UU. o 2º lugar entre os casos de morte com 11% do obituário geral. Nesse mesmo ano a percentagem em Buenos Aires era de 14%. Cumpre-nos assinalar que nos países acima citados diminuía o número de óbitos por tuberculose e as estatísticas falam em apenas 61.000 mortes na América do Norte naquele ano de 1939. Entanto, as referências com relação à mortalidade por câncer eram cada vez mais impressionantes e não-lo demonstra cabalmente o trabalho de George Pack intitulado "Recen-

tes progressos na Luta Contra o Câncer", publicado no Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana — março de 1946, no qual o autor nos dá uma idéia da gravidade do problema, quando diz que o número de mortes por câncer, atingiu a um tributo anual quase equivalente a 50% do número total de soldados norte-americanos que perderam a vida na segunda grande guerra mundial.

No Brasil verificaram-se, no último decênio, algarismos de mortalidades crescentes, estimando-se atualmente em mais de 40.000 os casos anuais de mortes, sendo que na capital paulista o número de óbitos atingiu, no ano passado, a mais de 2.000, o que representa uma cifra bastante alta. Mas, tanto em São Paulo como nos demais Estados da União, a tuberculose continua como uma das maiores ceifadoras de vidas, e, portanto, não se observou aquela diminuição de letalidade a que fizemos referência acima. Muito ao contrário, os casos de óbitos aumentaram progressivamente, de ano para ano, em números que continuam superando os de câncer. No Paraná, e particularmente em Curitiba, o câncer ocupava, em 1939, o sétimo lugar no obituário geral.

No ano seguinte passou ao sexto lugar e desde há seis anos (de 1941 a 46) que vem mantendo-se em quinto lugar. Essa situação que o câncer ocupa

na tabela de classificação do obituário não é absolutamente real, por isso que dentre os casos de óbitos constantes do grupo de causas-mortis não especificadas ou mal definidas há, forçosamente, possibilidade de se acharem incluídos casos de câncer não diagnosticados, além do que, existem casos que evidentemente são tumores malignos, mas que, por um motivo ou outro, não aparecem como tais nos atestados de óbitos, principalmente quando não é possível comprovar a sua malignidade, o que só a necrópsia consegue. Todos êsses fatores elevariam, é claro, os coeficientes de letalidade pela doença.

De maneira que, os elementos que ora apresentamos são mínimos e acrescidos que fossem dos casos acima referidos modificariam a situação do câncer na tabela de classificação do obituário, tornando-o mais angustiante.

Nota-se, à medida que os diagnósticos se tornam mais precisos, uma diminuição, ano por ano, dos casos do grupo de causas-mortis não especificados ou mal definidas e o seu desaparecimento se dará por certo quando existir o serviço de verificação de óbitos. Numa cidade como Curitiba a não existência desse serviço de inegável valor, constitui uma lamentável lacuna. Capitais de população menor que a nossa, como sejam João Pessoa e Teresina, possuem-no, pois chegaram suas autoridades à devida compreensão dessa necessidade, a exemplo de centros mais desenvolvidos, como São Paulo, Distrito Federal, Recife, Porto Alegre, Salvador, Belo Horizonte e Niterói. Contudo, Curitiba já apresentava, no período 1940-42, uma mortalidade por câncer superior à de algumas dessas capitais acima mencionadas, não obstante possuir uma população menor.

A Tabela I é elucidativa do que acabamos de afirmar.

TABELA I

COMPARAÇÃO DA MORTALIDADE POR CÂNCER
NAS CAPITAIS BRASILEIRAS COM POPULAÇÃO
SUPERIOR A 100.000 HABITANTES
1940/42

CAPITAIS	Coeficientes por 100.000 habts
PORTO ALEGRE	102,3
SÃO PAULO	87,7
BELO HORIZONTE	73,4
RIO DE JANEIRO	67,1
CURITIBA	64,2
SÃO SALVADOR	62,6
RECIFE	59,5
NITERÓI	56,3
BELEM	49,5
FORTALEZA	23,9

Desejamos abrir aqui um parêntesis para dizer que a confecção dos gráficos e tabelas que vamos apresentar exigiu um acurado labor de nossa parte. Mas, forçoso é reconhecer que nos foi de inestimável valia a boa vontade do Diretor da Divisão de Bio-Estatística da Saúde Pública do Estado, franqueando-nos os arquivos do seu Departamento, onde fomos colher os dados indispensáveis à coordenação dos elementos estatísticos por nós efetuada para a apresentação do presente trabalho, razão porque folgamos em deixar aqui consignado o nosso agradecimento ao Dr. Emilio Sounis, cuja solicitude em nos atender muito facilitou a nossa tarefa.

Dizíamos que a Tabela I é elucidativa, porquanto nos mostra Curitiba ocupando já o sexto lugar na mortalidade com 64,2 de mortes por 100.000

habitantes, percentagem essa superior aos coeficientes apresentados por capitais mais populosas, quais sejam Salvador, Recife, Niterói, Belém e Fortaleza.

No ano de 1939, em Curitiba, com uma população calculada em 137.000 habitantes, verificou-se, no que diz respeito ao câncer e a tuberculose, a seguinte mortalidade:

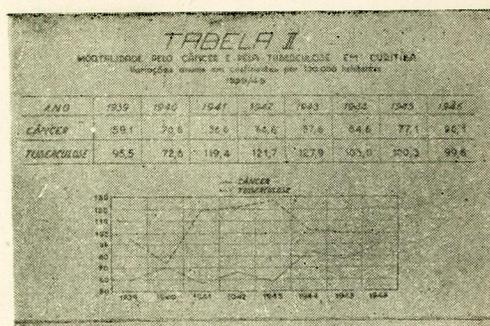
Câncer	81
Tuberculose	131

Por êsses dados vemos que a mortalidade por tuberculose era, naquele ano, bem maior do que a verificada pelo câncer mas, analisando a Tabela I notamos que houve, até 1946, um sensível aumento dos coeficientes da letalidade por câncer e êsse aumento foi mais ou menos constante, ao passo que os de tuberculose sofreram oscilações acentuadas, ora para menos, ora para mais. Senão vejamos: em 1939 o coeficiente por câncer por 100.000 habitantes era de 59,1 e atingiu em 1946 a 90,1, enquanto que para a tuberculose foi de 95,5 e 99,6 respectivamente, o que nos dá um aumento para o primeiro de 65,5% e apenas 9,6% para o segundo.

Tais algarismos são expressivos e nos autorizam a predizer que o número de óbitos por câncer ultrapassará, no futuro, o de por tuberculose.

Nesta mesma Tabela II o pequeno gráfico abaixo nos mostra uma certa correlação negativa entre essas duas moléstias.

Admitindo a hipótese dêsse aumento da mortalidade por câncer não refletir a realidade dos fatos, mas, sim, traduzir uma situação falsa em consequência de um aumento apenas aparente e decorrente de dados estatísticos deficientes,



vejamos quais os fatores possíveis de originá-lo.

Muitos pretendem que seja êle devido à melhoria dos meios diagnósticos capazes de revelarem a existência de maior número de cânceres, especialmente os internos. Mas, apesar do grande número de trabalhos a êste respeito, sobretudo com relação à maior incidência dos cânceres internos sôbre os externos, nada prova que deixou de haver um aumento real do câncer. As estatísticas resultantes de necrópsias confirmam tal afirmativa. Haja visto o resultado dos trabalhos estatísticos de Maffei, baseados em dados de necrópsias realizadas no Serviço de Verificação de Óbitos de São Paulo. Mostram-nos êles que em 1.809 necrópsias do ano de 1931 — 32 houve constatação de 12 casos de câncer. No período de 1932 — 33, em 1.506 necrópsias foram encontrados 18 casos. Cumpre ressaltar que 60% dos casos necropsiados, em ambos os períodos, eram de crianças abaixo de 1 ano, e como a incidência é naturalmente maior na idade adulta do que na infância, conclue-se que, deduzidos êsses sessenta por cento, a percentagem dos casos de mortalidade torna-se mais elevada.

Não se pode deixar de encarecer os fatores representados pela longevidade e pela diminuição da mortalidade infantil na acentuação da incidência por câncer

e, conseqüentemente, ao aumento da letalidade.

Para termos uma idéia do aumento da mortalidade por câncer nos últimos dezessete anos basta lançarmos um olhar para o gráfico I e veremos que, em 1930, em coeficientes por 100.000 habitantes, a mortalidade foi de aproximadamente 45%. No ano seguinte subiu a 58% mais ou menos, para em 1932 sofrer uma queda brusca até 36%. Em 1933 houve um ascensão nítida para 68%. Nos anos subsequentes, até 1943, o coeficiente de mortalidade manteve-se num nível que oscilava entre 56 a 70 por cento, para, em 1944, apresentar nova ascensão atingindo 84% e, depois de uma pequena queda em 1945, passou a 90% em 1946, — o que representa um aumento de 100% nos dezessete anos.

No que diz respeito à questão da idade o gráfico II relativo a 1942-1946 é

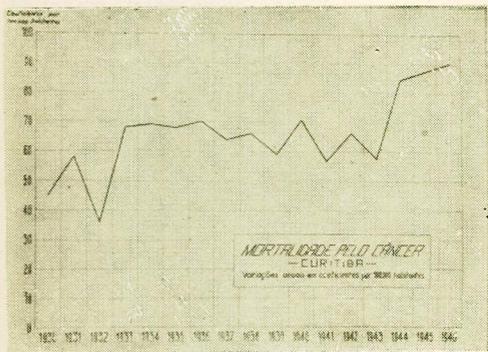


Gráfico I

expressivo, porquanto nos mostra que o número de óbitos, ao contrário do que muitos supõem, atinge o máximo nos períodos de vida compreendidos entre 60 e 64 anos, e então vai decrescendo à proporção que aumenta a idade.

Fato interessante de assinalar é que, contrariando a suposição geral, os jovens também pagam tributo ao câncer. Assim é que dentre 575 casos de morte por

câncer, no período 1942-46, contam-se 32 casos em idade inferior a 30 anos — o que nos dá uma percentagem de 5,5%.

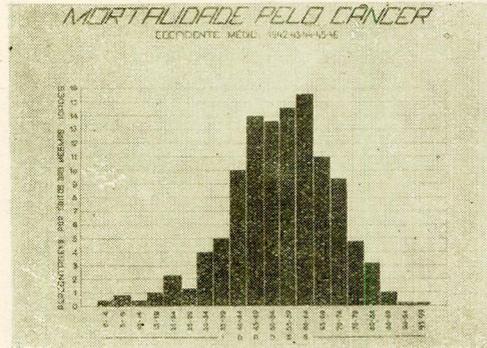


Gráfico II

Ainda com relação à idade e, em cada grupo, especificando o sexo, verificamos, pelo gráfico III, que há supremacia no número de mortes do sexo feminino sobre o masculino, nos grupos de idades

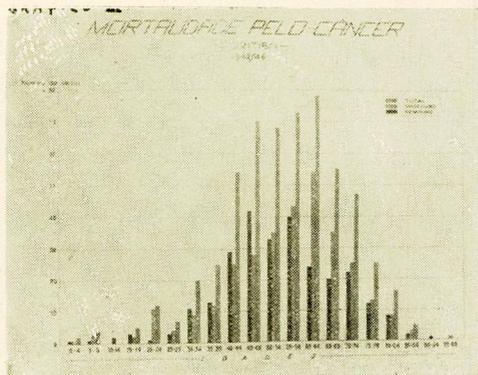


Gráfico III

compreendidas entre os 30 e 49 anos, passando, a partir daí, a prevalecer a maior letalidade no sexo masculino. Aquêl predominio é, em parte, explicado pelo fato de, na mulher, nos grupos de idades acima referidos, ser mais frequente o comprometimento uterino pelo câncer. Aliás há predominância por cada localização de câncer numa idade determinada, idade essa que varia dentro de certos limites. Vemos assim que o câncer do útero, por exemplo, é relati-



vamente precoce em relação a outras localizações, pois entre 73 casos de óbitos verificados em Curitiba, de 1942 a 1946, 23 eram de pessoas com menos de 45 anos, dando percentagem de 31,5%, ao passo que o câncer do estômago no mesmo período apresentava 31 casos de indivíduos abaixo daquela idade sobre um total de 132 mortes, com uma percentagem de 22,7%.

TABELA III
ÓBITOS POR CÂNCER EM CURITIBA

ANO	POPULAÇÃO	SEXO		TOTAL
		MASCULINO	FEMININO	
1939	137.000	45	36	81
1940	140.000	54	45	99
1941	143.000	42	39	81
1942	146.000	57	40	97
1943	149.000	44	42	86
1944	152.000	74	53	129
1945	155.000	63	56	120
1946	158.000	62	81	143

Quanto ao sexo, a Tabela III nos apresenta a preponderância do masculino sobre o feminino, desde 1939 (e a partir desta data porque não encontramos elementos estatísticos com referência aos anos anteriores) até 1945, sendo que no ano de 46 o sexo feminino predominou sobre o masculino e isto pelo aumento que houve do número de mortes por câncer do útero, aumento esse representado por 22 casos.

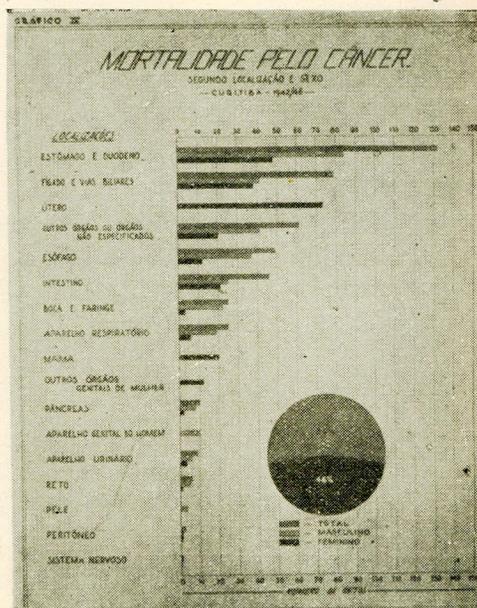
Desejamos acentuar — e a Tabela IV relativa ao quinquênio 42-46 não-lo mostra que existe sempre predominância de sexo masculino, contribuindo para tal a maior frequência com que se dá o comprometimento dos órgãos do aparelho digestivo do homem, em relação aos da mulher. Demais a mais observamos que, a pesar de serem computados para o sexo feminino os casos de cânceres do útero e da mama, mesmo assim o total de mortes constantes da referida tabela

é mais ou menos igual em ambos sexos.

TABELA IV
CURITIBA - 1942/46

LOCALIZAÇÃO	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
BOCA E FARINGE	22	3	25
ESÔFAGO	37	12	49
ESTÔMAGO E DUODENO	84	48	132
INTESTINO	25	21	46
RETO	5	1	6
ÚTERO	-	73	73
MAMA	-	20	20
TOTAL	173	176	351

No que se refere a localização, no período 1942-46, o câncer do estômago ocupa, conforme o gráfico IV, o primeiro lugar com 132 casos e contribui, para a mortalidade, com a quarta parte do número total de cânceres. Seguem-se o fígado e as vias biliares com 78 óbitos.



Mas queremos frizar que, dada a circunstância da raridade do câncer primitivo do fígado e das vias biliares, julgamos que a grande maioria dos diagnósticos se referem a metástases de cânceres de outros órgãos do corpo humano.

principalmente do estômago. Existem, sim, lugares, como as Filipinas, a Báltavia, onde se observa uma elevada frequência de câncer do fígado, mas em Curitiba tal não se verifica (a não ser que as necrópsias sistemáticas provem o contrário), motivo porque somos de parecer que se trata evidentemente de processos metastáticos.

Em terceiro lugar está o útero com 73 mortes. Em alguns países, até há bem pouco tempo, prevaleciam as localizações uterinas sobre os demais órgãos, de modo que o câncer do útero aparecia em primeira plana.

Em seguida, continuando a sequência da nossa classificação vêm as localizações em órgãos outros do organismo.

Desejamos acrescentar que o fato do câncer da mama estar ocupando o 9º lugar na mortalidade por essa doença evidencia que ainda não é ele muito frequente em nosso meio.

Há mais frequência na localização do aparelho respiratório entre nós, quando o inverso se observa em estatísticas de outros lugares, isto é, predominância da localização na mama. Quanto à pele, devemos frisar que é diminuta a incidência entre nós, no total das localizações.

O gráfico que estamos analisando nos mostra, com respeito, uma percentagem maior de óbitos do sexo masculino com 54% sobre 46% do sexo feminino.

No que concerne à nacionalidade era nosso desejo, para a confecção da respectiva tabela, computarmos o número de óbitos de cada nacionalidade e estabelecer a percentagem de mortalidade de acordo com o número de indivíduos desta ou daquela nacionalidade existentes em nossa capital, mas, dada a inexistência

de dados estatísticos referentes principalmente a estrangeiros aqui domiciliados, fomos obrigados a organizar a Tabela V considerando a mortalidade geral para

TABELA V
MORTALIDADE POR CÂNCER, SEGUNDO NACIONALIDADES
em CURITIBA

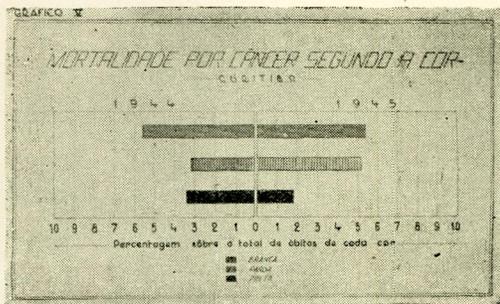
NACIONALIDADES	MORTALIDADE TOTAL		MORTALIDADE POR CÂNCER		PERCENTAGEM	
	1945	1946	1945	1946	1945	1946
ITALIANOS	87	53	3	11	3,44	20,75
ALEMÃES	39	38	2	7	5,12	18,42
POLONÊSES	58	46	7	9	10,29	19,75
RUSSOS	26	16	5	2	20,03	12,50
PORTUGUESES	6	11	1	1	12,50	9,09
ESPAÑOIS	7	14	1	1	14,28	7,14
OUTRAS NACIONALIDADES	44	36	4	6	9,09	21,65
TOTAL ESTRANGEIROS	277	216	23	39	6,30	17,88
BRASILEIROS	1.677	1.659	96	103	5,71	6,21
NACIONALIDADES BRASILEIRAS	8	16	1	1	12,50	5,55
TOTAL BEAM	2.162	1891	120	143	5,55	7,54

deduzir desta a percentagem de mortalidade por câncer relativa às diferentes nacionalidades.

Consoante o que ela apresenta, notamos que para os estrangeiros essa percentagem está, de modo geral, acima de 10%, enquanto que para os brasileiros não ultrapassa de 65%. Mesmo deduzindo, no quadro da mortalidade geral dos brasileiros, as cifras de mortalidade infantil, verificamos que a percentagem não vai além de 8%. Tem-se a impressão, portanto, que os estrangeiros são mais predispostos ao câncer do que os brasileiros. Justifica-se essa particularidade, em parte, pela menor mortalidade infantil entre aqueles, além do que os indivíduos de outras nacionalidades que aqui chegam, a maioria já adultos, atingem a idade do câncer com maior facilidade que nossos patrícios, em virtude de condições biológicas mais favoráveis e de outros fatores atinentes à raça a que pertencem.

Da análise dessa mesma tabela, que é relativa aos anos de 1944 e 1945, verificamos que, dentre os estrangeiros, são os poloneses que, considerado o total de êxitos letais verificados no biênio

44-45, apresentam uma incidência maior de mortes por câncer.



Segundo a cor, o gráfico V nos mostra que a porcentagem de letalidade por câncer foi, nos anos de 1944 e 1945, para a cor preta, bem menor do que para a branca. Tal verificação nos leva a aceitar a idéia de que os pretos gozam, frente ao câncer, de uma certa imunidade, reforçando a aceitação dessa hipótese o fato da própria morbidade ser relativamente pequena entre os indivíduos de cor preta.

Não nos foi possível confeccionar uma tabela relativa a profissões. E isto porque os dados que contávamos não nos permitiam chegarmos a uma conclusão positiva tendente a nos fazer pensar que existisse de fato alguma influência ligada a esta ou aquela profissão e que estivesse diretamente relacionada com a maior frequência de localização do câncer em determinados órgãos algo suscetíveis como o estômago, por exemplo, que apresenta uma elevada incidência. Não estamos, contudo, concluindo pela inexistência de correlação entre profissão e localização, mas apenas desejamos adiantar que os dados que conseguimos colher não foram, nesse particular, conclusivos e, portanto, não nos forneceram os esclarecimentos de que, a respeito, carecíamos para a organização da tabela.

As conclusões a que nos levam os elementos estatísticos apresentados neste trabalho são de molde a nos deixar bastante apreensivos. O número de vítimas do câncer, em cada ano que passa, mais ultrapassa a casa da centena. Aí estão os coeficientes de mortalidade, sempre crescentes a nos demonstrar que o problema assume características alarmantes. A verdade traduzida pelos algarismos não admite a menor contestação. São vidas preciosas roubadas à família curitibana. Vidas que seriam úteis ao Estado, à Sociedade, ao Lar. Porque a maioria das vítimas são ceifadas pela morte num período da existência em que tanto o homem como a mulher prestam serviços inestimáveis, contribuindo com o seu quinhão de trabalho, de qualquer natureza que seja, para o progresso de nossa terra. A frequência da letalidade nos grupos de idade de 45 a 64 anos ficou suficientemente comprovada. E isto não deixa de ser sobremodo contrastador.

Mas acontece que o angustiante problema do câncer foi por nós encarado, na presente exposição, apenas no que diz respeito à mortalidade. Imagine-se, pois, o que não serão os dados referentes à morbidade? Certamente o quadro é muito mais impressionante. Estádios adiantados da doença e manifestações metastáticas graves dando uma fisionomia mais assustadora ao terrível mal que aniquila a saúde dos paranaenses. Os casos iniciais constituem raridade e isto, em parte, implica na falência de elementos para o diagnóstico precóce. Seja por ignorância de nossa gente quanto aos primeiros sintomas, seja porque o médico prático, pouco afeito ao trato da especialidade, não é de pronto alertado pelos sinais clínicos denunciadores da moléstia incipiente, o fato é que os casos de câncer são, de um modo geral, diag-

nosticados tardiamente, quando a aplicação da terapêutica não mais traz resultados satisfatórios no sentido da cura da doença.

Oportuno se torna nesse particular lembrar aqui o estudo feito em 1938, pelo já citado George Pack no seu aludido trabalho, estudo êsse referente a 1.000 cancerosos, com o fim de determinar a quem caberia a culpa pela demora no diagnóstico e tratamento do câncer, si ao doente, si ao médico. Foram os enfermos escolhidos, ao acaso, num Hospital e num Instituto especializado, dedicando-se ambos exclusivamente ao cuidado dos cancerosos. E chegou o autor à conclusão de que o doente foi o único responsável da demora em 44,3% do total dos casos; o doente e o médico em 18%, o médico sozinho em 17%, e apenas em 20,7% não havia dependido êle nem de um, nem de outro.

E' verdade que um estudo estatístico da mortalidade por câncer, como o que fizemos, não dá esclarecimentos capazes de melhorar os elementos de diagnóstico, mas ao menos acreditamos ter o mérito de alertar o médico quanto à necessidade imperiosa de diagnosticar precôcemente para o bem da coletividade e em proveito da vitalidade do nosso Estado, pois os benefícios se refletirão no abaixamento dos índices de mortalidade que, infelizmente, até agora, só têm piorado, de ano para ano.

O contingente de cânceres do estômago, sendo elevado como é, pois ocupa o primeiro lugar na tabela de classificação no que toca à localização, contribue bastante para piorar os coeficientes de letalidade. E tal fato merece atenção de nossa parte. E' imperiosa a necessidade de encararmos com resoluta seriedade a questão, que reputamos importante, da maior frequência de câncer no trato di-

gestivo, com eletividade tôda especial pelo estômago. Quais seriam as possíveis causas dêsse fato? Necessário se torna uma investigação minuciosa com o fim de descobri-las. E' porém um problema de difícil solução, sabemos antecipadamente. Então faz-se preciso melhorar as condições do diagnóstico precôce, único meio capaz de diminuir a incidência dos casos graves. Convém, pois, que os clínicos dêem a devida atenção às perturbações gástricas rebeldes a tôda a sorte de terapêutica e que por isso se cronificam. Porque essa manifestação sintomática está muitas vêzes, sem que a maioria o perceba, denunciando a fase inicial do comprometimento canceroso do estômago. Qualquer que seja enfim a localização da doença, se levamos em conta a alta percentagem da mortalidade por câncer em Curitiba que, nos últimos anos, apresenta uma linha de ascensão algo acentuada, somos induzidos a admitir a gravidade angustiante do problema e não podemos ficar de braços cruzados ante tamanha calamidade. Convém que seja posta em prática uma campanha bem conduzida no sentido de alertar o povo sôbre perigos a que está sujeito. Conhecimentos rudimentares relativos à sintomatologia devem ser postos ao alcance de todos. Porque só assim será possível abrir caminho ao diagnóstico precôce que, por sua vez irá conduzir a uma terapêutica eficaz. Constitui êle a arma mais poderosa de que a medicina dispõe para evitar um maior agravamento do problema e impedir o sacrificio de vida em número elevado, como atualmente se verifica.

E o manejo dessa arma no combate à doença impõe-se como um dos principais meios que contamos para suavisar as consequências do terrível mal, já que as causas responsáveis pelo flagelo con-



tinuam obscuras e, por conseguinte, zombando dos esforços da ciência no sentido de esclarecê-las para que a humanidade deixe de pagar o seu pesado tributo a essa verdadeira calamidade social: O CÂNCER.

BIBLIOGRAFIA

PRUDENTE ANTONIO — Estudo Estatístico da Frequência e Mortalidade por Câncer em São Paulo — 1.º Congresso Brasileiro de Câncer — Atas e Trabalhos, 1935, pg. 33 — 44.

PACK GEORGE — Recentes Progressos na Luta Contra o Câncer — Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana, Março, 1946, pg. 203 — 217.

MAFFEI WALTER — Serviço de verificação de óbitos — An. Fac. Med. U. S. Paulo., Vol. XVII, pg. 269 — 1937.

MAFFEI WALTER — Serviço de verificação de óbitos — An. Fac. Med. U. S. Paulo., Vol. XVI, tomo II, pg. 463 — 1940.

SUMMARY

Statistical aspect of cancer mortality in Curitiba.

The author after considering cancer mortality in different countries, shows that in Brazil the mortality in the last ten years has been rising, as for instance in the capital of the state of São Paulo where last year the number of deaths from cancer was 2.000, which represents a high percentage. As to cancer mortality in Curitiba (capital of the state of Paraná) he says that in 1939 it occupied the 7th place in the general orbuary. The following year it came to the 6th place and in the last 5 years it holds the 5th place.

Holding 6th place in mortality with 64.2 deaths per 1000.000 inhabitants,

Curitiba shows a higher percentage than other cities with higher population such as Salvador, Recife, Niterói, Belém and Fortaleza. Continuing the study one may verify that if we compare cancer mortality with tuberculosis which is still the highest tragedy of Brazilian population one will observe an appreciable rise in the number of deaths by cancer (and this has been more or less constant) while the number of deaths by tuberculosis it was 95.5. Such numbers are a lower rate. This may be seen by the following: In 1939 the rate of cancer in 100.000 inhabitants was 59.1 and in 1946 it went up to 90.1 while in tuberculosis it was 95.5. These numbers are significant and permit the author to predict that in the future the number of deaths by cancer will be higher than those by tuberculosis.

As to age the graphics show that the highest death rate corresponds to a period of life between 60 and 64 years of age and then decreases as age goes up.

From 30 to 49 years of age women show a higher number of deaths while from then on the highest mortality will be from men.

As to localization, cancer of the stomach comes first. Cancer of the uterus follows. Cancer of the breast is less frequent holding the 9th place in mortality.

Cancer mortality of the respiratory apparatus is great while mortality of skin cancer is small.

Regarding nationality one may see that cancer is more frequent among foreigners than among natives.

As to color, mortality percentage is much higher among white people than among the black. The author believes that there may be a certain immunity among the black.



CASOS CLÍNICOS



CONSIDERAÇÕES EM TORNO DE DOIS CASOS DE TUMOR MALÍGNIO PRIMITIVO DA VESÍCULA BILIAR COM METASTASES HEPÁTICAS (*)

(Colecistectomia com hepatectomia parcial do lobo hepático direito) pelo

DR. SYLVIO LEMGRUBER

Trazemos ao conhecimento desta Sociedade as observações de dois casos de tumor maligno primitivo da vesícula biliar com metastases localizadas no lobo hepático direito, operados na Clínica Cirúrgica Maurity Santos (Hospital da Gambôa).

Em nosso meio não são comuns os casos de tumor maligno primitivo da vesícula, o que nos animou a aumentar com esta publicação o número dos casos nacionais.

Confesso que procurámos com todo interesse, os trabalhos nacionais e não conseguimos ler nenhum. Telefonamos aos próprios autores, que por displicência, não nos enviaram seus trabalhos. Encontramos por parte do professor Jorge de Moraes Grey, boa vontade, mas não tendo exemplar de seu trabalho, relatou-nos pessoalmente o caso. Operou um paciente em abdomen agudo, encontrando a vesícula túrgida, tensa, em que fez a colecistectomia e grande foi a sua surpresa, encontrando dentro da vesícula um tumor que, examinado histologicamente, deu como resultado carcinoma de células cilíndricas. O caso se torna mais interessante, porque não havia cálculos,

o que é mais raro. O doente faleceu 6 anos depois, de tuberculose pulmonar. Procuramos também o professor Amadeu Fialho, que nos atendeu com sua habitual gentileza, para saber quantos casos conhecia de tumores malignos primitivos da vesícula. Respondeu-nos que não são muito frequentes; e que somente passaram pelas suas mãos 11 casos e de vários cirurgiões, assim discriminados:

Material remetido: Vesícula biliar.
Remetente: Dr. Bonifácio Costa.

Resultado: P. C. 4.838, Carcinoma mucinoso da vesícula.

Material remetido: Vesícula biliar.
Remetente: Dr. Maurity Santos.

Resultado: P. C. 6.402, Adenocarcinoma mucinoso.

Material remetido: Vesícula biliar.
Remetente: Dr. Jorge Grey.

Resultado: P. C. 10.906, Carcinoma de células cilíndricas, em parte necrosado.

Material remetido: Vesícula biliar.
Remetente: Dr. Mário Kroeff.

Resultado: P. C. 12.928, Carcinoma espinocelular não ceratinizado.

Material remetido: Vesícula biliar.
Remetente: Dr. Sylvio Lemgruber.

(*) Trabalho apresentado à Sociedade Br. de Cancerologia, na sessão de 6 de maio de 1449.

Resultado: P. C. 15.978, Carcinoma epidermóide, tipo transicional. Litiase biliar.

Material remetido: Vesícula biliar.
Remetente: Dr. Nilton Sales.

Resultado: P. C. 16.206, Carcinoma de células altas, provávelmente primitivo da vesícula biliar, com metastase hepática. Icterícia mecânica.

Material remetido: Vesícula biliar.
Remetente: Prof. Hugo Pinheiro Guimarães.

Resultado: P. C. Carcinoma espinocelular. P. C. 16.341.

Material remetido: Vesícula biliar.
Remetente: Dr. Aguinaldo Xavier.

Resultado: P. C. 20.323, Adenocarcinoma da vesícula.

Material remetido: Fragmentos de vesícula biliar e de figado. Remetente: Dr. Aguinaldo Xavier.

Resultado: P. C. 20.323, Adenocarcinoma da vesícula.

Material remetido: Fragmentos de vesícula biliar e de figado. Remetente: Dr. Sylvio Lemgruber.

Resultado: P. C. 20.778, Carcinoma epidermóide, não ceratinizado, na sua quase totalidade não diferenciada. As metastases hepáticas reproduzem esta neoplasia com os mesmos detalhes.

Autópsia n. 1.983, no Hospital São Sebastião — Prof. Amadeu Fialho.

Resultado: Câncer da vesícula biliar.

Autópsia n. 5.005, no Hospital de N. S. do Socorro — Prof. Amadeu Fialho.

Resultado: Adenocarcinoma da vesícula biliar.

Na Clínica Cirúrgica Maurity Santos foram feitas 58 operações sobre o figado, vesícula e canais biliares, sendo 42 colecistectomias por litiase, 4 colecistostomias por litiase, 3 colecistostomias por empiema, 3 coledococtomias por cálculos, 3 abscessos intra-hepáticos e 1 cisto hidático do figado. Portanto, em 58 operações sobre o figado e vias biliares, somente foram encontrados 2 casos de tumor maligno primitivo da vesícula, que motivaram a presente comunicação.

Nota-se que os trabalhos estrangeiros citam porcentagem de tumores malignos primitivos da vesícula até 9%, o que de um modo geral pode-se afirmar que é uma porcentagem bem elevada em relação ao nosso meio. Será que em nosso país se faz mais operações sobre a vesícula? Como muitos atribuem um dos fatores prováveis dos tumores malignos da vesícula à colecistite calculosa, nota-se que de fato em nosso meio opera-se bastante litiases biliares, estando assim de um modo geral, fazendo a profilaxia dos tumores da vesícula.

Revendo os trabalhos publicados na literatura estrangeira, nota-se que ultrapassam de dois mil os casos de tumores malignos com comprometimento da vesícula. Observa-se certa confusão nos trabalhos divulgados, em que, se referindo aos tumores malignos do estômago, colon, pancreas, reto, prostata, etc., com metastase para o figado e vesícula, são elas citadas entre os tumores primitivos desta.

Queremos neste trabalho mencionar somente os tumores malignos primitivos da vesícula; talvez não ultrapassem de mil os casos confirmados histologicamente.

Os primeiros casos de câncer primitivo da vesícula foram encontrados em 1.777, por Maximiliano Stoll, que pu-

blicou um trabalho com 3 casos encontrados em autópsias. Hellé, em 1786, publicou um trabalho com quatro casos de câncer da vesícula. Em 1861, Freeichs mencionou no seu tratado sobre doenças do fígado a relação que existia entre litíase biliar e câncer da vesícula. Em 1889 Musser estuda um grupo de cem casos e Couvoisier, mais tarde, dedica um capítulo em sua obra com um total de 103 casos de câncer da vesícula.

Em 1907, Garré publicou seis casos de reseção do fígado por câncer da vesícula. Um trabalho interessante é o de Robson, que publicou observação de 14 casos. Wight ressecou todo o lobo esquerdo do fígado por carcinoma dos condutos biliares e notou que a hemostasia era mais fácil desde que a metastase estivesse bem localizada ao lobo.

Starjano tem na sua clínica 11 casos de carcinoma da vesícula que foram bem estudados e divulgados. Na revista argentina "Anais de Cirurgia", volume 8 nº 3, setembro de 1942, tiramos a relação seguinte de operações feitas por vários operadores e vários anatomo-patologistas em que encontraram diversos casos de câncer da vesícula, assim distribuídos: na sala de operação 401 casos de cânceres primitivos da vesícula e na sala de autópsia, 552.

Não podemos afirmar se todos os casos rotulados na estatística estrangeira tiveram confirmação do exame histológico e por mais experiência que se tenha, as observações perdem o interesse científico quando não são identificados histologicamente.

Seria interessante que após a descrição dos casos viesse imediatamente o resultado histopatológico da peça com a respectiva identidade do anatomopatologista.

Quanto à etiologia do câncer primitivo da vesícula biliar, continuamos como nos demais cânceres no terreno das hipóteses para explicar a nossa ignorância.

Se de fato os cálculos atuam como fator irritativo e mais os sais biliares e colessterina, também encontramos os casos de cânceres da vesícula sem cálculos; nestes casos somente estão presentes os sais biliares e colessterina como fatores da metaplasia. Não entrarei nas minúcias dos vários tumores encontrados na vesícula, porque seria repetir o que existe em todos os trabalhos publicados e pensamos que será mais dos anatomopatologistas. Falaremos somente em relação aos casos de nossas observações para completar mais o trabalho. Os tumores malignos mais frequentes da vesícula são os adeno-carcinomas, que aparecem sobre diversos sub-tipos. O caso de adeno-carcinoma infiltrante, que é a variedade mais comum nas estatísticas estrangeiras, vem numa porcentagem de mais de 50% relativa aos outros tumores segundo Couper, Kirshbaum, Kozoll e Mosto, e também é a variedade dos mais benignos tumores da vesícula. É um tumor de consistência dura e surge na mucosa ulcerada e vai se infiltrando em todas as camadas da parede vesicular, que vai se encarquilhando e perdendo a sua verdadeira função fisiológica. Depois se infiltra aos órgãos vizinhos, fígado, estômago, duodeno, colon, epiplo, etc., formando um verdadeiro bloco, conforme constatamos em nossos casos.

Este tumor tem origem quase sempre no colon ou fundo da vesícula; nos nossos casos parece que foi do fundo, devido aos colons estarem completamente livres, pela facilidade que tivemos na ligadura do cístico e artéria cística.

Ao microscópio, apresenta os alveólos e tubos atapetados por células cúbicas e

cilíndricas apoiadas sobre um estroma de denso tecido conjuntivo.

As nossas observações são de casos de carcinoma epidermóide em forma de transição, tipo mais raro de tumor e que tem dado origem a imensas discussões para explicar sua etiologia. Tumor epidermóide quando histologicamente a vesícula normal não tem tecido epitelial malpighiano, e surgem as teorias para explicar as prováveis hipóteses da verdadeira etiologia desses tumores: resíduos embrionários, etc.

Ao exame microscópico, encontra-se a invasão neoplásica do tecido epitelial de células poliédricas volumosas, às vezes anastomosadas e, em outros casos, não E' o tipo de carcinoma epidermóide, não ceratinizado e às vezes mais diferenciados.

A propagação dos tumores malignos da vesícula se dá como a de todos os tumores malignos; primeiramente pela infiltração aos órgãos ou tecidos vizinhos e depois pela via linfática, sanguínea e mais tarde se generalizando com as metástases à distância.

Esses tumores se tornariam de certo modo mais benignos se fossem muito mais precocemente diagnosticados.

Pelos estudos de nossos casos, observa-se que inicialmente vem o quadro clínico de litíase para mais tarde aparecer o tumor que aumenta lentamente e sem dor; as crises de cólicas se tornam menos frequentes e assim continuam as pacientes na expectativa de outros sintomas mais alarmantes, que é o desenvolvimento do tumor, para depois procurar o serviço de cirurgia.

Todavia sabemos que o tamanho do tumor é devido exclusivamente à infiltração aos órgãos próximos, o que torna a lesão muito mais grave e de mais difícil tratamento. Assim, como os anatomo-

patologistas afirmam a malignidade dos tumores pela classificação de Broder, nós os cirurgiões, avaliamos a extensão da malignidade pela exereses que possamos realizar.

PRIMEIRA OBSERVAÇÃO

Obs. nº 6.502 — Mariciana da Conceição Gomes. Rua José Lourenço, 18, casa 17 — Anchieta. Idade: 48 anos, parda, brasileira, casada, doméstica. Entrou na Clínica em 16-10-1948. saiu em 3-12-1948.

Antecedentes familiares: pai morto de hidropsia, mãe morta de causa ignorada.

Antecedentes pessoais: coqueluche, sarampo.

Antecedentes genitais: foi menstruada pela primeira vez aos 12 anos, durante 3 dias, de fluxo normal e sem cólicas. As posteriores vieram sempre normais. Teve nove gestações de períodos de gestação, parto e puerpério normais. Não teve aborto. Há um ano que não é menstruada.

Inspeção geral: estatura média, biotipo normolino, nutrição boa, mucosas coradas, gânglios impalpáveis, não há circulação colateral, não há icterícia presente, temperatura 36° 5, pulso 68 por minuto, pressão arterial Mx. 12 e Mn. 6 1/2.

História da moléstia atual: Há mais ou menos um ano que sofre do fígado. No princípio, sentia fortes cólicas hepáticas constantes, com vômitos biliares, cefaléia e mal estar geral e só tinha alívio com medicamentos caseiros. Em princípio de agosto de 1947 percebeu um tumor, indolor, duro, no local onde sentia em mais evidência as cólicas já mencionadas.

Conquanto esse tumor tenha aumentado gradativamente, desapareceu a sín-

tomatologia anterior; cólicas, cefaléa, vômitos e a dispepsia que tanto a incomodava. Por outro lado, começou a sofrer de constipação intestinal crônica, e ultimamente tem emagrecido, embora se alimente normalmente.

Pela inspeção do abdomen, nota-se no quadrante direito superior um tumor que ocupa todo o hipocôndrio do mesmo lado; em cima continua com o fígado, em baixo vem a uns 4 cms. da cicatriz umbelical, à esquerda atinge ou mesmo passa a linha mediana e para o lado direito parece confundir-se com a região dorso-lombar deste lado. Tumor de consistência dura, bosselado, de volume comparável à cabeça de um feto a termo, não doloroso e de mobilidade apreciável constatada claramente pela apalpação abdominal lombar, motivo porque se afastou a hipótese de tumor retro-peritoneal, que de um modo geral é fixo. Não se pode isolar o tumor do fígado, parecendo mesmo que tem com ele íntima ligação. A percussão é de tumor sólido, de consistência massiça. É de assinalar que a paciente suporta todos os exames sem revelar qualquer dôr nas manobras no local. Os exames feitos nas demais regiões abdominais nada evidenciam.

Exame ginecológico: pelos pubianos de implantação normal, grandes lábios senis, períneo íntegro.

Toque vaginal: vagina estreitada e profunda, pouco elástica. Colo uterino fendido transversalmente e voltado para a parede posterior da vagina. Fundos de sacos vaginais livres.

Palpar combinado: útero em anti-verso-flexão pequeno e indolor. Anexos impalpáveis.

Exame especular: colo fendido transversalmente e com erosão no lábio anterior.

Exame de laboratório:

Urina -- 19-10-48: volume de 24 horas, 800, gramas; côr, amarelo ambar; aspecto, turvo; consistência, fluída; superfície, não espumosa; cheiro sui generis; reação, ácida; densidade, 1.016; depósito, flocoso.

Dosagem dos elementos normais:

Uréia, 18,0; cloretos, 12,5; fosfatos, 1,65.

Elementos anormais:

Albumina, traços; mucina, ausente; glicose, ausente; acetona, ausente; ácido diacético, ausente; ácido B .butírico, ausente, indican, ausente; escatol, ausente; pigmentos biliares, ausente; ácidos biliares, ausente; urubilina, ausente; puz, ausente; sangue, ausente.

Exame microscópico:

Presença de muitas células epiteliais das vias inferiores, algumas hemácias, alguns leucocitos e alguns cristais de oxalato de cálcio.

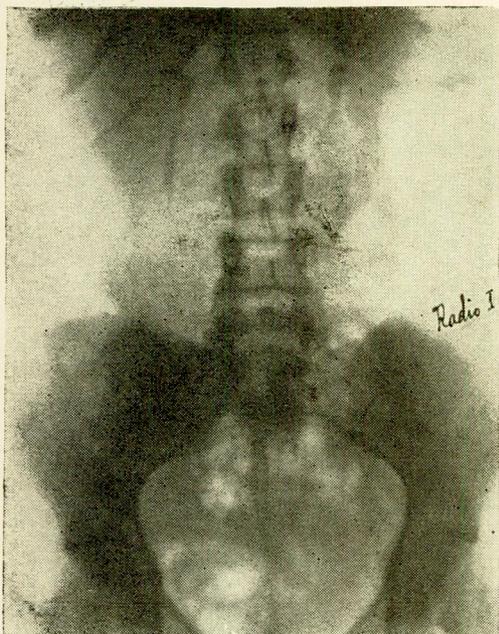
Exame de sangue:

Azotemia, 0 (35; reserva alcalina, 0,56; hemoglobina, 82%; hemácias, 4.500.000; leucocitos, 10.200; neutrófilos, 48%; eosinófilos, 6%; basófilos, 0,0%; monocitos, 3%; linfocitos, 43%; valor globular, 0,91; coagulação, 3'30"; sangria, 1'; hemossedimentação, 32 mm.

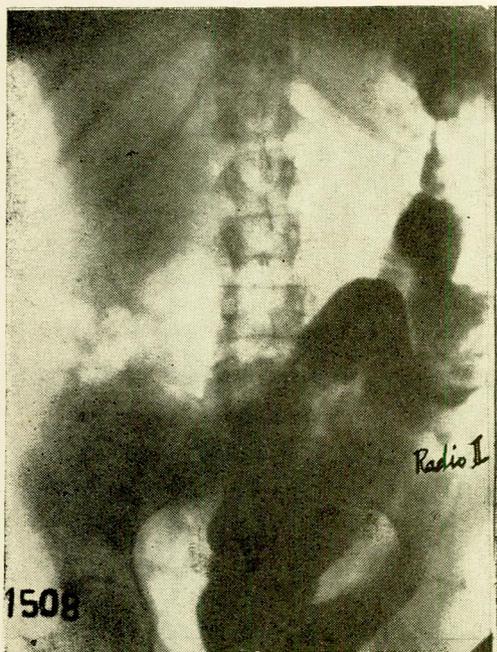
(Ass.) Dr. *Wilson Fragoso*

Radiodiagnóstico do aparelho urinário:

Rins de situação, forma e volume normais. Ausência de concreção opaca na região urinária. Eliminação em tempo e densidade normais. Cavidade pelica de aspecto normal. Desvio do ureter direito para fora: compressão extrínseca, conforme radiografia nº 1.



Colons: (Cliter opaco) — 9-11-948.
Colons permeáveis. Abaixamento do
ângulo hepático e do colon transverso.



Não ha modificação da parede, segundo
a radiografia nº 2.

(Ass.) Dr. Gil Ribeiro

Diagnóstico cirúrgico: tumor do fígado, neoplasia da vesícula?

Indicação operatória.

Operação feita em 3-12-1948.

Anestesia geral com eter, pelo estudante Ernani de Freitas.

Operador: Dr. Sylvio Lemgruber.

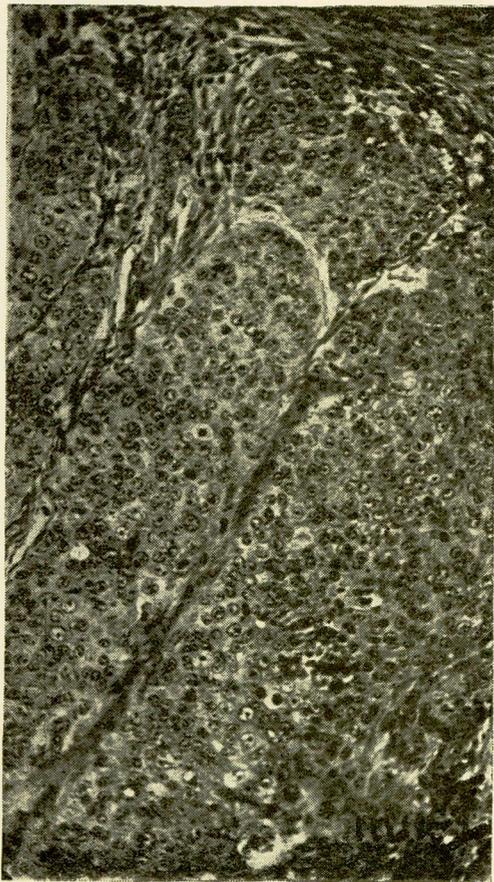
Auxiliares: Drs. Felício Falci e Edgard Falci.

Laparotomia para-mediana direita supra-umbelical.

Aberto o peritônio, nota-se pela inspeção, grandes aderências do colon e grande epiplon ao tumor. Desfeitas as aderências com certa facilidade, ficou constatado que o tumor era formado pela vesícula e por vários nódulos endurecidos, ocupando todo o lobo hepático direito. Nota-se perfeitamente a possibilidade de se fazer a operação de colecistectomia com hepatectomia parcial do lobo hepático direito, porque a lesão era perfeitamente limitada, circunscrita somente ao lobo hepático direito, e sem a menor invasão dos gânglios linfáticos, da veia porta, cístico e pre-aórtica, que estavam impalpáveis. A vesícula estava encarquilhada, dura, verdadeiramente fixa ao parênquima hepático, motivo porque pensamos logo em tumor maligno, e o lobo hepático direito, com vários nódulos duros, porém bem localizados. Quadro que sugestionava a extirpação.

Inicialmente foram ligados o canal cístico que estava livre e a artéria cística. Procedemos com o parênquima hepático, fazendo previamente ligaduras sucessivas de catgut em ponto em U, e seccionando o tecido em seguida.

Uma vez extirpado todo o lobo direito conjuntamente com a vesícula, notou-se que a hemostasia estava perfeita. Aproximamos com pontos separados de catgut a face anterior da posterior do fí-



nicilina, tônicos cardíacos, vitaminas C, B e K. Tirou-se os pontos no nono dia, estando perfeita a cicatrização.

No dia 3 de dezembro de 1948 teve alta curada sob observação.

A peça operatória é formada por todo o lobo hepático direito com a vesícula biliar. Aberta a vesícula deixou escapar um líquido amarelo esverdeado, purulento e notou-se no seu interior um tumor de tipo vegetante, com vários cálculos encravados. No parênquima hepático encontrou-se vários nódulos, duros, e aberto um deles, mostrou ser de consistência firme, de coloração amarela esbranquiçada. A peça toda foi enviada ao Instituto de Anatomia Patológica, para exa-

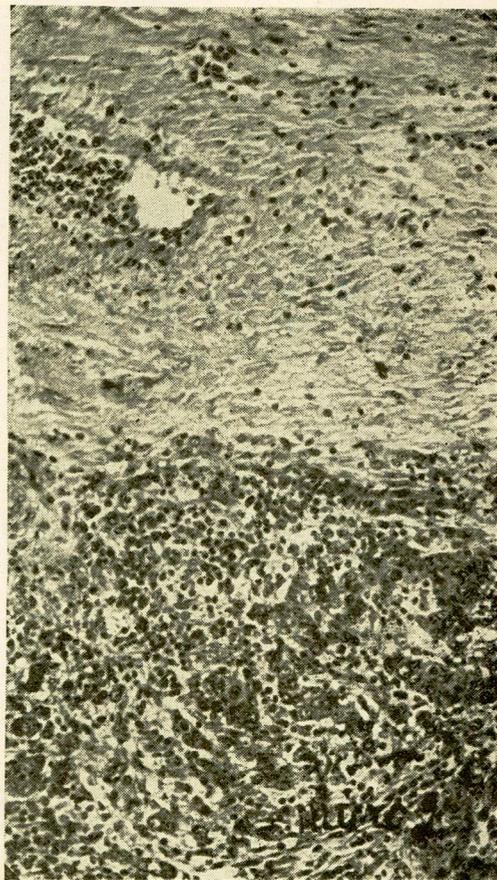
gado, ficando quase que completamente fechada a parte cruenta hepática. Completamos a nossa operação com epiploplastia, que ficou cem por cento satisfatório.

Fechamento completo da parede abdominal por três planos, pontos de aproximação nos músculos e fio de bronze como refôrço e agrafes na pele.

A paciente saiu da sala de operação muito bem.

Foi feita uma transfusão de sangue de 500 gramas, e tônicos cardíacos comuns, como em todos os casos cirúrgicos.

Sequência post-operatória: A paciente teve um período post-operatório benigno. Tomou uns dois litros de sôro mixto nas primeiras 24 horas de operada. pe-



me e para ser montada, vindo com o seguinte resultado:

Serviço de Anatomia Patológica da Saúde Pública: Marciana da Conceição Gomes. P. C. 20.778. Material remetido: Fragmentos de vesícula biliar e de fígado. Resultado: Exame microscópico: A estrutura vesicular acha-se totalmente desfigurada, em consequência da invasão por neoplasia epitelial, cujos elementos volumosos, às vezes acentuadamente poliédricos, constituem massas lobuladas anastomosadas ou não. Estas células têm, em um outro ponto, discretos filamentos unitivos. Carcinoma epidermóide não ceratinizado, na sua quase totalidade não diferenciada. As metastases hepáticas reproduzem esta neoplasia, com os mesmos detalhes, segundo as microfotografias ns. 1 e 2.

(Ass.) Dr. *Amadeu Fialho*

Enviamos a paciente ao Serviço de Raio-X do Instituto Nacional de Câncer, para completar sua cura, que nos enviou o seguinte relatório em maio de 1949: A paciente Marciana da Conceição Gomes fez uma série de Roentgeterapia neste Serviço, que teve a duração de 4 semanas (de 31-1-48 a 25-2-48). Recebeu o total de 3.000 r em profundidade e foram empregadas 3 portas: uma anterior na altura do hipocôndrio direito, uma posterior na região correspondente posterior e a terceira no flanco direito em correspondência com as outras duas. Fatores físicos; 200 kv., 15mA., filtro de 2,0mm. de cobre e camada hemi-redutora equivalente a 2,0mm. de cobre.

(Ass.) Dr. *Antonio Pinto Vieira*

SEGUNDA OBSERVAÇÃO

Obs. n. 5.245 — Florisbela Rangel. Rua Castro Menezes, 225. Idade — 52 anos, branca, brasileira, viuva, doméstica.

Entrou na Clínica em 8-11-1943, data do óbito em 26-11-1943.

Antecedentes familiares: pais mortos de causas ignoradas.

Antecedentes pessoais: sarampo, malária;

Antecedentes genitais: foi menstruada pela primeira vez aos 11 anos, durante 4 dias, de fluxo normal e sem dores. As posteriores vieram sempre mais ou menos com os mesmos sintomas das primeiras. Teve 5 gestações com os períodos de gravidez, parto e puerpério normais. Não teve aborto. Desde 1932 que não é mais menstruada, tem tido corrimento vaginal de cor amarelada.

Inspeção geral: estatura média, biotipo brevilineo, nutrição média, dentes ausentes, mucosas coradas, gânglios impalpáveis, circulação colateral presente. Temperatura 36°6, pressão arterial Mx. 14,5, Mn. 7,5.

História da moléstia atual: há um ano após uma refeição farta, sentiu fortes dores na região epigástrica, sendo chamada a Assistência que lhe aplicou uma injeção dando alívio imediato. Ultimamente tem perdido o apetite, tem insônia e sente constantemente dores na região epigástrica. Tem notado um tumor que parece do fígado, motivo porque procurou a nossa Clínica.

Aparelho circulatório com sopro da mitral e com dispnéia de esforço.

Aparelho respiratório e nervoso normais.

Abdomen: pela inspeção do abdomen nota-se na região hepática um tumor de consistência dura, liso, doloroso, parecendo fazer corpo com o fígado, de mobilidade reduzida e do tamanho aproximadamente de uma laranja da Bahia.

Exame ginecológico: pelo pubiano de implantação normal, grandes lábios senis e rutura incompleta de perineo. Ao es-

forço da paciente nota-se ligeiro descenso das paredes da vagina.

Toque vaginal: paredes vaginais normais. Vagina profunda. Colo pequeno com o orifício externo fendido transversalmente.

Palpar combinado: corpus-uteri, pequeno em médio-retro-versão. Anexos impalpáveis.

Ao espéculo, colo senil e ulcerado.

Exame de laboratório:

Urina — 15-11-1943: volume de 24 horas, 900 gramas; côr, amarelo ambar; aspecto, turvo; consistência, fluída; superfície, não espumosa; cheiro, sui-generis; reação, ácida; densidade, 1.100; depósito, flocoso.

Dosagem dos elementos normais:

Uréia, 16,8; cloretos, 11,3; fosfatos, 1,50.

Elementos normais:

Albumina, traços; mucina, ausente; glicose, ausente; acetona, ausente; ácido diacético, ausente; ácido B. butírico, ausente; indican, ausente; escatol, ausente; pigmentos biliares, traços; ácidos biliares, traços; sangue e puz, ausentes.

Exame microscópico:

Presença de muitas células epiteliais das vias inferiores, algumas hemácias, piócitos e cristais de oxalato de cálcio.

Exame de sangue:

Azotemia, 0,30; reserva alcalina, 52,4; glicemia, 1,0; hemoglobina, 83%; hemácias, 4.200.000; leucocitos, 9.000; neutrófilos, 45%; eosinófilos, 5%; basófilos, 0,0%; monocitos, 3%; linfocitos, 43%; valor globular, 0,82; coagulação 4'208'; sangria, 1'.

A prova de Meltzer-Lyon feita duas vezes foi negativa.

(Ass.) Dr. Wilson Fragoso

Exame de Raio-X:

Não foram feitos porque o Raio-X do Hospital estava em conserto.

Diagnóstico cirúrgico: colecistite calcúlosa.

Indicação: operatória. Operação feita em 23-11-1943.

Anestesia extradural com novocaina a 2% pelo Dr. Oswaldo Nazareth.

Operador Dr. Sylvio Lemgruber.

Auxiliares: Drs. Oswaldo Nazareth e Luiz Martins.

Laparotomia para-mediana direita supra-umbelical.

Aberto o peritônio, desfaz-se as aderências epiplóicas, mediante ligaduras. Consegue-se delimitar a massa tumoral de côr lardácea juntamente com a vesícula que todavia é aberta durante o descolamento feito e deixa escapar puz amarelo esverdeado. O leito vesicular é formado de tecido lardáceo que se infiltra nela de tal maneira, que não é possível isolar, senão resecando também conjuntamente o tecido hepático que saiu em bloco, após terem sido feitas as ligaduras do cístico e da artéria cística. O tecido hepático que ficou cruento sangrava em abundância, motivo porque se fez um tampão cerrado de gaze no leito vesicular.

Fechamento incompleto da parede abdominal em 3 planos reforçados com fios de bronze e grafes na pele.

Foi feita imediatamente transfusão de sangue de 500 gramas, tônicos cardíacos e 3 litros de sôro glicosado nas primeiras 24 horas.

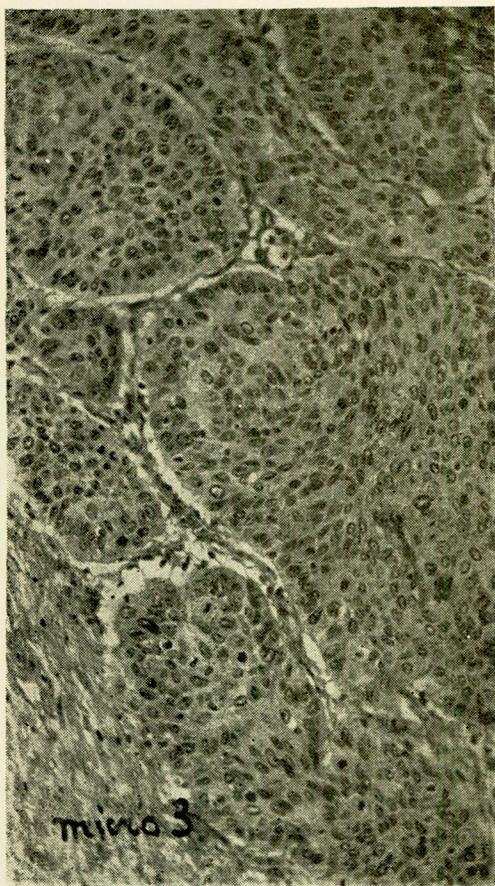
Sequência operatória:

A temperatura oscilou entre 37° e 38°, vômitos contínuos até o 3° dia, em que veio a falecer, embora tivesse sido feita toda a terapêutica comum. Choque operatório.

Exame da peça operatória: consta de uma vesícula de paredes espessadas, intimamente aderentes ao fígado e ao epiplô, havendo também alguns cálculos.

A peça foi enviada ao exame anatomo-patológico.

Serviço de Anatomia Patológica da Saúde Pública: Florisbela Rangel. P. C. 15.978. Estrutura vesicular, nos fragmentos examinados, completamente desaparecida. Entre os feixes fibro-musculares ainda existentes, encontram-se agrupamentos celulares, de tamanho variável, cujos elementos são, em geral, poligonais ou discretamente alongados, com um



núcleo vesiculoso, às vezes monstruoso. Entre alguns elementos, encontram-se filamentos unitivos. Carcinoma epidermóide da vesícula biliar. (Grau 3).

(Ass.) Dr. Amadeu Fialho

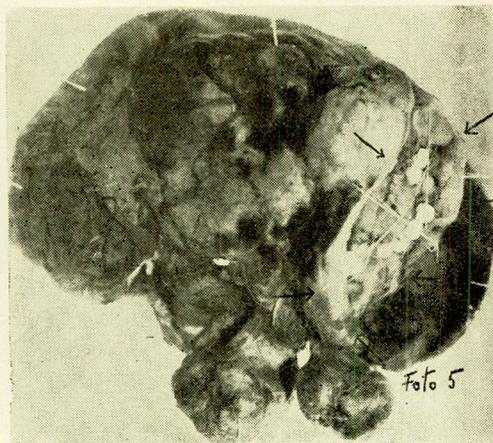
A microfotografia nº 3 é do relatório acima.

Da presente observação vamos relatar os dados positivos que o caso clínico nos forneceu para tirarmos alguma coisa de objetivo, prático e útil nesta comunicação.

Nota-se que no princípio da doença da 1ª observação, a paciente sofria de cólicas hepáticas, com cefaléia e vômitos. Após o aparecimento do tumor no lado direito superior notado pela paciente, ela nunca mais sofreu de cólicas, nem cefaléia e nem de vômitos, porém apareceu-lhe prisão de ventre.

Examinando a peça operatória, que é o lobo direito e a vesícula, vê-se dentro desta um tumor do tipo vegetante, tendo encravados vários cálculos pequenos, conforme a fig. nº 4.

A imobilidade dos cálculos pelo tumor da vesícula, evitou as cólicas que tanto importunavam a paciente, bem como o quadro clínico, cefaléia, vômitos e a enxaqueca que êsses casos sempre trazem. Nunca teve icterícia. O diagnóstico cirúrgico dos casos que não são comuns,



desperta sempre grande interesse dentro das clínicas. E é justamente a liberdade que sempre predominou na Gambôa, de cada um manifestar sua opinião sobre os casos, que nos unimos e comentamos as hipóteses prováveis para chegarmos a

uma conclusão segura, indicação precisa, para se realizar uma exeresse perfeita. As radiografias que pedimos dos rins foi devido à hipótese de tumor retro-peritoneal, embora eu houvesse me manifestado contrário, devido à grande mobilidade do tumor, mesmo assim, foi feita a pielografia descendente, pelo Dr. Gil Ribeiro, que mostrou o rim direito normal. O clister opaco revelou que o grosso intestino estava livre, conforme a radiografia n. 2, porém afastado para dentro e para baixo pelo tumor. De fato, corremos numa lamentável falha: não termos pedido também radiografia da vesícula. Mas tal era nossa convicção do tumor hepático, que não quisemos mais protelar a operação. Já haviam sido feitas duas tubagens duodenais; foram negativas as provas de Meltzer-Lyon.

Agora nos convencemos de que a radiografia da vesícula nada esclareceria, porque esta não funcionava mais, e o cístico estava completamente obstruído. A via de acesso é sempre de acordo com a predileção do cirurgião. Nós, de um modo geral, escolhemos a via para-mediana transretal direita, que nos deu no caso uma via de acesso muito boa.

Confesso que nunca havia lido com certo interesse os tumores malignos de vesícula. Nossa cirurgia corrente é a colicistectomia, que comumente fazemos e o modo de resolvê-los já pertence ao nosso sub-conciente. Mas todo cirurgião que pratica cirurgia de câncer, adquire visão e experiência, que o habilita a resolver com eficiência qualquer caso de lesão maligna. Sua responsabilidade torna-se mais sensível, porque enfrenta os casos em que a biopsia é impossível. Diante do imprevisto de tumor maligno, ele tem que examinar a extensão da lesão e a possibilidade de exeresse, prevendo o êxito do

post-operatório, e o melhor sucesso para as sequências afastadas.

Estamos perfeitamente de acordo com Wright, que encontrou mais facilidade para fazer a hemostasia resecando o lobo esquerdo do fígado por carcinoma do conduto biliar.

O nosso caso foi idêntico, havia como que um pedículo do lobo direito hepático, lesão perfeitamente circunscrita que convidava à extirpação. E mais uma vez declaro que foi uma operação fácil, de hemostasia sem dificuldade, embora o pavor que se tem das hemorragias hepáticas, e no entanto, fazendo as ligaduras previamente, não há o menor perigo. Hoje estou convencido de que o primeiro caso que tivemos de carcinoma epidermóide da vesícula, 2ª observação deste trabalho, foi mal resolvido; a operação foi incompleta; houve ruptura da vesícula, a exeresse não foi perfeita e a hemostasia difícil, e o resultado veio: a paciente faleceu no 3º dia da operação. Se tivéssemos feito uma operação semelhante a esta última, estamos convencidos de que os resultados teriam sido outros. Mas, quem trabalha, quem luta dentro dos hospitais, constantemente, encontra surpresas e imprevistos. Enfim, foi um dos pontos que mais me feriu na publicação desse trabalho, que nos casos de tumores malignos da vesícula, quando ela está intimamente aderente ao parênquima hepático, é preferível fazer a hepatectomia parcial.

Confessamos que nos casos de dúvida drenamos sempre, e nunca vimos perder doente por ter sido drenado, mormente hoje, com o dreno de borracha macia de Penherol, o que considero uma maravilha nos casos em que houver a mínima suspeita de uma provável ocorrência.

O nosso caso não drenamos, devido à hemostasia ser perfeita e uma cobertura completa de toda a extensão hepática cruenta, e o post-operatório confirmou a nossa atitude, porque não houve absolutamente qualquer acidente para o lado peritonial.

Tratamento: O tratamento é unicamente o cirúrgico e deve ser o mais precoce possível. Sendo uma lesão que aparece em órgãos invisíveis e impalpáveis dentro da cavidade peritonial, torna-se difícil de diagnóstico clínico e de biópsia impossível.

O que se observa primeiramente, é o quadro clínico de litíase biliar para mais tarde aparecer o tumor.

Como estão surgindo com mais frequência os tumores primitivos da vesícula conjuntamente com o quadro de colicistite, vão chamando a atenção para se operar com mais precocidade os pacientes portadores dessas afecções, porque os tumores da vesícula só têm sido encontrados durante as intervenções sobre o fígado e vias biliares, etc. A via de acesso é a laparotomia supra-umbelical, e fazer a exeresse mais ampla possível com extirpação do tumor e todo o tecido próximo comprometido e os gânglios correspondentes quando invadidos.

A colicistectomia é sempre imperativa. Agora afirmamos que se deve proceder a hepatectomia parcial desde que o tecido hepático esteja comprometido sem a preocupação que se tinha das hemorragias imaginárias prováveis. Na 2ª observação deste trabalho, tivemos medo de fazer operação radical; assistimos hemorragia grande, difusa e de difícil hemostasia, talvez tivesse contribuído, estamos certos, para o desfecho fatal.

Se por acaso encontrarmos um tumor de propagação inestirpável, tira-se um fragmento para se fazer a biópsia para

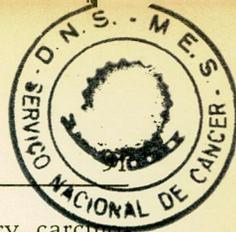
poder figurar na estatística dos verdadeiros tumores malignos. Recuamos porque nestes casos a cirurgia de nada valerá e será a causa de mortalidade na estatística global.

A cirurgia hoje adquiriu um terreno de garantias baseado nos recursos de que se pode lançar mão: transfusão de sangue, plasmas e toda uma vasta terapêutica eficiente e adequada, podendo-se fazer com mais confiança as operações de exeresse ampla com reconstituição anatomo-fisiológica quase perfeita. O cirurgião que faz cirurgia de câncer, adquire confiança e experiência que o tornam mais corajoso nas suas decisões, confiantes nos resultados eficientes que se observa constantemente.

Roentgenterapia: Todos os nossos doentes portadores de tumores malignos, qualquer que seja a terapêutica que fazemos, cirurgia ou radium, completamos sistematicamente o tratamento com a roentgenterapia.

A nossa doente foi entregue aos cuidados do Serviço Nacional de Câncer, conforme o relatório de nosso colega Dr. Antonio Pinto Vieira. É interessante observar que nenhum trabalho que lemos faz referência à roentgenterapia, naturalmente que se sub-entendem que em todos os pacientes foi feita a roentgenterapia como complemento ao tratamento; mas, pensamos que as observações devem ser completas e acompanhadas de todos os detalhes relativos ao tratamento, para o conhecimento de todos que se interessam no problema da cura do câncer.

Queremos agradecer publicamente a todos os nossos colegas que nos têm honrado com a sua amizade e boa vontade, tornando cada vez mais eficiente nosso Serviço com sua valiosa colaboração. Ao Prof. Amadeu Fialho, esteio sólido, garantia básica dos nossos exames histoló-



gicos; o amigo de sempre. Os serviços de roentgenterapia do Instituto Moncorvo Filho, na pessoa do Dr. Bruno Lobo Filho e do Instituto Nacional de Câncer na pessoa do Dr. Osolando Machado e seus colaboradores, a nossa gratidão.

BIBLIOGRAFIA

"Experimental carcinoma" N; N. Petrov & N. A. Krothina. *Ann. Surg.* 25: :241-248, fevereiro de 1947. "With report of cases", W. Suiffet & R. Muno. *An. Fac. de Med. de Montevideu*, 31: :367-392 (1946). *Rev. Med. el Chile A. Vargas Molinare & A. Larach*, 74:384-387, junho de 1946. "Adenocarcinoma with calculous syntoms: case (P. Domenichini). *Boll. Soc. Med. Chir. Moderna*, 42:431-441 (1941-1942). "Colloid carcinoma of gallblader, with widespead metastases". *New England J. Med.*, 235: :691-693, novembro 7 de 1946. "Lithiasis and cancer" (W. R. Suiffet) *Boll. Soc. Cir. de Uruguay*, 16:3891396-1945. "A primary carcinoma" (F. J. Kelly & T. Spred), *Texas State, J. Med.*, 42: :327-329, setembro, 1946. "Biliary lithiasis and primary cancer case (R. Sorlero Pizarro & J. Sembres) *Ann. Inst. Modelo de Clínica Médica*, 24:523-532, 1943. "Primary Cancer" (G. Peco & E. Cipolla) *An. do Inst. Modelo de Clínica Médica*, 24:191-230, 1943. "Primary Carcinoma" J. M. T. Finney Jr. & M. L. Johonson. *Ann. Surg.* 121:425-434, abril 1945. "Boll. Soc. Cir. de Rosario" (C. Stajano), 12:131-136, julho, 1945. "Primary cancer" (S. Araueda Bravo & B. Herrera, 1945. "Primary Cancer cases" (R. R. Donovan & R. Waveiro) *Arch. Argentino de enferm. cl. ap. digestivo e de la nutrición*, 20:332-339, julho-agosto, 1945. "Primary cancer" (J. Levi Boladeres). *Bol. Sec. Sau. Policia Nac.* 1:78-82,

julho-setembro, 1945. "Primary carcinoma" (F. G. Hamilton) *Ohio State M. J.*, 42:378-379, abril, 1946. "Carcinoma clinical and pathologic study (J. L. Vadhheim, H. K. Gray & M. B. Dockerty) *Ann. J. Surg.* 63:173-180, fevereiro, 1944. "Primary Cancer; study apopos of case treated by cholecystectomy and parcial hepatectomy" (J. Sury Boladeres), *Boll. Siga contra el cancer*, 18:257-287, setembro, 1943. "Primary Cancer" (J. A. Acebal), *Ann. de cirurgia*, 8:163-209, setembro, 1942. "Primary tumors", *Rev. Med. de Chile*, 70:833-842, novembro, 1942. "Study of 60 cases" (H. Mattson), *Minnesota Med.* 25:985-988, dezembro, 1942. "Squamous cell carcinoma (role of cholelithiasis) (J. F. Currau), *M. Times, New York*, 70:421-424, dezembro de 1942. "Sintomatologia e diagnóstico do câncer da vesícula", *Rev. Paulista de Medicina*, 20:137-146, março de 1942. "Calculous e cancerous cholecyst", J. Guenú & A. Marrehoeuf, *Press. Medica*, 49:462-463, 29 de abril, 1941. "Primary epidermoid cancer", A. Marano & R. F. Matua, *Semana Médica*, 2:609-614, 11 de setembro de 1941. "Carcinoma of gallbladder with extension to liver", *New England, J. Med.*, 224:989-992, 5 de junho de 1941. "Colloid carcinoma of gallblader with direct extension to common and cystic bileducts, liver, etc", *New England J. M.* 225:878-881, 27 de novembro de 1941. "Primary Cancer", L. Costa, *Policlínico*, 47:370-377, setembro de 1940. "Primary carcinoma", D. P. Greeulee, R. C. Hamilton, F. P. Ferraro, *Arch. Surg.*, 42:598-610, março de 1941. "Câncer primário simulando abdomen agudo", J. de Moraes Grey, "O Hospital", 18:47-54, julho de 1940 "Etiologic role of gallstoner", R. Warren & F. G. Balch Jr., *Surgery*, 7:657-666, maio de 1940.



DIAGNÓSTICO PRECOCE



QUADRO SINÓTICO PARA DIAGNÓSTICO DO CANCER

DR. JORGE DE MARSILLAC

Localizações	Principais sintomas clínicos precoces e tardios	Principais meios do diagnóstico diferencial
Pele	Mancha Nevus Verruga Ulceração Tumor	Reações sorológicas Biopsia Bacterioscopia Pesquisa de melanina na urina
Boca	Ulceração Tumor Disfagia Dor Adenopatia no pescoço	Reações sorológicas Bacterioscopia Biopsia
Rinofaringe	Epistaxis Dificuldade respiratória nasal Corrimento nasal Ulceração Tumor Dor Paralisias de nervos cranianos Metástases cervicais	Rinoscopia anterior e posterior Radiografia Biopsia Aspiração biópsia
Seios da face	Dor Corrimento nasal Deformação Facial Abóbada palatina Fossas nasais Orbitária Obstrução nasal Tumor Ulceração Adenopatias cervicais	Clínicos Exame otorinolaringológico Radiografia Biopsia Reações sorológicas Bacterioscopia Transiluminação
Esôfago	Disfagia Emagrecimento Regurgitação de alimentos Dor profunda no tórax Adenopatia supra-clavicular e axilar	Clínicos Reações sorológicas Radioscopia Radiografia Esofagoscopia Biopsia

Localizações	Principais sintomas clínicos precoces e tardios	Principais meios do diagnóstico diferencial
Estomago	<ul style="list-style-type: none"> Dispepsia Eructações Pêso no estômago Dor Azia Vômitos Hematemese Melena Tumor Anemia Emagrecimento Adenopatia supra-clavicular 	<ul style="list-style-type: none"> Clínicos Radioscopia Radiografia Exame do suco gástrico Reações sorológicas Hemograma Exame de fezes Gastrosopia Laparotomia exploradora
Intestino delgado	<ul style="list-style-type: none"> Dor Tumor Anorexia Emagrecimento Perturbações digestivas Perturbações de trânsito Melena Vômitos 	<ul style="list-style-type: none"> Clínicos Radioscopia Radiografia Exame de fezes Sigmoidoscopia Biopsia Peritoneoscopia Laparotomia exploradora
Grosso intestino	<ul style="list-style-type: none"> Diarréia Constipação Sangue nas fezes Dor Tumor Anemia Emagrecimento Síndrome de obstrução Vômitos Ascite 	<ul style="list-style-type: none"> Clínicos Radioscopia Radiografia Exame de fezes Sigmoidoscopia Biopsia Peritoneoscopia Laparotomia exploradora
Reto e Ânus	<ul style="list-style-type: none"> Perdas sanguíneas Constipação Diarréia Corrimento anal Dor Tenesmo Ulceração Tumor Emagrecimento Perturbações urinárias Fístulas Metastases viscerais Adenopatia inguino-crural 	<ul style="list-style-type: none"> Clínicos Toque retal Retoscopia Reações sorológicas Reação Frei Exame de fezes Microscopia Biopsia Radioscopia Radiografia

Localizações	Principais sintomas clínicos precoces e tardios	Principais meios do diagnóstico diferencial
Fígado, Vias biliares e Pâncreas	Anemia Icterícia Anorexia Emagrecimento rápido Dor Descoramento das fezes Tumor Perturbações digestivas Ascite — Met. viscerais	Clínicos Radiografia Peritoneoscopia Aspiração biopsia Tubagem e exames de laboratório Laparatomia exploradora
Laringe	Rouquidão Tosse Dificuldade respiratória Escarro hemoptóico Dor Disfagia Tumor Ulceração Adenopatias cervicais	Clínicos Laringoscopia indireta- -direta Radiografia Exame de escarro Reações sorológicas Biopsia
Pulmão	Tosse Dor no tórax Escarro hemoptóico Síndrome de comprometimento braquial Febre Emagrecimento Derrame pleural Adenopatias supra claviculares e axilares Metastases viscerais	Clínicos Radioscopia Radiografia Exame de escarro Reações sorológicas Broncoscopia Biopsia Broncografia Aspiração biopsia Toracotomia exploradora Exame do líquido pleural
Rim e Ureter	Hematuria Piuria Febre Dor Tumor Varicocele Adenopatias ou metastases à distância	Clínicos Exame completo da urina Cistoscopia Radiografia sem contraste Cateterismo ureteral Pielografia ascendente e descendente Pneumorim Punção Lombotomia exploradora

Localizações	Principais sintomas clínicos precoces e tardios	Principais meios do diagnóstico diferencial
Bexiga	Hematuria Piuria Dor Polaciuria Disuria Tumor Incontinência Retenção	Clínicos Exame completo da urina Cistoscopia Biopsia endoscópica Radiografia sem contraste Cistografia Toque retal
Pênis	Ulceração Tumor Dor Adenopatia inguinal	Clínicos Reações sorológicas Reação Frei Bacterioscopia Biopsia
Testículo	Tumor Dor Adenopatias Ginecomastia Derrame da vaginal Metastase à distância	Clínicos Reações sorológicas Bacterioscopia Transiluminação Punção exploradora Punção biopsia Biopsia Reações hormonais Radioscopia e radiografia do esqueleto
Próstata	Dificuldade à micção Hematuria Piuria Dor lombosacra Incontinência Retenção Disuria Sintomas retais Metastases ósseas e pulmonares Adenopatia inguino-cru- ral	Clínicos Exame completo da urina Sondagem vesical Toque retal Cistoscopia Uretrocistografia Radiografia do esqueleto Dosagem da fosfatase ácida e alcalina Biopsia endoscópica Aspiração biopsia
Vulva e Vagina	Ulceração Tumor Dor Corrimento Hemorragia Adenopatia inguino-cru- ral	Clínicos Reações sorológicas Bacterioscopia Reação de Frei Biopsia



Localizações	Principais sintomas clínicos precoces e tardios	Principais meios do diagnóstico diferencial
Útero (Colo e corpo)	Corrimento vaginal Hemorragia Dor na pélvis Ulceração Tumor Perturbações urinárias Perturbações retais Adenopatia inguino-cru- ral	Clínicos Ginecológico Biopsia do colo Biopsia do endometrio Colpocitologia Colposcopia Teste de Schilling Reações hormonais Reações sorológicas Bacterioscopia
Ovário	Perturbações menstruais Tumor Ascite Dor Síndrome de feminiliza- ção Síndrome de masculina- ção	Clínicos Ginecológico Reações hormonais Microscopia do líquido ascítico Peritoneoscopia Laparotomia exploradora
Mama	Tumor Dor Corrimento mamilar Eczema mamilar Adenopatia axilar Metastase à distância	Clínicos História menstrual Radiografia do tórax Mastografia Galactografia Transiluminação Aspiração biopsia Biopsia extemporânea Biopsia de rotina
Sistema hemolinfo- -poiético	Adenopatias Tumor Hepato-esplenomegalia Anemia Queda do estado geral Anorexia Prurido cutâneo Febre	Clínicos Hematologia Radiografia Punção external Aspiração biopsia Biopsia de rotina

Localizações	Principais sintomas clínicos precoces e tardios	Principais meios do diagnóstico diferencial
Ossos	Dor Tumor Impotência funcional Fratura patológica Febre Metastases	Clínicos Radiografia Aspiração biopsia Biopsia de rotina Punção externa Reação Bence-Jones Dosagem do cálcio e do fósforo Dosagem da fosfatase alcalina
Encéfalo	Síndrome de hipertensão craneana: Cefaléia Vômitos Extase papilar Perturbações: Psíquicas Sensoriais Motoras Do equilíbrio	Exame neurológico Reações sorológicas Exame do liquor Radiografia s e m contraste Encefalografia Ventriculografia Raquimanometria Craneotomia exploradora
Medula	Dor Hemiplegia Paraplegia Quadriplegia Perturbações esfinterianas	Exame neurológico Punção lombar Raquimanometria Exame do liquor Radiografia Mielografia
Nervos periféricos	Dor — Tumor Perturbações da sensibilidade e da motilidade	Exame neurológico Biopsia Reação sorológicas
Tireóide	Tumor Assimetria do pescoço Metástases cervicais, ósseas e viscerais Dispneia Disfagia — Disfonia Perda de peso Anemia Fadiga Eretismo cardíaco Hipertermia	Clínicos Metabolismo basal Radiografia Laringoscopia Aspiração biopsia Biopsia extemporânea

DIVULGAÇÃO



UN APERÇU SUR LA LUTTE CONTRE LE CANCER EN SUÈDE

DR. A. NICOLAEFF
(Ex-assistent à Radiumhemmet)

Comme dans tous les autres domaines, la grande tragédie européenne a provoqué d'importants dégâts matériels et moraux dans le domaine de la lutte contre le cancer. Deux pays, cependant, ont été épargnés: — La Suisse et la Suède. Ils ont pu continuer avec le même rythme leurs recherches scientifiques et leurs expériences pratiques.

Les publications de Schinz, Zuppinger, Ludin et de leurs élèves, les travaux de Berven, Stranquist, Ebenius, Sylven, Hultberg, Albohm, etc., en Suède, montrent que la science expérimentale et clinique a pu suivre même pendant la guerre son chemin normal.

Dans l'esprit d'un européen la Suède avec ses 450 mil. kms.² est un pays important. Sa population est cependant à peine de 6 millions d'habitants. Ce facteur devrait rendre la lutte contre le cancer assez difficile. Pourtant, nous sommes en présence des efforts et des résultats qui méritent toute notre attention.

Il y a presque quarant ans que l'éminent chirurgien suédois Jon Berg eu l'idée de créer un service pour le cancer et son choix tomba sur le jeune médecin Goesta Forssell, qui fut nommé chef de ce service.

Ce fut Forssell qui créa en Suède les principes fondamentaux et les méthodes principales de la lutte contre le cancer.

D'après lui, chaque malade, jeune ou vieux, riche ou pauvre, paysan ou citadin, doit être traité, surveillé et contrôlé jusqu'à sa guérison complète ou jusqu'à sa mort, avec les mêmes soins, la même précision et le même dévouement.

Forssell a commencé au début de 1910 très modestement. Avec un appareil de R. X, une petite quantité de Radium, 16 lits pour les malades et deux assistants: Elis Berven et Jemms Heyman. Ces derniers lui sont restés fidèles dans son travail de pionier pendant presque 25 ans.

En 1913, le Roi de Suède, qui fut imité par la ville de Stockholm, fit une donation de 500.000 couronnes. Par les résultats observés et ses grandes qualités comme organisateur, Forssell a pu attirer l'attention de la Reine Victoria, obtenant son aide royale.

En 1918 le gouvernement a autorisé que les malades pauvres traités à Radiumhemmet, aient le droit de voyager gratuitement dans les chemins de fer d'état de la province à Stockholm. Un service qui, pour le contrôle des malades traités, est d'un grand valeur. Pendant cette année l'état a de nouveaux aidés avec 200.000 couronnes l'institution.

Pour pouvoir suivre l'évolution du Radiumhemmet, nous devons séparer le côté économique de la question de ses

aspects profilactiques, diagnostiques et thérapeutiques.

En 1928, à l'occasion du 70^e anniversaire du Roi, la dite Société, avec l'approbation de celui-ci, fit appel au peuple suédois en vue d'une subscription qui serait présentée au souverain à titre de cadeau. Une propagande animée d'un rare enthousiasme assura le succès de la campagne. 200 journaux, toutes les stations de radio, les artistes éminents, les savants, les hommes d'État, ont contribué à cette oeuvre. Les sommes souscrites étaient de 25,50 et 100 öre. Plus de 400.000 habitants du pays donnèrent leurs contributions. Les banques, les sociétés privées, les Suédois à l'étranger, tous donnèrent leur aide. Le jour de son anniversaire, le Roi reçut un chèque de 5.100.000 couronnes — cadeau de son peuple.

Un comité de cinq membres, nommé par le Roi, fut chargé d'élaborer un plan pour l'emploi de ces fonds. De cette façon le pays pu s'enrichir de trois grandes institutions thérapeutiques à Stockholm, Goeteborg et Lund. Une fois le plan exécuté et les hôpitaux construits, cela remonte à dix ans, le Prof. Forssell abandonna son poste. Ses élèves Berven et Heyman ont continué l'oeuvre du maître. En 1937 fut inauguré le nouveau bâtiment de Radiumhemmet et un an plus tard ceux de Goeteborg et Lund. Tous ces hôpitaux portent le nom d'Hôpital Jubilléu de S. M. le Roi Gustave". A Stockholm, le Radiumhemmet possède 12 appareils de type stabilivolt, une installation toute récente d'un million de volts, une autre de 400 K.V. Pour la thérapie cutannée: un Chaoul et un Phillips. Pour la Curiethérapie, 15 grammes de radium ainsi répartis: pour le téléradium — deux canons de 3 et 5 gram-

mes, et pour le brackiradium, le reste. 30 lits pour le service gynécol, 20 lits pour le service privé de Heyman et Berven et 90 lits pour les malades communs. Les taxes payées par les malades pour le traitement, y-compris les médicaments et les opérations, rayon X, la pension, etc., montent seulement de 20 à 30 cruzeiros par jour. Les malades polycliniques payent 25 cruzeiros pour la première visite. Les visites postérieures sont toujours gratuites. 3.500 à 4.000 malades passent chaque année par l'hôpital. 20 à 23 mil par le service polyclinique. Ce dernier nombre augmente chaque année. Le service de héliothérapie fonctionne toute l'année sans arrêt. Le service polyclinique commence le matin à 9 hr. et demie jusqu'à 3 et demie de l'après-midi.

Le service médical est assuré par un chef, deux remplaçants, 4 premiers assistants, et 3 assistants. Le service gynécologique, qui est séparé, est servi par un chef, un remplaçant et 2 assistants. Le service subalterne est composé d'infirmiers, des soeurs de charité, infirmières de laboratoire et techniciennes, des bibliothécaires, 120 personnes absolument nécessaires à la bonne marche du service.

La bibliothèque reçoit régulièrement toutes les revues, journaux et publications parus dans le monde entier et contient plusieurs milliers de volumes à la disposition des intéressés, qui peuvent travailler aussi dans la grande bibliothèque de Kardinska Hôpital.

Pour éviter les difficultés créées par la crise de logement existant à Stockholm, il a été réservés, au Radiumhemmet, 4 appartements pour les médecins visitants.

Sont annexés au Radiumhemmet, les Instituts de Radiophysique et de Histo-pathologie des tumeurs avec le Prof. Siefert et le Prof. Reuterwahl. L'institut

de radiophysique est chargé du contrôle, dans tout le pays, des appareils radiologiques d'état et privés comme des installations dans les fabriques, mais sa tâche la plus importante, est de contrôler la sécurité du travail avec les rayons X. En même temps la dosimétrie dans la thérapie profonde et superficielle est à la charge de la même institution. Ce service est assuré par 4 spécialistes. Les biopsies de centaines de milliers de pièces sont organisées à la perfection. Les laboratoires d'expérience sur les animaux sont aussi à la disposition des médecins visitants, dans l'Institut de Histopathologie. La chaire de la cancérologie se trouve à la Faculté de Stockholm.

Suivant le plan élaboré par la commission, la Suède est divisée en trois grandes régions: Stockholm avec trois millions et demi d'habitants, Goeteborg avec un million et demi et Lund avec un million.

La manière dont la lutte contre le cancer est organisée en Suède montre que l'initiative privée dans le traitement par rayon X et y est presque inexistante. Si un malade désire être traité particulièrement, il peut le faire au Radiumhemmet ou dans un autre hôpital anticancéreux, où il recevra des soins donnés par le chef lui même ou par ses remplaçants avec les mêmes moyens de traitement.

D'ailleurs tous les médecins du pays envoient volontairement leurs malades à Radiumhemmet pour les raisons suivantes:

- 1 — Les prix sont très modérés;
- 2 — on est examiné ou traité rapidement;
- 3 — les soins donnés aux malades sont les meilleurs;

- 4 — les médecins qui ont envoyé les malades sont tenus au courant de tout ce qui se passe avec ces derniers pendant le traitement;
- 5 — il n'existe pas d'intérêt personnel chez les médecins du Radiumhemmet concernant les malades traités;
- 6 — le contact par correspondance les malades est entretenu très consciencieusement.

D'après les dernières statistiques il y a en Suède chaque année 10.000 nouveaux malades du cancer. Ce chiffre a tendance à augmenter. Les raisons de ce phénomène sont bien connues et il est inutile de les répéter une fois de plus. On peut affirmer d'une façon absolument sûre que le nombre des malades du cancer augmentera encore plus dans le future.

Les grands efforts déployés si héroïquement en Amérique du Nord montrent que la menace pour l'humanité est beaucoup plus grande que l'on ne puisse imaginer.

Chacun de nous, pauvre ou riche, fort ou faible, est menacé de cette maladie. Jusqu'à présent toutes les recherches pour trouver une réaction quelconque spécifique n'ont donné aucun résultat. J'ai eu l'occasion de travailler avec la spectrographie du sang cancéreux: rien de positif. Les méthodes classiques qui nous aident dans la lutte sont la chirurgie, la thérapie avec rayons X et l'électro-coagulation.

Les méthodes classiques soulagent des milliers de malades. Une collaboration entre le traitement avec rayons et la chirurgie est obligatoire. Nous connaissons bien les résultats obtenus par la radiologie et la chirurgie.

La tâche des services anti-cancereux suédois consiste: étudier les différentes formes du cancer, suivre leurs développements, contrôler les récives, étudier et appliquer les différentes méthodes récentes. Voilà pourquoi le contact constant avec le malade au cours de longues années est indispensable.

Em Suède comme partout il existe plus ou moins le problème des illetés, quoique le pourcentage soit minime. Le prêtre ou le maître d'école du village est chargé d'assurer la correspondance avec le Radiumhemmet, qui est gratuite. Les pauvres voyagent gratuitement. Dans

les cas graves ils ont le droit de monter dans les wagon-lits.

Voilà en très grandes lignes comment est organisée en Suède la lutte contre cette terrible maladie. Les résultats qui s'améliorent chaque jour prouvent que les pionniers courageux suédois sont sur la bonne voie.

Avant de terminer, já tiens particulièrement à présenter mes plus sincères remerciements au Maître Kroeff de m'avoir accordé le rare honneur de parler devant les dignes et éminentes représentants de la science radiologique du Brésil.

IMPRESSÕES DOS VISITANTES À EXPOSIÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DO CÂNCER, REALIZADA EM NOVEMBRO DE 1949

— *Nada vi de mais perfeito em matéria de propaganda, quer no terreno puramente técnico, apresentando desenhos, fotografias e dados estatísticos de uma expressividade, realmente, admirável — digna de ser vista, quer no terreno científico e cultural. Mas, acima de tudo quanto representa esta grandiosidade material, técnica e científica, expressa de maneira tão feliz, está a demonstração do valor moral e cultural dos organizadores e dos que se entregam, desinteressadamente, aos cancerosos neste S.N. de Câncer. Penaliza-me ver que esta vida dos "Campeões da luta contra o câncer" seja ainda tão oculta e mal compreendido o seu trabalho.*

Como as grandes obras necessitam de um período de obscuridade, também esta, a fim de que cheguem breve os seus dias gloriosos. Esta "Exposição" marcará época nos destinos da Medicina no Brasil.

Como Religiosa Educadora, faço votos para que estes beneméritos da humanidade sejam seguidos por muitos neste labor insano e dignificante, e sejam também ouvidos seus conselhos, não apenas no Distrito Federal, mas em todos os recantos de um País tão necessitado de cultura quanto o nosso, bem como em todos os Países civilizados, a fim de que eles saibam que no Brasil também se avança a passos largos em todos os setores de atividade humana. Personalidades nobres quanto estas, especialmente, como a do prezado amigo Dr. Mário Kroeff, merecem todo apoio da coletividade humana, e, receberão, certamente, a recompensa prometida por Deus, aos que se entregam "corpo e alma" ao serviço de seus semelhantes.

Irmã Maria Virgínia do Rosário. O.P. — Irmã Julieta Maria, O.P. — Irmã Maria Solange. O.P. — Irmã Maria Colombe. O.P.



PROTEÇÃO EM RADIOTERAPIA (*)

ANTONIO PINTO VIEIRA **

Nas três primeiras décadas, que se seguiram à descoberta dos raios X e do radium dezenas de pessoas pagaram com a vida o tributo, devido à super-exposição àquêles tipos de irradiações. Isto porque, não conhecendo bem os perigos a que se expunham, trabalhavam os pioneiros da radioterapia com meios insuficientes de proteção.

Hoje em dia, graças aos notáveis trabalhos de Failla, Quimby, Taylor, Evans e Braestrup além de outros, onde são descritos os meios de proteção adequada para os raios X e radium, podem os médicos e técnicos trabalhar durante muito tempo com as irradiações sem sofrer os seus efeitos nocivos.

Os acidentes causados pelo excesso de exposição aos raios X, radium e substâncias radioativas podem ser divididos em dois grupos:

- 1) Acidentes locais
- 2) Acidentes gerais

Acidentes locais: — As mãos constituem a região do corpo que preferentemente são lesadas quando o profissional se expõe em excesso às irradiações. Estas lesões, no início, manifestam-se por vermelhidão, secura e rachaduras da pele dos dedos. Posteriormente, as unhas tornam-se quebradiças e tendem a partir ao menor esforço. A pele das polpas digitais, apresenta-se com aspecto coriáceo. Finalmente, aparece queratose. O aparecimento das placas de queratose, após as fases que acabamos de descrever, confirma o diagnóstico de radiodermite crônica. As figs. 1 e 2 mostram

um caso de radiodermite crônica. Quando a radiodermite se instala, o profissional deve abandonar seus afazeres e procurar tratamento imediato, dada a frequência com que aquelas lesões se transformam em epitelomas. O tratamento deve ser o seguinte: submeter o paciente a uma radiografia da mão lesada. Se já houver invasão óssea, deverá praticar-se a amputação do segmento lesado; caso contrário, isto é, não havendo comprometimento ósseo, o tratamento deverá consistir na extirpação da lesão, seguida de enxerto. (Figs. 3, 4 e 5).

É bom lembrar que não só os técnicos que trabalham com as irradiações estarão sujeitos a estes acidentes. Também os doentes poderão vir a apresentar placas de queratose e conseqüente transformação maligna, se receberem excesso de exposição às irradiações.

Acidentes gerais:—Os acidentes gerais manifestam-se no sangue e órgãos de reprodução: testículo e ovário.

Ação das irradiações sobre o testículo e ovário: — Hoje em dia, sabe-se que as irradiações podem causar lesões das glândulas sexuais, acarretando castração temporária ou definitiva, ou ainda perturbações genéticas. Si administrarmos de uma só vez a dose de 400 r nos testículos ou ovários iremos ter a castração definitiva.

Ação das irradiações sobre o sangue e sistema hemo-poietico: — As irradia-

* Trabalho apresentado por ocasião da 1.^a jornada Br. de Radiologia.

** Assistente da Seção de Radioterapia do S. N. de Câncer.

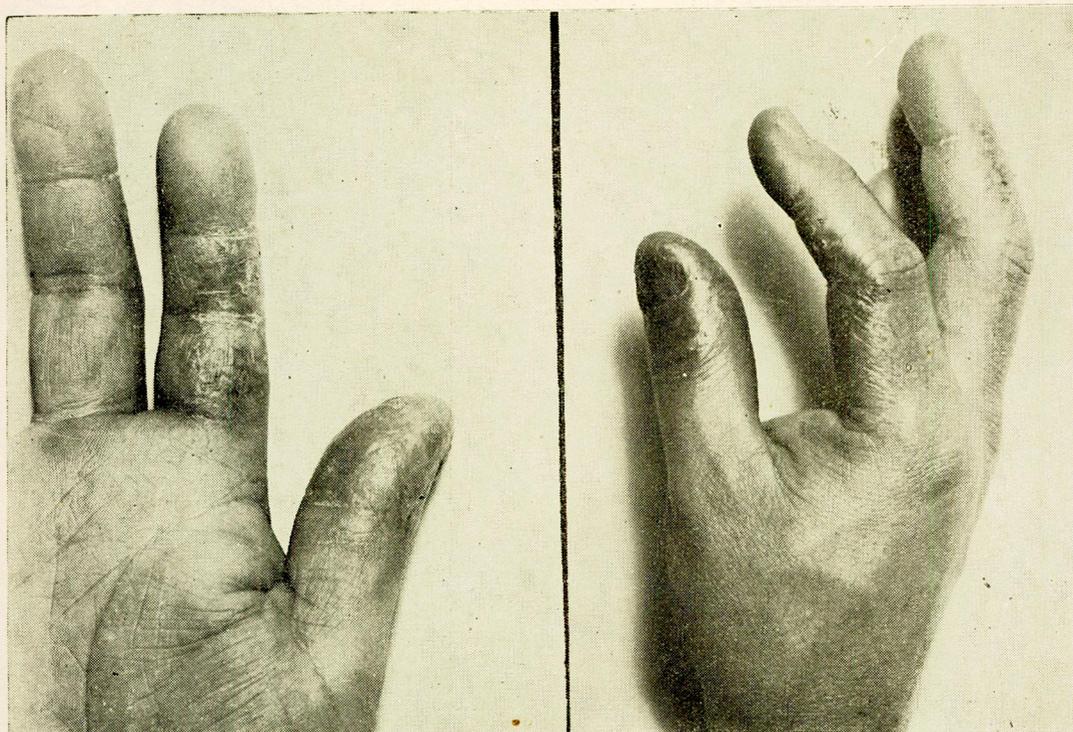


Fig. 1 Reg. 9416 do S. N. C. J. V., dentista procurou o nosso hospital em 27-5-47 e contou-nos que desde 1943 vem notando modificações na pele de alguns dedos, principalmente nos três primeiros quirodátilos direitos. No início, os dedos apresentaram vermelhidão e posteriormente adquiriram aspecto coriáceo, tornando-se ultimamente muito sensíveis. Contou-nos ainda que faz radiodiagnóstico dentário e que muitas vezes segurou o filme dentro da boca do cliente com o 1.º e 2.º quirodátilos direitos. O exame local na data que se matriculou no hospital revelou: grande modificação da pele 1.º, 2.º e 3.º quirodátilos direitos que se apresentam com áreas de queratose e unhas fendilhadas e quebradiças. Apesar do doente ter-se recusado à biópsia, não tivemos dúvida em concluir tratar-se de um caso de radiodermite crônica.

ções podem produzir sérios distúrbios da fórmula sanguínea. Muitos radiologistas perderam a vida por excesso de exposição às irradiações, seguida de anemia aplástica e leucemia.

As modificações mais frequentes na fórmula sanguínea são: leucopenia, eosinofilia, linfocitose, diminuição do número total de hemátias e de plaquetas. A diminuição do número total de plaquetas é um acidente bastante grave, devido às hemorragias que acarreta. Este acidente foi observado em larga escala em Hiroshima após a explosão da bomba atômica.

Um dos pontos capitais a ser observado no hemograma do profissional que trabalha com as irradiações é a leucometria, que só terá valor se for julgada em uma série de hemogramas. Assim, se um radiologista apresentar-se com 6.000 leucócitos, e tempos após a leucometria inicial houver descido a 5.000 e posteriormente a 4.000, é porque ele está recebendo dose de irradiação acima da tolerância. Neste caso deve abandonar o trabalho imediatamente e entrar em férias. Quando em férias, deverá repetir o hemograma semanalmente e enquanto o mesmo não normalizar, não deverá retornar ao trabalho.

O único meio de que dispomos para evitar estas modificações graves do sangue, é a proteção adequada e exames hematológicos periódicos.

Envenenamento por ingestão de radium e substâncias radioativas: — Conforme o trabalho de Evans, o radium elemento tem o mesmo metabolismo que o cálcio. Se fôr ingerido acidentalmente poderá fixar-se nos ossos e produzir alterações destrutivas e até mesmo provocar o aparecimento de sarcomas ósseos. Também o radon quando inalado acidentalmente poderá produzir sérias complicações, sendo entre elas o câncer do pulmão, uma das mais frequentes.

Dose de tolerância: — Após vários anos de experimentação, os radiologistas em colaboração com os biólogos e os físicos de irradiação, concluíram ser a

dose de 0,1 r por dia o máximo que poderá receber o técnico que trabalha com raios X, radium e substâncias radioativas sem sofrer nenhum dano.

Convém lembrar aqui, que o Roentgen "r" é a unidade internacionalmente aceita para exprimir a dose de raios X e Raios gama, sendo definido do seguinte modo: "Será a quantidade de irradiação X ou gama, cuja emissão corpuscular associada por 0,001293 gr. de ar, produz no ar, ions carregando uma unidade eletrostática de quantidade de eletricidade em cada sinal".

O Roentgen, como todos sabem, é medido por meio de aparelhos de ionização chamados ionômetros como o Victoreen e o Geiger-Muller. O Victoreen dispõe de câmaras de ionização que servem para medir 25,50 e 250 r.

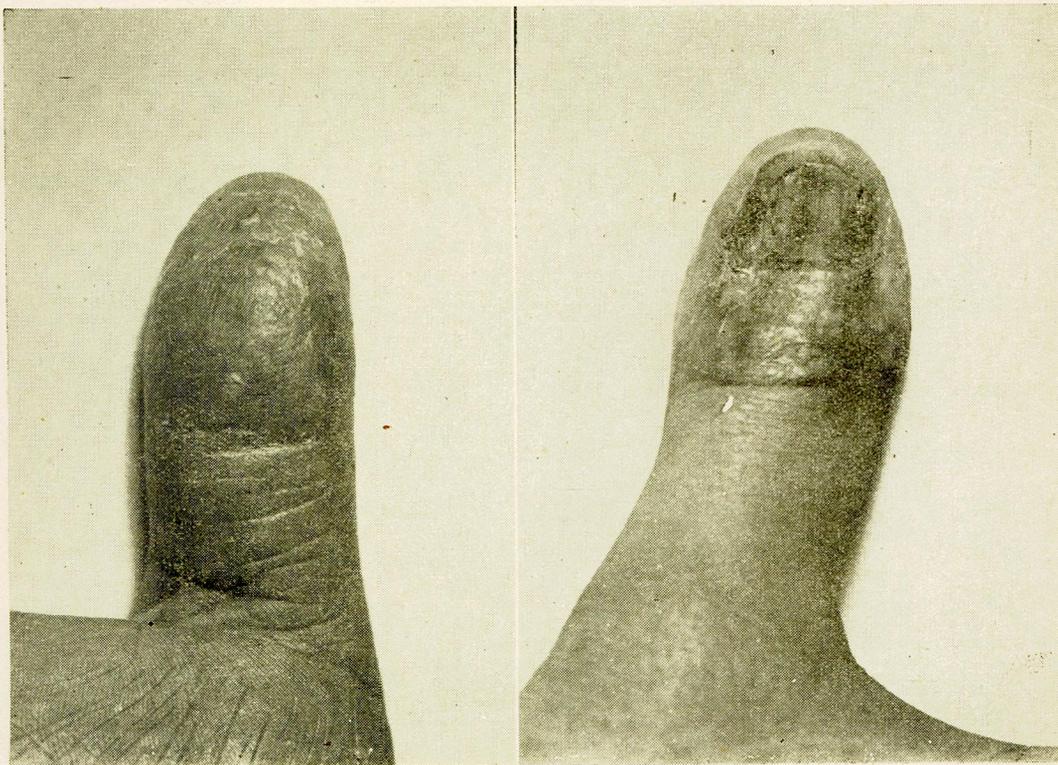


Fig. 2 Mesmo caso da fig. 1. Mostra com mais detalhe o aspecto coriáceo da face palmar do polegar direito e grandes modificações da unha do mesmo dedo, que se apresenta quebradiça e com estrias.

Existe um tipo de ionômetro chamado Minômetro, que mede quantidades extremamente pequenas do Roentgen, dispondo para êste fim de câmaras de ionização pe 0,1 e 0,01r (Fig. 6).

Para avaliar a proteção do técnico, o meio mais eficiente consiste na medida da radiação secundária com a câmara de de 0,1 a 0,01 r. O técnico carregará no bolso qualquer uma destas câmaras e no fim do dia lerá diretamente na escala a quantidade de irradiação que recebeu. Estas câmaras apresentam a propriedade de acumular as frações do Roentgen.

Outro meio menos preciso de verificar a proteção, consiste em carregar um filme dentário preso com clip no bolso do avental durante duas semanas e em seguida revelá-lo. Se o escurecimento fôr intenso é porque o técnico está trabalhando em condições de proteção deficiente. Nêste caso deverá recorrer ao processo do ionômetro.

0,1r é a dose de tolerância por dia de 7 horas de trabalho.

1r é a dose de tolerância por semana.

4r é a dose de tolerância por mês.

Analisaremos em seguida as medidas de proteção, que deverão ser adotadas para os médicos e técnicos que trabalham constantemente com os vários tipos de irradiação.

Medidas de proteção para Roentgenterapia: — Estudaremos separadamente os meios de proteção para o doente, o técnico, o médico e as pessoas situadas nas vizinhanças.

Antigamente os aparelhos de raios X não ofereciam proteção para os doentes, porque as ampôlas não eram revestidas de material isolante. A irradiação expandia-se em todos os sentidos em volta da ampôla; sendo necessário revestir-se

o corpo do doente com espessas lâminas de borracha plumbífera. Hoje em dia, graças aos modernos aparelhos, as ampôlas além de ficarem imersas em óleo, ficam situadas dentro de uma cúpola revestida de chumbo. Dêsse modo, a irradiação só é emitida através do diafragma. Ao diafragma adaptam-se os cones de diâmetros e áreas diversas, que também se acham revestidos de chumbo. Com êste sistema o doente sômente receberá irradiação direta nas portas de tratamento. A irradiação secundária proveniente das paredes e objetos da sala é tão pequena que praticamente pode ser desprezada. Nos doentes que vão submeter-se a tratamento longo é indispensável o contrôle hematológico, principalmente naquêles em que se irradiam extensas áreas do corpo.

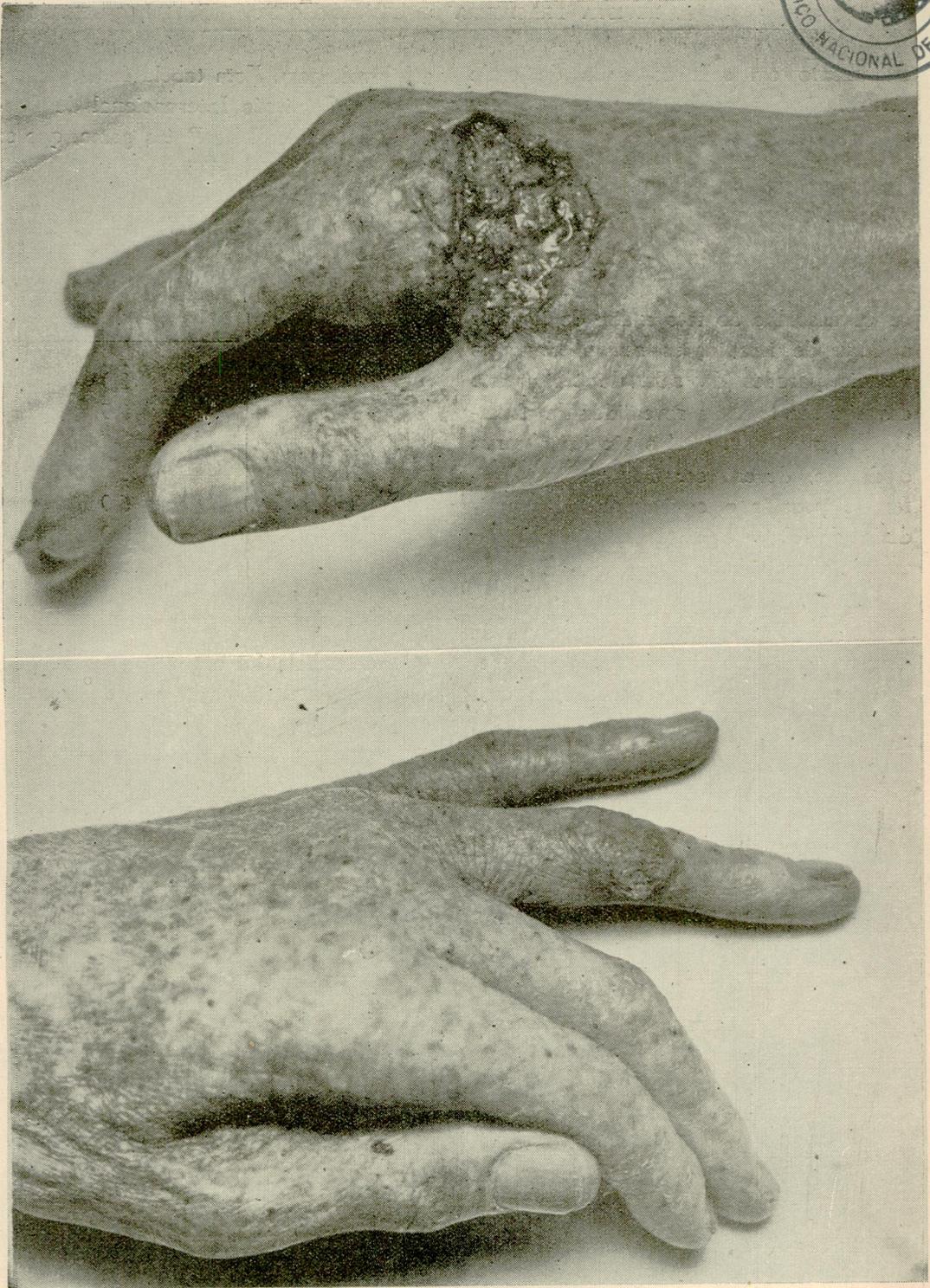
Para a proteção do médico, deve observar-se o seguinte:

1) O médico em hipótese alguma deverá permanecer na sala quando o doente estiver recebendo tratamento. Nos EE. UU. é costume colocar-se um interruptor do circuito de alta voltagem na porta da sala de tratamento. Assim, só se consegue ligar a alta tensão quando a porta estiver fechada. Êste dispositivo foi idealizado a fim de evitar que o radiologista ao penetrar na sala durante o tratamento viesse a receber irradiação.

2) Os departamentos de Roentgenterapia devem ser instalados em local bem arejado e com boa luminosidade.

3) Tôdas as salas de tratamento devem ter as paredes revestidas de chumbo a fim de evitar que a irradiação atinja outras dependências do departamento.

Medidas de proteção para o técnico e pessoas situadas nas vizinhanças: — O técnico deverá permanecer durante o



Figs. 3 e 4. Trata-se de H. W. S. matriculado no Serviço Nacional de Câncer sob o reg. 1.368 em 23-6-1942. Contou-nos que desde 1934 vem se submetendo a aplicações de Raios X nas mãos por ser portador de eczema crônico. Fez várias séries de Raios X porque o eczema sempre recidivava. Em 1940 apareceu-lhe pequena ulceração no dorso da mão direita que cresceu lentamente. Em 1941 apareceu-lhe também pequena ulceração no 4.º quírodátilo esquerdo. Vindo à consulta no S. N. C. em Junho de 1942, as biopsias praticadas em ambas as lesões revelaram: epiteloma espino-celular.

tratamento em sala separada de onde controlará o aparelho em mesa de comando aí existente. A parede que separa a sala de comando da sala de tratamento, deverá ser recoberta de revestimento de chumbo suficiente para interceptar toda e qualquer irradiação. O revestimento de chumbo deverá estender-se do assoalho ao teto a fim de impedir a fuga de irradiações secundárias. As demais paredes da sala de tratamento deverão ser também revestidas de chumbo. A janela pela qual o técnico observa o doente, deverá ser de vidro plumbífero e possuir o equivalente à quantidade de chumbo necessária para uma completa proteção.

A seguir vamos apresentar a tabela na qual está especificada a espessura de chumbo que deve ser empregada no revestimento das paredes de acordo com

a kilovoltagem. Esta tabela foi organizada pela Comissão Internacional de Proteção aos Raios X e Raios gama, que se reuniu em 1937 em Chicago:

<i>Kilovoltagem</i>	<i>Espessura mínima de chumbo em mm</i>
75	1,0
100	1,5
150	2,5
200	4,0
250	6,0
300	9,0
400	15,0
600	35,0

Esta tabela foi organizada para proteção de um feixe direto de raios X,



Fig. 5. Mostra o caso das fig. 3 e 4 após tratamento pela electrocoagulação.

numa distância de 1,5 m. do anódio. Pontos situados além de 1,5 m. necessitarão menor espessura de chumbo. Nas paredes que recebem somente irradiação secundária, será necessária menor espessura de chumbo.

Como o preço do chumbo é muito elevado, alguns autores e entre eles Kaye, Binks e Taylor publicaram trabalhos em que apresentam tabelas contendo vários tipos de material de construção e sua equivalência em milímetros de chumbo. Assim, por exemplo, para a proteção do feixe direto de um aparelho de 400Kv, tanto podemos empregar na parede 15 mm. de chumbo ou 30 cm. de concreto. Estas tabelas apresentam muita utilidade, principalmente durante o plano de proteção para aparelhos montados em edifícios em que temos que proteger os vizinhos dos andares de cima e de baixo.

Recomendações para proteção ao Radium:

1) Nos departamentos de Radioterapia, o radium deverá ficar armazenado

em cofre especial com revestimento de chumbo adequado de acôrdo com a tabela de Failla. O cofre deverá ficar em quarto separado, onde o técnico só deverá permanecer tempo necessário para retirar os tubos e as agulhas de radium.

2) O preparo de aplicadores deverá ser realizado em outra sala. O técnico ao manipular o radium deverá trabalhar por traz de uma placa com a forma de um L que terá a espessura mínima de 5 cm. de chumbo, devendo ainda usar pinças longas de 25 a 30 cm. (fig. 7). Em hipótese alguma deverá tocar com os dedos as células de radium. Tôdas estas manipulações deverão ser realizadas no menor espaço de tempo possível.

3) O transporte do radium no interior do hospital deverá ser feito dentro de recipientes revestidos de chumbo providos de uma haste longa, para manter o radium mais distante possível do técnico.

Tabela mostrando a espessura de chumbo de acôrdo com a distância, para a proteção do técnico:

Dados retirados da tabela de Failla (segundo Mrs. Quimby).

Radium Mg	Distância do Radium						Distância de segu- rança sem Pb. Metros
	Próximo	25 cm	50 cm	100 cm	200 cm	500 cm	
Espessura do Pb em cm requerida							
50	10,5	7,0	4,0	2,0	—	—	2
200	13,0	10,0	7,0	4,5	2,0	—	3,5
500	14,5	12,0	9,0	6,5	3,5	0,5	6,0
1000	16,0	14,0	11,0	8,0	5,0	1,5	8,0
2000	17,0	15,0	13,0	9,0	6,5	3,0	13,0
5000	20,0	18,0	14,5	11,0	8,5	4,5	20,0

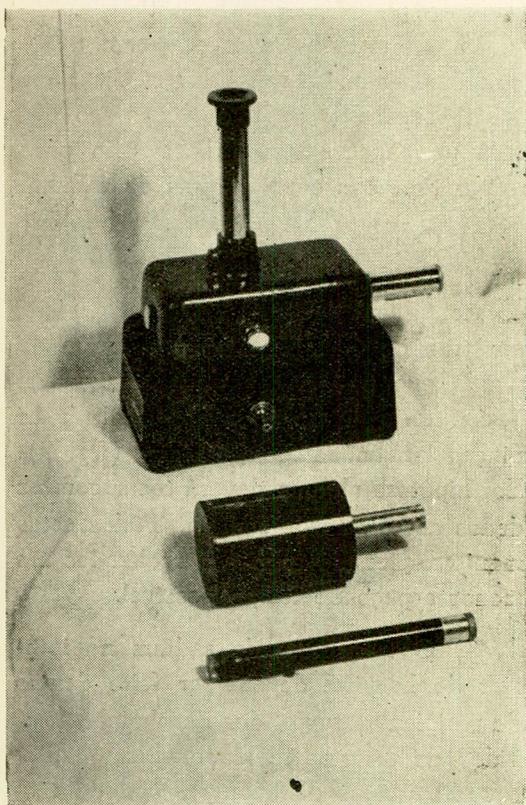


Fig. 6. Minômetro Victoreen para avaliar a proteção do técnico. Vêm-se também as câmaras de ionização respectivamente de 0,01r e 01r.

Recomendações para proteção contra o Radon: — O radium para a captação do radon deverá ficar dentro de um cofre especial que será todo revestido de chumbo.

Durante a captação, o radon pôde vir a escapar, sendo então necessário o emprêgo de exaustores a fim de renovar o ar da sala o mais depressa possível. O emprêgo de aparelhos semi-automáticos para a captação do radon é recomendado a fim de evitar que o técnico permaneça na sala durante muito tempo. O técnico não deve tocar as sementes de radon com as mãos por causa dos raios beta e gama que emanam das mesmas.

Medidas de proteção contra os isótopos radioativos: — Os médicos e técnicos que trabalham neste campo devem precaver-se durante a manipulação destas substâncias, pois poderão vir a ingeri-las acidentalmente.

Não deverão tocá-las com os dedos, devido ao perigo decorrente da emissão de raios causticantes.

Para o doente as precauções deverão ser ainda maiores. Assim, a dose da substância radioativa deve ser administrada sempre de acôrdo com o peso e a sensibilidade individual do doente. Também será necessário durante o tratamento, o contrôle semanal com exames hematológicos. Em caso de leucopenia ou trombocitopenia, deverá ser o mesmo suspenso imediatamente.

Recomendações da Comissão Internacional no que diz respeito ao bem estar e saúde dos técnicos que trabalham tempo integral com os Raios X e Radium:

1) O tempo de trabalho não deve ultrapassar de 7 horas por dia e 5 dias por semana nos climas frios e temperados. Para os climas tropicais o número total de horas de trabalho por semana deve ser bem menor.

2) As férias anuais devem ser durante o verão e ter a duração de pelo menos 4 semanas de preferência consecutivas.

3) Exames médicos hematológicos devem ser realizados antes do técnico ser admitido e repetidos pelo menos duas vezes por ano.

4) Enfermeiras e serventes não devem segurar os doentes durante a apli-

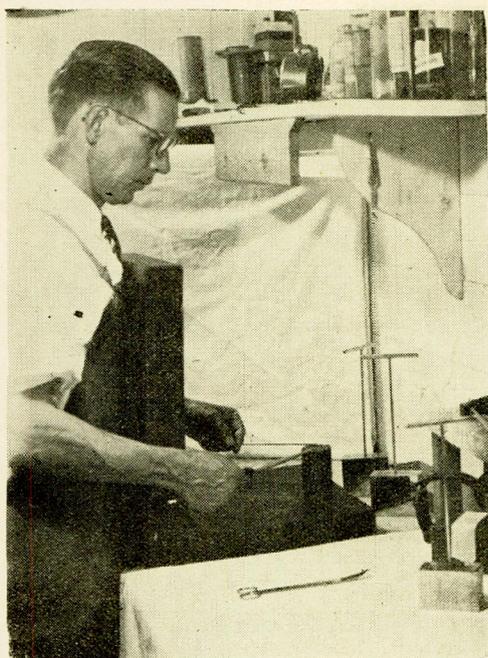


Fig. 7. O técnico do Serviço Nacional de Câncer manipulando o radium atrás do bloco de chumbo em forma de L.

cação de raios X. Assim como não devem permanecer na sala enquanto o doente estiver recebendo aplicação de radium que exceda de 500 mg.

5) Os departamentos de Radioterapia não devem ser instalados no sub-solo, mas sim em salas amplas com luz natural e boa ventilação.

BIBLIOGRAFIA

- BRAESTRUP, C. B. A stray radiation survey of twenty high voltage roentgen installations. *Radiology*, 31:206, 1938.
- CURTISS, L. F. Protective requirements for shipping radioactive substances. *J. App. Phys.*, 12:346, 1941.
- EVANS, Robley D. Protection of radium dial workers and radiologists from injury by radium. *The Journ. of Industrial Hygiene and Toxicology*. Vol. 25 N.º 7, Sept. 1943.
- FAILLA, G. Radium protection. *Radiology*, 19:12, 1932.

HERMAN, H., and Jaeger, R. *Über den Strahlenschutz bei harten Rontgenstrahlen. Strahlentherapie.*, 41:321, 1931.

INTERNATIONAL RECOMENDATIONS for X-Ray and Radium Protection (Fifth International Congress of Radiology, 1937). *Radiology*, 30:511, 1938.

KAYE, G. W. C., Binks, W., and Bell, G. E. The X-ray and gamma-ray protective values of building materials. *Brit. J. Radiol.*, 11:676, 1938.

MULLER, H. J. The effects of roentgen rays upon the hereditary material.

O. GLASSER, Ed. *The Science of Radiology*. Springfield, Ill., Thomas, 1933.

NATIONAL BUREAU OF STANDARDS, Handbook HB 20, X-ray protection.

NATIONAL BUREAU OF STANDARDS, Handbook H 27, Safe handling of radioactive luminous compounds.

NATIONAL BUREAU OF STANDARDS, Handbook H 23, Radium protection.

QUIMBY, E. H. Radium protection. *J. App. Phys.*, 10:604, 1939.

QUIMBY, E. H., and Pool, J. Protection in radiology. *Radiology*, 41:272, 1943.

QUIMBY, E. H. Roentgen Ray and Radium Protection. *Physical Foundations of Radiology*.

SINGER, G., Taylor, L. S. and Charlton, A. L. Concrete as a protective material against high voltage X-ray. *Radiology*, 33:68, 1939.

TAYLOR, L. S. The economic features of X-ray protection. *Radiology*, 34:425, 1940.

SUMMARY

The most frequent injuries affecting the staff working with x-ray, radium, radon and radioactive isotopes are described. A case of radiodermatitis in a dentist working in the field of x-ray diagnosis is related. A case of cancer following many expositions to x-ray on the hands, to treat eczema, is also shown.

Recommendations and precautions for the staff working in X-Ray and Radium Departments are described.





PERGUNTAS E RESPOSTAS

QUAL O VALOR DA BIÓPSIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER?

FRANCISCO FIALHO
Patologista do S.N.C.

Sobre o valor da biópsia no diagnóstico de câncer muito se tem escrito. Está estabelecido que, no diagnóstico dos blastomas, o exame histo-patológico é indispensável. O aspecto variado das lesões neoplásicas faz com que se as confundam frequentemente com outras de diferentes etiologias, sendo obrigatória, portanto, a confirmação do diagnóstico clínico pela biópsia. A técnica da biópsia é também muito conhecida em suas diferentes modalidades, até mesmo a biópsia por punção aspiradora, que é de real valor na prática diária do diagnóstico do câncer. Esse último tipo de biópsia, quando bem realizado, permite obtenção do material necessário para inclusão e suficiente para diagnóstico, em 90% dos casos. É preciso, no entanto, que seja feita uma indicação precisa do método. Não é só, porém, como meio diagnóstico que a biópsia tem valor, isto porque também é o exame histo-patológico que indica a arma para o tratamento de câncer, permitindo mesmo, até certo ponto, que se tracem prognósticos. É sabido que a sensibilidade dos blastomas às irradiações depende da natureza da neoplasia e de seu grau de diferenciação. Assim

é, que os blastomas de linhagem linfocitária e os retículo-sarcomas respondem espetacularmente às irradiações, do mesmo modo que as leucemias, a doença de Hodgkin e as retículo-entotelioses, de modo geral. Reside, também, a sensibilidade dos neoplasmas no seu grau de diferenciação, isto é, a sua aproximação mais ou menos perfeita do tecido, onde se originou, o que permitiu mesmo a criação da lei de Bergoniet-Tribondeau, tão conhecida pelos radioterapeutas. Desta forma, classificando-se os tumores, principalmente os de linhagem epitelial, pela escala de Broders, orientamos a indicação do meio terapêutico e podemos ainda, prognosticar o aparecimento ou não de metástases.

É essa, em linhas gerais, a contribuição valiosa que a biópsia dá ao diagnóstico e ao tratamento do câncer. É preciso que se não esqueça, no entanto, que é uma só a medicina e que somente o trabalho em estreita colaboração, da clínica, do laboratório, da terapêutica e da experimentação, poderá, em futuro que esperamos seja breve, resolver o problema de câncer.

RESUMOS, CONDENSADOS E ANÁLISES

CIRURGIA

LESÕES BENÍGNAS DA MAMA

Harry A. Oberhelman — Surg.
Cim. N. América, 1948 — 28:95.

O A. estudou 556 casos consecutivos de lesões mamárias encontrando 2% de natureza inflamatória, 40% malignas e 58% benígnas. Das 318 lesões benígnas, 102 eram tumores verdadeiros e 216 do tipo da mastite crônica cística. Apenas 15 tumores benignos epiteliais e 16 tumores benignos conjuntivos foram encontrados. O maior número era de lesões tanto epiteliais como conjuntivas (fibroadenomas 69, e cystosarcoma phylloides 4). O A. dividiu os 216 casos de mastite crônica cística em dois tipos: proliferativo (182) e não proliferativo (84). Todos os tumores benignos devem ser extirpados recomendando o A. a incisão de Warren no sulco toracoma-mário. Esta incisão oferece a vantagem da inspeção e palpação direta da mama, produzindo uma cicatriz encoberta pela mama. Para os papilomas intracanaliculares aconselha o A. uma incisão semicircular na periferia da aréola. Discute o A. em seguida as diversas alterações anatômicas por que passa normalmente a mama feminina como resultado da ação dos diversos hormônios sexuais.

Aceita-se atualmente que os diversos tipos de lesões anatômicas na mastite crônica cística são o resultado de períodos prolongados ou repetidos de desequilíbrio hormonal, devidos provavelmente à disfunção ovariana.

Houve muita confusão na literatura sobre a nomenclatura da mastite crônica cística. Cole e Rossiter classificam-na em 4 tipos: 1) o tipo adenofibroso — proliferação de tecido fibroso contendo grupos esparsos de acinos; 2) a hiperplasia parenquimatosa benigna — que consiste na proliferação das estruturas epiteliais da glândulas e dutos; 3) a hiperplasia precancerosa, que representa um grau adiantado de hiperplasia epitelial atípica, com mitoses, e 4) doença cística, cistos localizados que se formam em grande parte durante o processo de involução.

O A. agrupa os tipos 1 e 4, como não proliferativos e os 3 e 2 como proliferativos. A aspiração, a transiluminação e a palpação permitem em geral um diagnóstico correto, devendo-se em caso de dúvida recorrer à biópsia. O tratamento da mastite cística crônica deve ser conservador ou cirúrgico. As tentativas para restaurar o equilíbrio endócrino alterado pela administração de hormônios foram infrutíferos. O A. depois de observar as condições das pacientes pelo menos durante um ciclo menstrual, é de opinião que as lesões mamárias facilmente palpáveis da mastite crônica cística devem ser largamente extirpadas. Se malignas ou se o patologista suspeita de malignidade o cirurgião deverá praticar a mastectomia radical.

O A. cita alguns dos pontos de vista na literatura sobre se a mastite crônica cística é ou não uma lesão precancerosa. Numerosas são as razões que apoiam

cada um dos lados. O A. acredita que num número limitado de casos de formas altamente proliferativas, tais como o adeno-papiloma, a lesão deve ser praticamente considerada precancerosa, e como tal tratada pela mastectomia radical.

*

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DO LARINGE

*Jackson, C. L. e Norris C. M. —
Pensylvania, M. J., 1943 — 46:822.*

Deve admitir-se que o tratamento cirúrgico do câncer do laringe tem dado nas estatísticas os melhores resultados, porém há certamente casos em que o paciente poderá optar pela cirurgia ou pelas irradiações, ou mesmo casos em que o especialista poderá justificadamente aconselhar as irradiações. Os AA. crêem que na seleção dos casos para tratamento e especialmente quanto ao prognóstico, deve levar-se em consideração o grau de diferenciação histológica da lesão, devendo ser consideradas como de mau prognóstico os tumores menos diferenciados qualquer que seja o método de tratamento.

Os AA. sugerem as seguintes indicações cirúrgicas: 1) Lesões ocupando o 1/3 médio de uma corda vocal são passíveis de tratamento cirúrgico pela laringo fissura sem levar em conta o grau de diferenciação histológica da lesão. 2) As lesões que atingem a comissura anterior invadindo mesmo a corda oposta são tratáveis pela extirpação através de uma laringo fissura, devendo usar-se em tais casos a técnica de Chevalier Jackson para comissura anterior.

O caráter histológico poderá influenciar o cirurgião na escolha entre a la-

ringo fissura e a laringectomia total. 3) As lesões de corda que tenham alcançado sua extremidade posterior produzindo alteração da mobilidade, ou invadindo a subglote, exigem a laringectomia total, a despeito de seu caráter histológico. Se não há modificação da mobilidade da corda, podem usar-se as irradiações. 4) As lesões que invadem os ventrículos, as faixas ventriculares ou a base da epiglote, podem ser tratadas pela laringectomia ou pelas irradiações.

De acôrdo com a estatística dos autores as lesões de grau III são de melhor prognóstico quando tratadas cirurgicamente, enquanto que as de grau II são de prognóstico ligeiramente melhor quando tratadas pelas irradiações. Dessa forma, os autores preferem a cirurgia em todos os casos de bom risco operatório, a despeito do grau, e especialmente nos casos de grau III.

Quando as lesões se localizam e se estendem de tal maneira que a decisão entre a laringo fissura e a laringectomia torna-se difícil, quanto mais alto o grau, mais radical deve ser a cirurgia. A laringectomia e a faringectomia parcial são também feitas nos casos em que a lesão é extrínseca, sendo os resultados nêstes casos pouco satisfatórios, parecendo provável que as irradiações obteriam resultados superiores. Por outro lado, em alguns casos extensos, especialmente com invasão da cartilagem ou pericondrite, pôde haver vantagem em extirpar preliminarmente a laringe, seguindo-se-lhe imediatamente irradiação intensiva.

A presença de metástases ganglionares cervicais contraindica o tratamento cirúrgico (laringo-fissura ou laringectomia total). Há nêsse casos indicação para o esvaziamento ganglionar e implantação de "radon", precedido de uma sé-



rie de irradiações fracionadas em doses protraídas.

Os autores a seguir descrevem sua técnica de laringofissura e laringectomia pela técnica do campo estreito durante um período de dois anos, sem mortalidade operatória nem complicação séria.

*

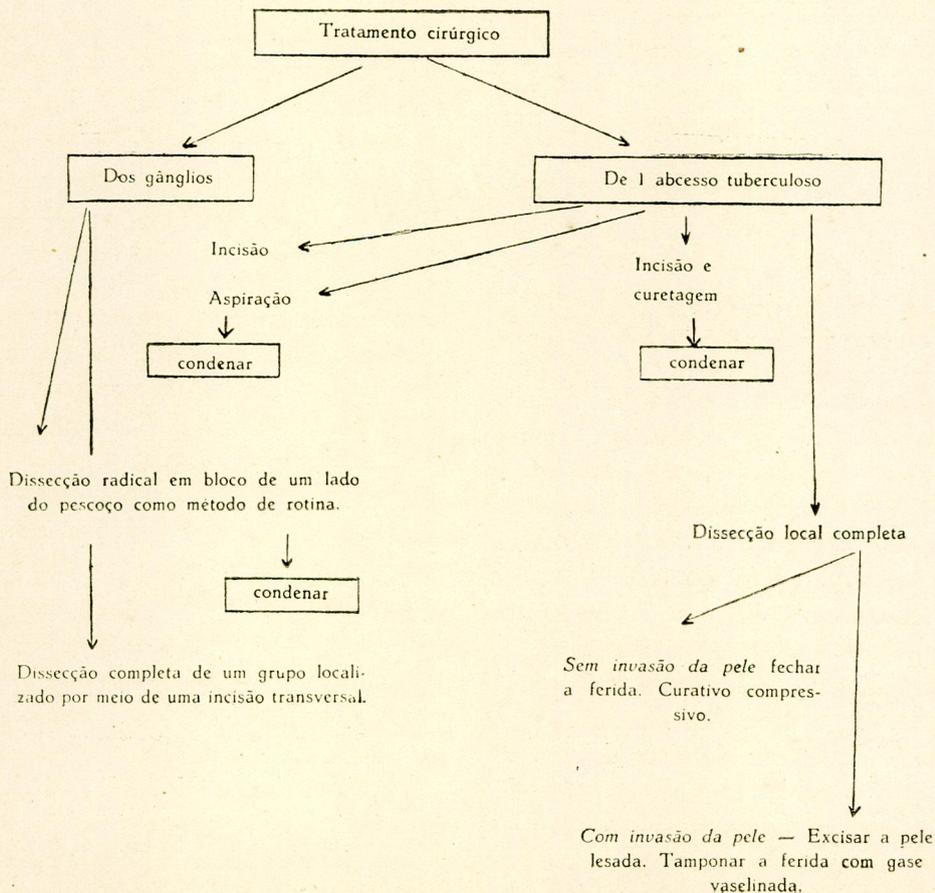
ADENITE CERVICAL TUBERCULOSA

Hamilton Bailey—Lancet, 1948
— 1:313.

Esta publicação abrange 20 anos de experiência com a tuberculose cervical,

1.300 a 1.500 operações. O autor traça que o pêndulo terapêutico oscilou entre a intervenção cirúrgica, a roentgenoterapia e a radioterapia, e atualmente voltou para os métodos cirúrgicos.

A adenite cervical tuberculosa, quando não sustada pela intervenção cirúrgica, passa por quatro fases. 1ª fase: desintegração do gânglio tuberculoso, estando o pús limitado pela cápsula fibrosa do gânglio. 2ª fase: em muitos casos, a cápsula rompe-se e o pús vem ocupar o espaço confinado que se acha limitado pela aponevrose cervical profunda. 3ª fase: após semanas ou meses a espessa aponevrose cervical profunda cede, invadindo o pús o compartimento limitado



pela aponevrose cervical. 4ª fase: o abcesso superficial rapidamente aumenta até que a pele que o recobre também se inflama. Nessa altura o abcesso rompe-se, constituindo-se um trajeto fistuloso.

Bailey não admite, como foi proposto por Calot, a aspiração destes abscessos, afirmando que isto só dá resultado quando o paciente está sob supervisão constante, sendo a melhora excessivamente lenta.

Nos últimos oito anos, o A. teve 300 casos assim tratados, que lhe foram encaminhados devido à falha deste tratamento.

Da mesma maneira, o A. não aconselha a roentgenterapia, que não só é ineficiente, como constitui medida perigosa numa região cheia de vasos, como o pescoço. Tal processo é a antitise do obje-

tivo mais elevado da cirurgia, que é ajudar a Natureza.

A técnica operatória, será orientada pelo grupo de gânglios invadidos, e pela presença ou ausência de invasão da pele. O conhecimento anatômico dos grupos ganglionares cervicais é um requisito necessário, devendo a operação extirpar somente aqueles que se acham lesados.

O A. acredita que as amídalas, adenóides e dentes cariados são os principais pontos de entrada por onde penetra a tuberculose no sistema linfático cervical. Por conseguinte, devem remover-se as amídalas e adenóides e tratar convenientemente dos dentes. As amídalas e adenóides devem ser removidas após a cirurgia cervical, pois a infecção secundária piogênica torna esta última mais difícil. O diagrama anexo dá uma idéia de conjunto do ponto de vista de Bailey, conforme sua experiência no tratamento das adenites cervicais tuberculosas.

DIAGNÓSTICO

ANGIOFIBROMA NASOFARÍNGEO JUVENIL

Hayes Martin, Harry E. Ehrlich e Jules C. Abels — Am. Surgery, 1948 — 127:513.

Todos os 29 casos de angiofibroma nasofaríngeo juvenil observados pelos AA. num período de 20 anos, ocorreram em indivíduos do sexo masculino, na época da puberdade. As publicações na literatura médica sobre o aparecimento destes tumores em crianças jovens, adultos e mulheres são com toda probabilidade erros de diagnóstico. A seletividade para os homens e a regressão espontâ-

nea com o aparecimento do desenvolvimento sexual completo, falam em favor de uma origem endócrina. Nos tumores de indivíduos mais jovens predominam os elementos angiomatosos, mas assim que se aproxima a maturidade sexual os elementos vasculares são substituídos em larga escala por um estroma de tecido fibroso. Em indivíduos normais, a hiperemia das mucosas resulta do estímulo estrogênico. Admite-se advertida a hipótese de que este tumor resulta do estímulo estrogênico do tecido vascular do nasofaríngeo em jovens com desequilíbrio hormonal. Cerca de 50% dos casos apresentavam caracteres sexuais pouco desenvolvidos.



O sintoma inicial é a obstrução nasal, e frequentemente há hemorragias nasais repetidas. A deformidade facial resulta dos fibromas nasofaríngeos volumosos.

O tumor é anatômica e clinicamente benigno, regredindo espontaneamente com a maturidade sexual, não produzindo mais perturbações. As principais complicações provêm da hemorragia, sepsis, deformidade facial e dos efeitos de tentativas violentas para extirpação completa, pela cirurgia ou pelas irradiações. O tratamento consiste somente no controle do tumor até que tenha lugar a regressão espontânea.

As epistaxis abundantes são melhor controladas pela ligadura de ambas as carótidas externas. O tamponamento nasal prolongado resulta em ulceração e sepsis.

O hormônio sexual (propionato de testosterona) foi usado em diversos casos, com eliminação gradual da tendência ao sangramento; todavia, não foi observada a regressão do tumor. Em 2 casos apressou-se o aparecimento da pu-

berdade pelo uso do andrógenos, recomendando que nestes casos a irradiação produziu uma regressão mais rápida da lesão.

A roentgenerapia é indicada no fibroma nasofaríngeo que sangra. Êstes tumores são moderadamente rádiosensíveis. A curieterapia é usada como tratamento suplementar à roentgenerapia e após cirurgia. Há 20 anos passados 2 pacientes foram tratados com uma alta dose de radium intersticial que deu lugar à osteonecrose do esfenóide, abcesso cerebral e morte.

Os tumores volumosos com deformidade facial acentuada e destruição progressiva do maxilar ou outras estruturas ósseas adjacentes por necrose de compressão devem ser parcialmente removidos cirurgicamente, podendo usar-se uma via de acesso transmaxilar. A remoção completa é impossível. De regra, vários métodos de tratamento devem ser combinados. Uma análise dos dados indica que doses pequenas de irradiação debelam eficazmente os sintomas se o paciente estiver sob a ação continuada de um tratamento endócrino.

RADIOTERAPIA

TRATAMENTO DO CÂNCER DO SEIO MAXILAR PELO RÁDIUM

Margaret C. Tod — Brit. J. Radiol, 1948 — 21:270.

Dos 222 pacientes com câncer do seio maxilar, tratados no *Holt Radium Institute de Manchester*, Inglaterra, de 1932 a 1941, 25% sobreviveram 5 anos, a maior parte dos quais sem evidência de

recidiva. Os casos em que se calculou que a totalidade do tumor podia ser incluída numa esfera de cms. de diâmetro e nos quais tôda a destruição óssea limitava-se a duas paredes adjacentes da cavidade, eram classificados como "precoces". Êstes perfaziam um total de 95 e a percentagem de sobrevida de 5 anos foi de 36%, enquanto que nos 127 casos "tardios" a percentagem de sobrevida foi apenas de 17%.

De 1932 a 1937 o método usual de tratamento consistia na rinotomia e excisão cirúrgica da massa principal do tumor, seguida da inserção na cavidade, de uma bola de esponja de borracha contendo em seu centro um tubo de rádio. A dose usual, calculada na superfície da esponja era de cerca de 8.000 r, em 10 dias. O método mostrou certo sucesso mesmo em alguns dos casos avançados, porém, a mortalidade operatória imediata era de 25%, em grande parte resultante de infecção ou hemorragia.

Todavia um método mais simples foi usado em grande número de pacientes tratados na última metade do período de 10 anos, sendo considerado particularmente aplicável aos frequentes carcinomas espino-celulares do antro. Nos 68 casos assim tratados a percentagem de sobrevivência de 5 anos, praticamente sem evidência de recidiva, foi aproximadamente a mesma que para o método anterior, enquanto que o risco post-operatório imediato foi bastante reduzido. Este método mais simples é o seguinte: sob anestesia por intubação traqueal e taponamento faringiano, um tubo contendo 25,0 mg. de rádio em 3 cms. de comprimento é introduzido, de regra, através da via de acesso de Caldwell Luc, no centro da massa tumerosa, e aí deixado até que uma dose de 8 a 10.000 r, tenha sido administrada em 7 a 10 dias, a 2 cms. da fonte central de rádio. O tubo de rádio é recoberto de fina camada de borracha, cuja extremidade faz saliência no orifício feito para a inserção e fixado por ponto de sustentação recoberto de borracha que atravessa toda a espessura da bochecha.

A necrose de todo o tecido blastomatoso ou mesmo de qualquer tecido normal

num raio de 2 cms. é o resultado almejado. Não se observam sintomas graves após a intervenção desde que haja boa drenagem para a boca através do orifício no antro feito para inserção do rádio.

Ocasionalmente, se o tumor for volumoso ou sequestros ósseos prejudicarem a drenagem, a abertura deverá ser ampliada para permitir a eliminação dos tecidos necrosados. A dor é então prontamente aliviada. A administração de penicilina tem se mostrado eficaz no combate à infecção.

Este método não é recomendado para os tumores do tipo salivar misto ou do tipo retículo endotelial. O primeiro grupo é muito rádio-resistente e por conseguinte mais bem tratado pela excisão cirúrgica. Esta era de regra seguida de radiumterapia, porém, pouca evidência se obteve de que a irradiação reduzia a acentuada tendência deste tipo de tumor de crescimento lento, à recidiva local. De 19 pacientes tratados pelo método combinado, 8 viviam 5 anos mais tarde, porém todos, exceto 2, apresentavam recidiva.

Os tumores retículo-endoteliais são suficientemente radiosensíveis e infiltrantes para tornar a roentgenterapia o método de eleição, usando-se campos grandes que se estendem da reborda orbitária à clavícula. Recomenda-se uma dose de 3.000 r, em 3 semanas. De 18 pacientes com linfossarcoma, a maior parte dos quais tratados pelo R. X, 50% estavam vivos e aparentemente bem, 5 anos depois. A biópsia é por conseguinte indispensável antes da decisão final sobre o método de tratamento das lesões blastomatosas do antro.

NOTICIÁRIO



SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

ATIVIDADES NO EXERCÍCIO DE
1948

COMUNICAÇÕES APRESENTADAS:

Tumor de Wilms — Dr. Mario Parda-
dal.

Tratamento das linfadenopatias cer-
vicais metastáticas — Dr. Jorge Marsillac.

Tratamento médico do câncer — Dr.
Sérgio Azevedo.

Linfocitomas benignos e malignos —
Dr. Costa Junior.

Neoplasma benigno ou maligno? —
Americo Valerio.

Tratamento dos tumores da hipofarin-
ge no "Radiumhemmet" de Stockolmo —
Dr. Alexandre Nicholaeff.

Um caso de retículo sarcoma na crian-
ça — Dr. Lages Netto.

Câncer do pulmão — Dr. Jesse Tei-
xeira.

Câncer do penis — Dr. Turíbio Braz.

Ambulatório preventivo de câncer —
Organização e experiência em 6 meses —
Drs. Madalena Stoltz e Rieper.

Câncer da mama com invasão da pa-
rede torácica — Toracectomia parcial —
Dr. J. B. Vianna.

SESSÃO EM HOMENAGEM AO PROF. LACASSAGNE

A *Sociedade Brasileira de Cancero-
logia* realizou em 24 de agosto de 1948,
uma sessão extraordinária em conjunto
com a *Sociedade de Medicina e Cirurgia*

do Rio de Janeiro, a fim de receber o
o Prof. Lacassagne, Diretor do *Instituto
de Radium de Paris*.

O homenageado foi saudado pelo
Dr. Mário Kroeff, Presidente da Sessão,
que proferiu as seguintes palavras:

— "Mr. le Professeur Antoine La-
cassagne

J'ai l'honneur de vous transmettre ici
le titre de Membre honoraire de la SO-
CIEDADE BRASILEIRA DE CAN-
CEROLOGIA.

Nous tous, qui connaissons vos tra-
vaux, qui suivons de près vos leçons
magistrales au "Pavilhão São Miguel",
nous savons comme vous entrez pro-
fondément dans tout les secteurs de la
cancérologie, toujours en montrant quel-
que chose personnel.

Tout le monde scientifique sait, d'ail-
leurs, que vous avez apporté à la science,
des données très importantes, ouvrant de
nouvelles voies, de nouveaux horizons
dans la radiofisiologie, radio-biologie,
dans la biologie elle même, endocrinolo-
gie, radioterapie, histopatologie, enfin
dans toute la cancérologie, surtout au
champ de la recherche.

Mr. Lacassagne. L'humanité attend
encore beaucoup de votre intelligence, de
votre sagesse, de votre dévouement à la
recherche, et de votre esprit d'investi-
gation.

Vous êtes à la hauteur de la respon-
sabilité et de la tâche éminente au labo-

ratoire Pasteur, qui a été la source originale de la vraie cancérologie, sous le génie créateur de Régaud.

Mr., en tenant conte de vôtre reputation comme d'un vrai savant nous sommes hereux de vous avoir comme Membre de la SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA."

Em seguida, o Dr. Kroeff fez entrega ao homenageado, do diploma de Sócio Honorário da Sociedade Brasileira de Cancerologia.

Com a palavra, o Prof. Lacassagne agradece a recepção, pronunciando interessante conferência sobre "O papel dos hormônios em cancerologia".

RECEPÇÃO EM HONRA À DOUTORA MARGARET TODD

A 3 de setembro de 1948, reuniu-se a Sociedade Brasileira de Cancerologia em sessão conjunta com a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, a Sociedade Brasileira de Ginecologia e a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Brasil a fim de receber a Sra. *Dra. Margaret Todd*, cientista inglesa.

O Presidente da sessão, Dr. Mário Kroeff, depois de ter feito aos seus pares, a apresentação da Sra. Todd, deu a palavra ao Dr. Osolando Machado, para em nome das quatro Sociedades ali reunidas, saudar a homenageada. Esta, depois de agradecer as palavras do Dr. Osolando, abordou o interessante tema "Tratamento do câncer do colo do útero".

Encerrando a sessão, o Dr. Kroeff fez entrega à famosa radioterapeuta de Manchester, do título de sócia honorária da Sociedade Brasileira de Cancerologia, pronunciando a seguinte oração:

"Dear Dr. Todd

Your activities and works in the field of radiotherapy are famous and world known, specially those coming from the "Holt Hospital" where you are considered one of the leading scientists of the staff.

This by its self is one of the major honours in the field of radioterapy for "Holt Hospital" ranks first plan in said activities as do the "Radium Hemmet" of Stockolm and the "Radium Institute of Paris".

Therefore as President of the Sociedade Brasileira de Cancerologia I have the priviledge of asking you to accept our diploma of fellowship."

ELEIÇÃO DE NOVA DIRETORIA QUE REGERÁ OS DESTINOS DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA PARA O BIÊNIO 1948-1950

Aos 22 dias do mês de dezembro de 1948, presidida pelo Dr. Mário Kroeff e secretariada pelos Drs. A. F. Costa Junior e Adayr Eiras de Araujo, reuniu-se em sessão extraordinária a Sociedade Brasileira de Cancerologia, para eleição e posse da nova Diretoria. Após o expediente, fez uso da palavra o Dr. Mário Kroeff, que pronunciou as seguintes palavras: "A sessão de hoje foi convocada com o fim de se proceder a eleição de nova diretoria, de acôrdo com as disposições estatutárias. Ao findar o exercício da atual diretoria da S.B.C., cumpre-me fazer um breve relato de suas atividades no biênio que expira nesta data. A Sociedade partiu da estaca 0 no dia 25 de julho de 1946. Hoje possui 197 sócios, sendo 78 fun-

dadores, 11 efetivos, 9 colaboradores e 2 honorários. Realizou 26 sessões, sendo 21 ordinárias, 4 extraordinárias e uma conjunta com a *Sociedade de Medicina e Cirurgia* para receber o Prof. Lacassagne.

Ao nascer, já nasceu rica. Firmou seu futuro num patrimônio sólido que lhe garantiria a sobrevivência de alguns anos, mesmo na ausência de qualquer contribuição associativa.

Em sua assembléia de fundação foram anunciadas vultosas doações, a saber: *Jockey Club Braisleiro*, dez mil cruzeiros; *Ulpiano Gil*, vinte mil cruzeiros; *José Martinelli*, cem mil cruzeiros, *Vi-tória Peres de Oliveira*, quinhentos cruzeiros, num total de *centro e trinta mil e quinhentos cruzeiros*.

Não sei se essa espontaneidade proveiu da causa, a todos simpática — a cancerologia — ou do empenho com que o Presidente da nóvel instituição solicitou a cooperação de elementos estranhos à classe médica. Pois bem, êstes cento e trinta mil e quinhentos cruzeiros, eu entregarei intactos à nova Diretoria. Pelo relatório do Dr. Sérgio de Azevedo, que se acha aqui, à disposição dos interessados, ver-se-á que a Sociedade possui Cr\$ 134.783,00, assim distribuídos: em caixa Cr\$ 14.783,00; depositados no Banco da Província do Rio Grande do Sul, em nome do Presidente, Cr\$ 120.000,00.

Agora, ao dar início à votação, cabe-me declarar que eu veria, com prazer, a sanção da chapa ora apresentada.

No meu fraco entender, ela constitui uma garantia para o futuro da Sociedade.

São nomes que já deram prova de sua dedicação, espírito associativo, amor à cancerologia e ao progresso da ciência médica. São homens dignos, à altura da tarefa que se lhes deseja impôr no

próximo biênio. A mim, particularmente, e ao *Serviço Nacional de Câncer*, será sobremodo grata a eleição da futura Diretoria na chapa apresentada.

Os candidatos à Presidência e Vice-Presidência, *Arberto Coutinho*, *Sérgio Azevedo* e *Costa Junior*, são, tanto quanto eu próprio, feitos na boa escola de amor ao trabalho e boa ética profissional.

Dois, são tanto quanto eu, esforçados batalhadores em prol do bom nome do *Serviço Nacional de Câncer* substitutos na minha responsabilidade burocrática e técnico-profissional, caso venha a delas me afastar, temporária ou definitivamente. Julgo, assim, bem entregue os destinos da Sociedade. *Costa Junior* é colaborador oficioso do S.N.C., amigo, frequentador e apreciador do nosso mistér. Acaba até de instalar um Serviço na Santa Casa que êle deseja fazer nos moldes ou continuação do Serviço Nacional de Câncer. Ainda em postos graduados da nova Diretoria, estão inscritos candidatos da casa como Tesoureiro e como Secretário Geral. O orador, um assíduo, inteligente, eloquente e cooperante membro da Sociedade. Bendigo assim o futuro da nossa Sociedade com a aprovação da chapa apresentada.

Espero que o ambiente associativo continue na mesma atmosfera de cordialidade, coleguismo, honestidade científica e respeito mútuo às idéias emitidas, sempre no aperfeiçoamento da nossa medicina.

A seguir, pede a palavra o Dr. Alberto Coutinho, que invocando o art. 11 dos Estatutos, propõe seja concedido o título de Presidente honorário ao Prof. Mário Kroeff, cujo mandato ora se expira. A proposta do Dr. Alberto Coutinho foi aprovada com uma salva de palmas. Fazendo uso da palavra, o Dr. Sér-

gio Azevedo pede seja consignado em ata, um voto de grande louvor ao Presidente Kroeff, extensivo à tóda Diretoria pela maneira brilhante com que se conduziram na direção da Sociedade nestes dois últimos anos, o que foi aceito com grande salva de palmas.

Passa-se em seguida à eleição cujo resultado foi o seguinte:

DIRETORIA

Presidente — Dr. Alberto Coutinho

1º Vice-Presidente — Dr. A. F. da Costa Junior

2º Vice-Presidente — Dr. Sérgio Azevedo

Secretário-Geral — Dr. Jorge de Marsillac

1º Secretário — Dr. Adayr Eiras de Araujo

2º Secretário — Dr. Francisco Fialho

1º Tesoureiro — Dr. Amador Corrêa Campos

2º Tesoureiro — Dr. João Jacques Dornelles

Diretor do Museu — Dr. José Castro Sthel Filho

Diretor da Revista — Dr. Luiz Carlos de Oliveira Junior

Diretor da Biblioteca — Dr. Turíbio Braz

Orador — Dr. Américo Valério.

COMISSÕES CIENTÍFICAS

Comissão de Cirurgia:

Joaquim de Britto
Jorge de Moraes Grey
Miguel Calmon Filho.

Comissão de Dermatologia:

J. Ramos e Silva
Hildebrando Portugal
Rubem David Azulay.

Comissão de Educação Social:

Mário Kroeff
Alvaro Doria
Nicolau Barbeito.

Comissão de Ginecologia:

Sylvio Lengruher
F. Victor Rodrigues
Turíbio Braz.

Comissão de Hematologia:

Carlos Cruz Lima
Fernando Veiga Carvalho
Vital Fontenelle.

Comissão de Medicina:

Sérgio Azevedo
Granadeiro Neto
Sinval Augusto Lins.

Comissão de Neurologia:

Deolindo Couto
Frederico Mac Dowell
Paulo Niemeyer.

Comissão de Oto-rino-laringologia:

David Sanson
Georges da Silva
Roberto Marinho.

Comissão de Odontologia:

Cláudio Mello
Salles Cunha
Manoel Ballian.

Comissão de Patologia:

Amadeu Fialho
Francisco Fialho
Cândido de Oliveira.

Comissão de Policia:

Alberto Coutinho
Mário Kroeff
Alvaro Osório de Almeida.

Comissão de Radiologia:
Evaristo Machado Neto
Nicola Caminha
Emílio Amorim.

Comissão de Radioterapia:
Osolando Machado
A. F. da Costa Junior
Cláudio Barros Barreto.

Comissão de Urologia:
João B. Vianna

Gustavo Gouveia
Américo Valério.

Comissão de Veterinária:
Paulo Dacorso
Francisco Carvalho Silva
Rubem Pecego.

Comissão de Enfermagem:
Rosaly Taborda
Zilda Ramos
Marina Bandeira de Oliveira.



Exposição Educativa de Combate ao Câncer

O "MÊS DA CAMPANHA CONTRA O CÂNCER" foi levado a efeito nesta Capital no decurso do mês de novembro de 1948, sob o patrocínio do JOCKEY CLUB BRASILEIRO e orientação técnica do SERVIÇO NACIONAL DE CÂNCER. A campanha teve dupla finalidade: educativa, fazendo chegar ao público conhecimentos indispensáveis à prevenção contra a doença, e assistencial, angariando os fundos necessários ao amparo das vítimas, que por ignorância, medo ou negligência, deixaram evoluir demasiado suas lesões. Um album foi editado com objetivo de servir de molde a outras campanhas que acaso desejem seguir o seu roteiro. Nele, figuram todos os elementos da EXPOSIÇÃO EDUCATIVA DE COMBATE AO CÂNCER, que foi instalada à rua 13 de Maio, 23 — Edifício Darke — por gentileza do respectivo proprietário, Sr. Mário d'Almeida.

Este certame serviu para demonstrar ao público os malefícios que o mal acarreta, ao lado da curabilidade da doença, quando oportunamente descoberta e tratada. Serviu ainda de advertência aos que descuidam a própria saúde, não procurando a tempo os recursos que a medicina pôde oferecer em benefício dos mais avisados.

Os leitores encontrarão ali consignadas tôdas as palestras e conferências educativas proferidas durante o "Mês do Câncer", não só pelos técnicos do SERVIÇO NACIONAL DE CÂNCER, como ainda por especialistas de renome.

Artigos da imprensa leiga também se acham transcritos, ao lado de impressões, críticas e comentários à iniciativa de tão elevada importância médico-social.

Neste particular, é de justiça resaltar a atuação da "Agência Nacional", do repórter "Esso", das estações radiofônicas da Capital e da imprensa do País, que muito contribuíram para o êxito da Campanha, difundindo conselhos educativos da maior importância, do ponto de vista da defesa contra a doença.

O MINISTÉRIO DA VIAÇÃO prestou seu concurso, emitindo um selo postal e mandando imprimir 5.000 folhinhas, comemorativas da Campanha contra o Câncer para serem vendidas aos filatelistas.

A RÉDE FEMININA DE EDUCAÇÃO NO COMBATE AO CÂNCER é mencionada como acontecimento auspicioso, pois visa arregimentar o maior número possível de mulheres interessadas na preservação da própria saúde e dos entes que lhes são caros.

A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA AOS CANCEROSOS que já mantém um asilo para indigentes à rua Magé, 326, na Penha Circular, viu compensado seu esforço na cooperação pública.

Coletas foram realizadas por meio de listas, entre particulares, casas comerciais e estabelecimentos bancários; o público colaborou mandando apôr em suas compras do mês de novembro um selo de um cruzeiro em favor do asilo dos cancerosos; diversos festivais de benefício foram realizados, sendo da maior repercussão social o "Garden-Party" levado a efeito no solar Henrique Lage.

O JOCKEY CLUB BRASILEIRO organizou ainda um prêmio denominado "CAMPANHA CONTRA O CÂNCER", destinando aos cancerosos desvalidos a renda líquida do movimento do páreo.

A Campanha finalizou com um recital de canto da Sra. Alice Reichner Henrique, realizado no Instituto Nacional de Música, ainda em benefício da Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos.

MÁRIO KROEFF

IMPRESSÕES DOS VISITANTES À EXPOSIÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DO CÂNCER, REALIZADA EM NOVEMBRO DE 1949

— Faço votos que o seu grande esforço de muito amor, tenha a recompensa merecida, nesta patriótica campanha.

Carlos Rohr

— Esta exposição é mais um grande serviço do Serviço Nacional de Câncer. Instruir sobre os perigos e a frequência de tão terrível mal é dos maiores fatores para seu tratamento em tempo útil.

Og de Almeida e Silva



