

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

- Órgão oficial do Serviço Nacional de Câncer -

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

Diretor Geral — MÁRIO KROEFF

Diretor Responsável — SÉRGIO 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 I

Dezembro, 1947

Número 2



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.

SUMÁRIO

	Página
ARTIGOS ORIGINAIS	
Tumores da mandíbula — Mário Kroeff e Alberto Coutinho	5
Câncer das cicatrizes — Moacyr Santos Silva e Francisco Fialho	67
CASOS CLÍNICOS	
Dois casos de Mieloma Solitário — Mário Kroeff e Francisco Fialho	79
DIAGNÓSTICO PRECOCE	
Diagnóstico precoce do Câncer do lábio — Luiz Carlos de Oliveira Júnior	87
DIVULGAÇÃO	
Pesquisas sobre o Câncer — Atividades do 4.º Congresso Internacional — Antonio Prudente de Moraes	91
PERGUNTAS E RESPOSTAS	
O Câncer é Hereditário? — Sérgio Azevedo	97
RESUMOS CONDENSADOS E ANÁLISES	
Cirurgia	99
Diagnóstico	103
Radioterapia	106
Patologia	107
Miscelânea	108
NOTICIÁRIO	
IV Congresso Internacional de Pesquisas sobre o Câncer	113
Resenha da luta contra o Câncer no Brasil	113
Curso de Extensão Universitária sobre Câncer	115
Viagem a Curitiba	116



ARTIGOS ORIGINAIS

TUMORES DA MANDÍBULA

MÁRIO KROEFF e ALBERTO COUTINHO

○ ESTUDO dos tumores da mandíbula constitui um dos capítulos mais interessantes da patologia óssea, dada a variedade histológica e o quadro clínico oferecido. Reclama por isso noções de patologia geral e especializada. Não poderia ser de outro modo, porque os tumores dos maxilares têm origens várias, ligando-se a processos inflamatórios, específicos, metabólicos, embrionários, celulares, glandulares e fatores outros, ainda desconhecidos. São as formações dentárias que dão aos maxilares feição própria e constituem substrato à maior parte das neoplasias primitivas destes ossos, filiadas nas mais das vezes a perturbação da odontogênese.

Do ponto de vista clínico, os tumores da mandíbula têm aspeto multiforme, o que torna difícil muitas vezes apontar-lhes a sua natureza. Basta lembrar que até mesmo os benignos podem crescer, deformar, recidivar e trazer perturbações de tal ordem, que merecem por isso, sem favor, entrar na categoria das entidades malignas. Por outro lado, êsses tumores benignos sofrem frequentemente metamorfose de sua arquitetura e tornam-se malignos.

O diagnóstico clínico em geral não satisfaz.

A radiologia é elemento imprescindível hoje em dia na diagnose das lesões mandibulares. Sua contribuição é tão importante que, em certos casos, não só firma o diagnóstico de séde, como de espécie, porque há imagens típicas para cada lesão óssea mandibular.

O exame histopatológico do tumor é indispensável para esclarecer a origem e natureza da lesão e em muitos casos completa o dado radiológico.

O tratamento dos tumores da mandíbula está entre a cirurgia e as irradiações, sendo que naquela, entra a maioria dos casos. Na indicação terapêutica, é capital o diagnóstico exato da neoplasia, se benigna ou maligna e, numa e noutra hipótese, a natureza da lesão.

A cirurgia vai desde a excisão superficial da lesão tumerosa até a osteotomia parcial, segmentária ou total. Se fôr empregada a eletro-cirurgia, pode aproveitar-se o poder de osteogênese, sobremodo acentuada na mandíbula, para refazer, sem grande deformação, as perdas de substância óssea, quer parciais, subperiósticas, ou mesmo segmentárias, circunferenciais, como veremos em algumas de nossas observações.

O radium e os raios X são também utilizados como agentes terapêuticos. Cumpre notar, entretanto, que os tumores mandibulares são em geral rádio-resistentes, como a maioria dos blastomas ósseos. Ainda mais, a mandíbula assim como tem grande poder de regeneração óssea, possui acentuada sensibilidade à necrose radiológica.

Na classificação, contam-se duas espécies principais de tumores: uma, própria dos maxilares, de origem dentária; outra, do sistema ósteo-medular, comum a tôdas as peças do esqueleto. Uma terceira variedade, que pode ser anexada a êste estudo, é a dos tumores propagados e metastáticos.

CLASSIFICAÇÃO DO S. N. C.

- 1.º Tumores de origem dentária: {
 a) Cistos odontogênicos { Folicular
 b) Adamantinoma { Radicular
 c) Odontoma { Periodôntico
- 2.º Tumores mesenquimatosos: {
 a) Fibroma
 b) Condroma
 c) Osteofibroma
 d) Osteoma { Fibrosarcoma
 e) Sarcoma { Condrosarcoma
 Sarcoma osteogênico
 Reticulosarcoma { Tumor de Ewing
 Mielosarcoma
- 3.º Mieloplaxoma
- 4.º Mieloma
- 5.º Tumores metastáticos {
 Epiteliais
 Mesenquimatosos
- 6.º Formas clínicas pseudo-tumorosas {
 a) Osteíte fibrosa { Doença de Recklinghausen
 Doença de Paget.
 Leontíase óssea
 b) Linfogranulomatose
 c) Osteomielite
 d) Sífilis
 e) Tuberculose

Estabelecida a classificação dos tumores da mandíbula, estudaremos alguns dos casos do *Serviço Nacional de Câncer*, que são os seguintes:

a) Cistos odontogênicos; b) adamantinoma; c) fibroma; d) osteoma; e) tumores de células gigantes; f) mieloma; g) leontíase óssea; h) tumores secundários.

No *Serviço Nacional de Câncer*, entre 9.950 doentes matriculados, houve 44 casos de tumores primitivos da mandíbula com diagnóstico histopatológico firmado e distribuídos na seguinte proporção; sem contar os que não foram à biopsia:

Tumor de células gigantes	11
Adamantinomas	6
Cistos Odontogênicos	5
Fibroma	18
Osteoma	1
Osteomielite	3

CISTOS ODONTOGÊNICOS

Os cistos odontogênicos são formações de natureza epitelial e sua origem prende-se à odontogenia. De acôrdo com a classificação de Kurth Thomaz, podem ser divididos do seguinte modo:

I — *Cisto folicular*, proveniente do órgão do esmalte e do germe dentário:

- a) Simples — sem formação dentária.
 b) Dentígero — contendo dente.
 c) Com odontomas — um odontoma no cisto.
 d) Múltiplo — com dois ou mais cistos.

II — *Cisto radicular*, formado por granuloma dentário e restos epiteliais:

- a) Simples ou unilocular.
 b) Múltiplo ou multilocular.

III — *Cisto periodôntico* — formado ao lado de um dente ou entre dois.

a) Tipo formado a custa de inclusão epitelial na união dos processos embrionários.

b) Tipo folicular — formado por elementos de esmalte supernumerários ou por órgão do esmalte existente ao lado de um dente.

c) Tipo radicular — formado por granuloma epitelial, ao lado de um dente ou de um saco epitelial gengival.

Os *cistos odontogênicos* provêm dos elementos formadores dos dentes em desenvolvimento retardado ou excessivo, como também dos chamados restos dentários. Essas anomalias evolucionais processam-se em qualquer fase da odontogênese, resultando assim as mais variadas formas de cistos dentários, desde os mais simples, que são representados por delgadas lâminas epiteliais forrando uma cavidade, até as formas mais completas nas quais se encontram, ao lado do elemento epitelial, formações altamente diferenciadas. Num caso de Bayer, havia um canino da 1.^a dentição e um canino permanente, indicando a fusão de dois cistos originais. Nelaton encontrou cavidade cística, dentro de um dente bem formado, ao lado de numerosos rudimentos dentários e com simples bolsas epiteliais.

Os cistos odontogênicos são afecções próprias do adolescente e do adulto jovem, observados também raras vezes em pessoas idosas. Sua evolução processa-se lentamente sem sinais subjetivos ou objetivos apreciáveis, mesmo ao atingir grandes proporções. Os cistos volumosos chegam a produzir deformação facial, modificando, por distensão progressiva, a forma e espessura da mandíbula. A lâmina cortical torna-se fina, de consistência diminuída, e chega, não raro, à fratura espontânea. Os cistos mandibulares, comprimindo os elementos nervosos, contidos no canal dentário, trazem transtornos da sensi-

bilidade do mento, exteriorizadas às vezes por hipoestesia. Há doentes que chegam a apresentar distúrbios da fonação e mastigação, consecutivas a perturbações de ordem mecânica nos volumosos cistos dentígeros.

Os cistos radiculares, como surgem na sequência de processos dentários sépticos, são formações infectadas, bem ao contrário dos foliculares.

O diagnóstico clínico baseia-se na idade do paciente, em sua evolução silenciosa, indolor e lenta, aliada algumas vezes à ausência congênita de um determinado dente no rebordo alveolar.

A radiologia constitui meio de diagnóstico de grande valor nas afecções da mandíbula, principalmente quando cabe elucidar questões referentes aos cistos dentígeros. As imagens fornecidas mostram não só a formação cística, única ou multilocular, com ou sem inclusão dentária, mas também o grau de rarefação óssea e o estado da cortical. Orientam de tal modo o diagnóstico, que por vezes bastam para determinar a origem da afecção. Mesmo quando tudo leva a supor a existência de cisto odontogênico, não se deve dispensar o exame histo-patológico para formular-se a boa indicação terapêutica.

O tratamento dos cistos odontogênicos é cirúrgico e a técnica varia com o caso, tamanho do cisto e respectiva localização. Resume-se geralmente na extirpação do cisto, mediante ressecção de uma das paredes, e sobretudo curetagem da cavidade para remoção de toda membrana que o atapeta internamente. Uma vez desnudado de seu revestimento e entregue à granulação por segunda intenção, o remanescente de cavidade óssea vai com o tempo desfazendo-se.

EMBRIOLOGIA DO DENTE

No 6.^o mês de vida embriológica aparece um espessamento no epitelio oral. (OE). Fig. 1. Êste é o núcleo do futuro dente. À medida que êsse broto do epi-

telio oral continua proliferando para formar o dente, sua invaginação começa a tomar forma (TB). Nesta fase notam-se sinais de especialização do tecido conjuntivo subjacente. Êste é o sinal precoce da

se processarão na fase seguinte. O esmalte e a dentina são claramente visíveis. O esmalte forma-se de dentro para fora e a dentina de fora para dentro. A bainha de Hertwig começa a formar-se. Esta é

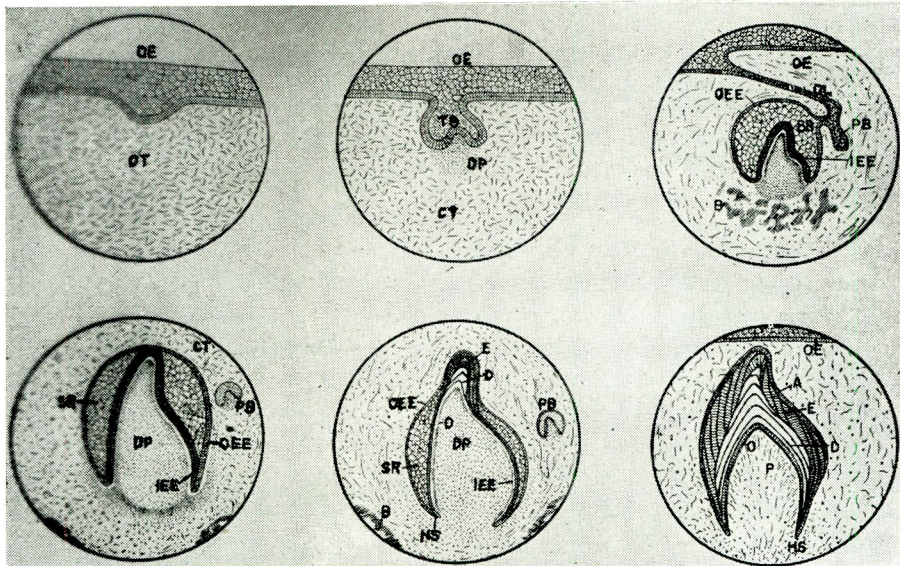


Fig. 1. — "Atlas of Dental and oral Pathology". (Chicago, 1942).

papila dentária (DP). Em seguida aparecem sinais de diferenciação celular e o embrião dentário começa a tomar forma. Nesta fase, as partes componentes já podem ser reconhecidas: lâmina dentária (DL); embrião dentário permanente (PB); epitélio do esmalte externo (OEE); epitélio interno (IEE), e retículo estrelado (SR). A papila dentária já então se apresenta bastante diferenciada para assumir sua função. Isto corresponde ao 4.º mês de gestação.

Na primeira fase da formação tecidual, começa a aparecer o esmalte e a dentina. O retículo estrelado mostra condensação e sinais iniciais de desintegração. O embrião dentário permanente separa-se então da lâmina dentária, mostrando sinais de especialização. As mesmas mudanças que ocorrem nos remanescentes do germen dentário

uma estrutura importante na determinação da forma do ápice dentário. Nesta fase, o osso começa a aparecer em torno do dente, sem sinais de conexão do dente embrionário.

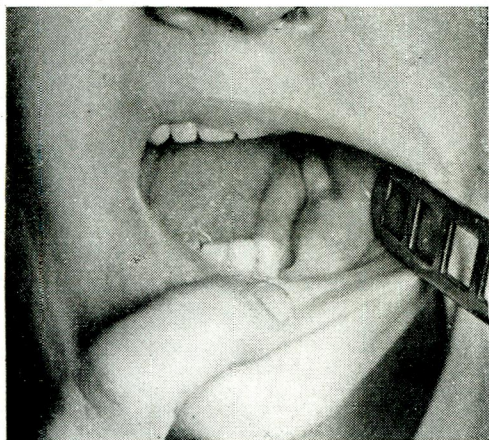
No último desenho (à direita, em baixo), o esmalte e a dentina diferenciam-se rapidamente. As linhas de Owen na dentina e as estrias do Retzins no esmalte podem ser vistas claramente. (Atlas of Dental and oral Pathology).

CISTO FOLICULAR NÃO DENTÍGERO

Registo n.º 1.350 — Mulher de 42 anos, branca, procurou o Serviço em 11-10-1944.

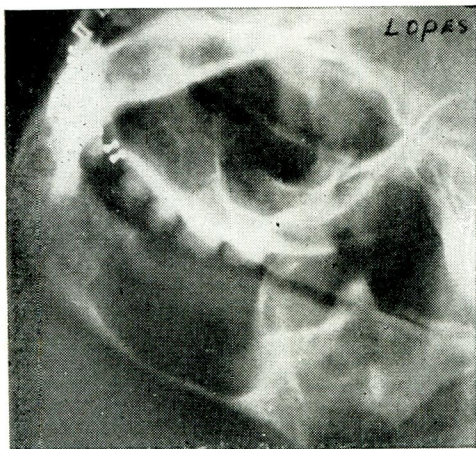
Doença local: — Há um ano, notou no rebordo alveolar inferior esquerdo, pequeno tumor que logo no fim de três meses atingia o tamanho de uma azeitona. Daí, o crescimento continuou a fazer-se lentamente, com dores apenas na mastigação. Nêstes últimos dias, tem sentido dor-mência na face.

Exame local: — À inspeção da face, nenhuma anormalidade. Movimentos da mandíbula conservados. No exame endo-bucal, verifica-se pequeno tumor do volume de uma azeitona, implantado no



Reg. 1.350. — Tumor mandibular, alargando os diâmetros do rebordo alveolar.

rebordo alveolar inferior esquerdo, no espaço correspondente aos 2.^o e 3.^o pré-molares, já extraídos. Seu eixo é paralelo ao ramo da mandíbula. A



Reg. 1.350. — Imagem cística, unilocular, arredondada, com 3 cents. de diâmetro, localizada ao nível dos grossos molares esquerdos. O processo osteolítico faz desaparecer o limite alveolar e reduz a cortical no bordo inferior da mandíbula.

mucosa, que o recobre, evidencia certo grau de distensão e, por transparência, mostra conteúdo líquido (cavidade cística). Os limites do tumor são regulares e excedem os rebordos alveolares da

mandíbula, para dentro e para fóra. À palpação, sente-se que o tumor é de conteúdo líquido e a pressão dolorosa. Ausência de adenopatias cervicais e sub-maxilares.



Reg. 1.350. — Cisto folicular não dentífero. A parede do cisto é constituída de tecido conjuntivo fibroso e revestida de epitélio estratificado.

Radiografia: — “Imagem cística, unilocular, de forma oval, tendo aproximadamente 3½ X 2½ cms., localizada na região dos grossos molares. O processo osteolítico faz desaparecer o limite alveolar e reduz consideravelmente a cortical, no bordo inferior da mandíbula.” (a) Evaristo Machado.

Tratamento: — Operada sob anestesia troncular, em 17-10-944 tendo sido praticada extirpação do tumor pela coagulação.

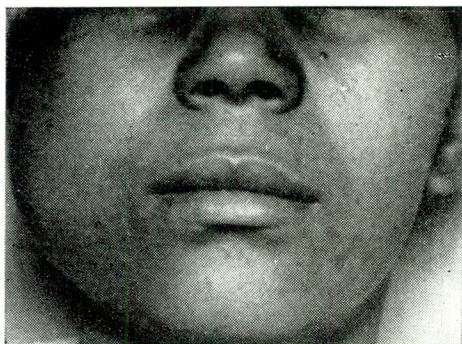
Histologia: — O exame da peça revelou: “cisto folicular não dentífero. Em sua cavidade encontram-se abundantes cristais de colesterina cercados por tecido de granulação”. F. Fialho.

Resultado: — Re-examinada doze meses após, encontrava-se completamente curada.

CISTO FOLICULAR DENTÍGERO

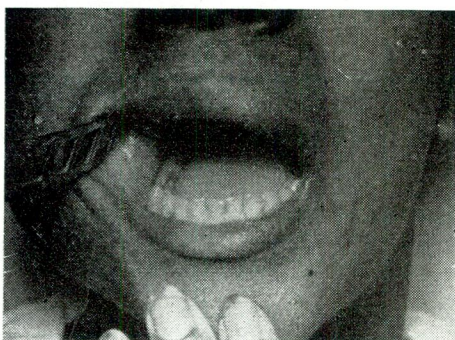
Registo n.º 1.357 — Mulher de 23 anos, parda, doméstica, foi enviada ao Serviço em 24-10-1944.

Doença atual: — Data sua doença de 6 meses. Notou casualmente pequeno tumor na região geniana direita que lhe causava dores em



Reg. 1.357. — Tumefação facial resultante de tumor da mandíbula.

forma de agulhadas, mórmente quando abria a boca. Seis meses antes de sua doença atual, teve uma fistula na raiz do primeiro molar inferior direito, em consequência de obturação mal praticada. Há dois meses, teve violenta dor de

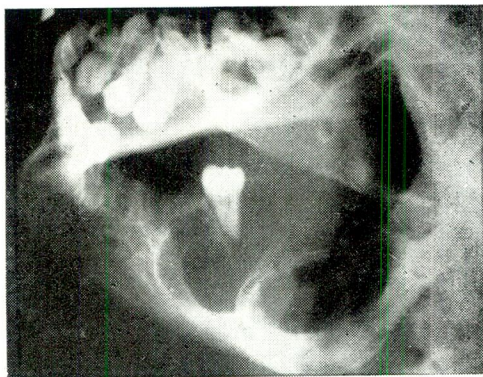


Reg. 1.357. — No rebordo alveolar inferior direito, nota-se a saliência de um tumor recoberto de mucosa de aspecto normal.

dente com inchação do rosto e escoamento de líquido esverdeado pela fistula. Feita radiografia dentária, ficou evidenciada pequena destruição óssea no local da fistula, razão por que procurou este Serviço.

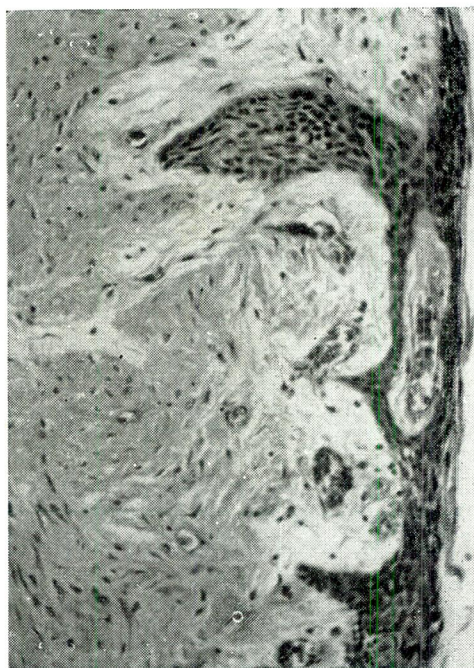
Exame local: — À inspeção, verifica-se acentuada assimetria facial, criada por volumosa tumefação que ocupa as regiões genianas direitas. A pele, que a reveste, apresenta aspecto normal. A doente abre e fecha a boca normalmente. Pela

palpação, o tumor é de consistência elástica, ligeiramente doloroso e faz corpo integrante com o plano ósseo da mandíbula. Mede no sentido



Reg. 1.357. — Imagem radio-transparente de aspecto policístico, contornos nítidos, tomando todo o ramo ascendente e a porção posterior do ramo horizontal. Na porção anterior dessa imagem verifica-se a existência de um grosso molar, provavelmente o do siso. Trata-se de um cisto folicular ou eventualmente um adamantinoma.

antero-posterior 8 cms. e 10 no vertical. Na inspeção endo-bucal, observa-se formação tumerosa recoberta de gengiva sã, ocupando todo o espaço vestibular desde a porção retro-molar até a im-



Reg. 1.357. — Cisto folicular dentígero. Parede cística revestida por epitélio do tipo estratificado e tecido conjuntivo fibroso.



plantação do 2.º pré-molar direito. O rebordo alveolar está ocupado por tumor, de superfície lisa e de consistência óssea. Pequenos gânglios sub-maxilares direitos sem expressão clínica.

Radiografia da mandíbula: — “Imagem radiotransparente de aspecto policístico, contornos nítidos, tomando todo o ramo ascendente e a porção posterior do ramo horizontal. Na porção anterior dessa imagem, verifica-se a existência de um grosso molar, provavelmente o do sizo. Trata-se de um cisto folicular ou eventualmente um adamantinoma”. (a) *Evaristo Machado*

Biópsia: — Cisto folicular dentífero. B. 1.713.

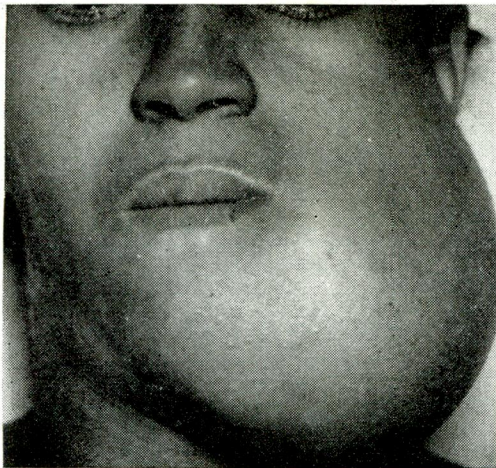
TRATAMENTO: — Operada em 8-11-1944 sob anestesia local, pelos Drs. Mario Kroeff e Alberto Coutinho, tendo sido praticada a trepanação, curetagem e drenagem do tumor mandibular. Durante o ato operatório, verificou-se que a cavidade mandibular se achava revestida uniformemente por membrana, cujos caracteres macroscópicos se assemelhavam à mucosa local.

RESLUTADO: — Revista em 14-6-1946, foi achada em condições de cura, com restauração completa da morfologia facial e mandibular.

CISTO FOLICULAR

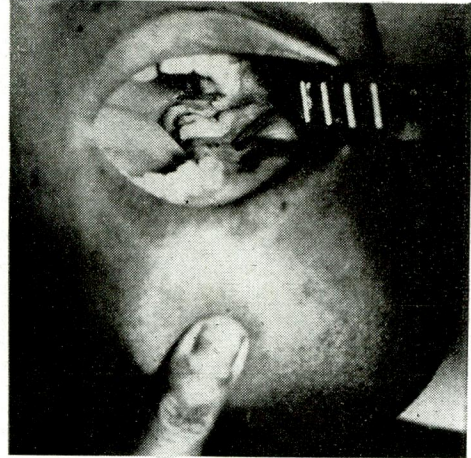
Reg. 1.088: — Mulher preta, de 21 anos, procurou o Serviço em 8-10-1943.

Doença atual: — Data de 5 anos. Iniciou-se com tumefação dura e indolor, fazendo corpo com



Reg. 1.088. — Grande tumor da hemi-face esquerda, fazendo corpo com o ramo horizontal da mandíbula — Adamantinoma.

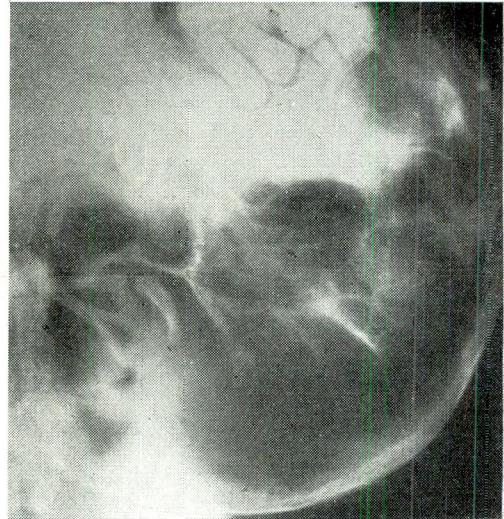
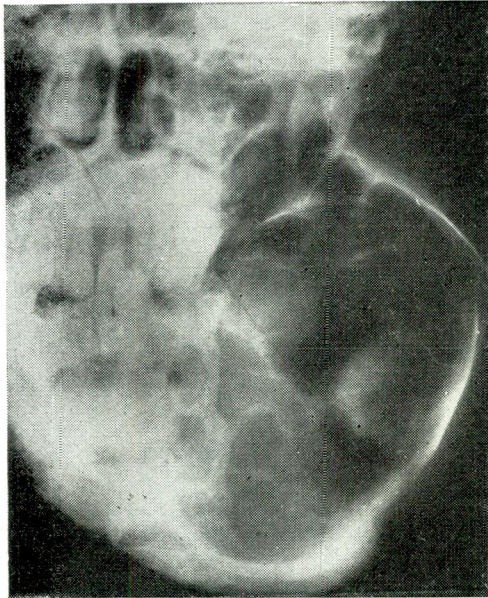
o ramo horizontal esquerdo da mandíbula. A tumefação aumentou progressivamente de volume, até tomar as dimensões atuais. Há um ano, por sentir dores no local e notar alguns dentes abalados, procurou um dentista que extraiu 2 deles, sem obter melhoras. Há 2 meses, o tumor fistulizou para dentro da boca, vasando desde então



Reg. 1.088. — Mesmo caso anterior. A inspeção endo-bucal mostra que o tumor toma toda a arcada alveolar esquerda, espessando-a em toda a circunferência cerca de cinco vezes seu diâmetro.

continuamente líquido amarelo-citrino. Quando muda bruscamente a cabeça de posição, ouve ruído de vasculêjo no interior do tumor.

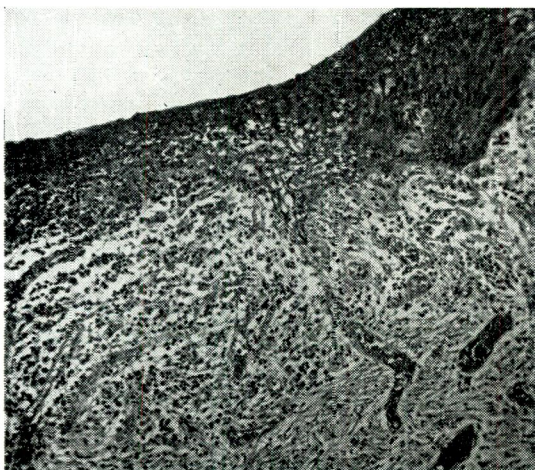
Exame local: — Pela inspeção, nota-se a hemi-face esquerda deformada pela presença de volumoso tumor, de superfície lisa e uniforme, do tamanho de uma laranja. Pela palpação, verifica-se que o tumor faz corpo com o ramo esquerdo da mandíbula e apresenta superfície irregular. A consistência é dura em seu contorno e elástica nos pontos mais acuminados. A articulação temporo-mandibular não está prejudicada, pois a doente abre e fecha normalmente a boca. Pela inspeção endo-bucal, verifica-se alargamento do rebordo alveolar inferior esquerdo, que tomou a espessura de 4 cms. e está dividido em dois pela impressão deixada pelos dentes da arcada superior. O 3.º molar inferior esquerdo acha-se desviado, prestes a ser eliminado. Junto desse dente, há pequeno trajeto fistuloso por onde escôa líquido sero-purulento, de côr amarelada. Apesar de ter extraído apenas 2 dentes, verifica-se a falta do 2.º pré-molar e 2.º grosso molares in-



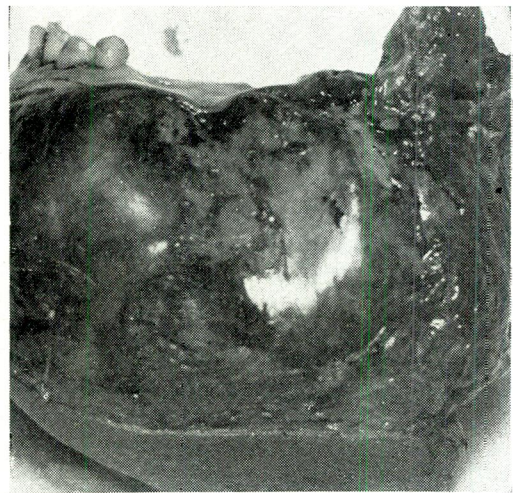
Reg. 1.088. — Tumor policístico, interessando toda a metade inferior da mandíbula e alargando consideravelmente os diâmetros do osso. Adamantinoma.

fiores esquerdo. Quando a paciente muda bruscamente a posição da cabeça, ouve-se ruído de vasculejo.

Radiografia da mandíbula: — “Tumor policístico, interessando tôda a metade inferior da mandíbula e alargando consideravelmente os diâmetros do osso”. (a) *Evaristo Machado.*



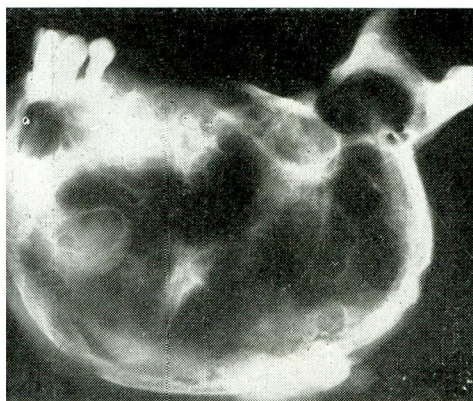
Reg. 1.088. — Parede da formação cística revestida parcialmente por epitélio estratificado (na extremidade superior e direita).



Reg. 1.088. — Peça operatória.

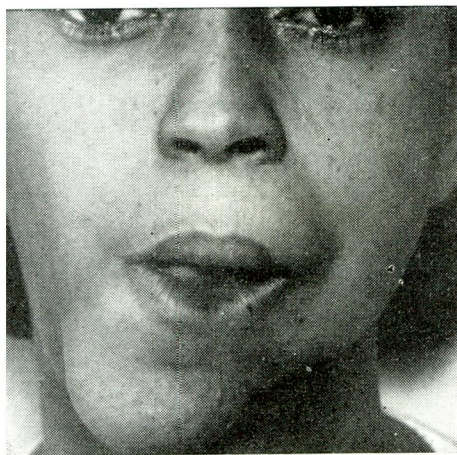
Biópsia: — *Cisto Folicular.*

Tratamento: — Em 19-10-1943 a doente foi operada sob anestesia troncular, tendo sido praticada hemi-secção esquerda da mandíbula. Operadores: A. Coutinho e Luiz Carlos. Sequência operatória normal. Alta em 25-11-43 sob condição de voltar ao Serviço para restauração facial. Não mais deu notícias.



Reg. 1.088. — Radiografia da peça operatória, mostrando por transparência as lojas císticas, sendo que uma junta ao condilo.

NOTA — No caso presente foi praticada a hemiseção com desarticulação temporo-maxilar que havia lesão do condilo, como se pode ver pela radiografia da peça operatória. Quando as lesões forem localizadas, deve-se resecar a mandíbula, deixando regular porção óssea junto da



Reg. 1.088. — A doente depois da hemiresecção mandibular.

iculação para uma possível recomposição do osso mandibular, seja por ossificação espontânea, seguida então a regeneração através de restos de tecido ósseo (processo M. Kroeff), seja por enxertia óssea operatória, a ser praticada posteriormente.

CISTO FOLICULAR DENTÍGERO

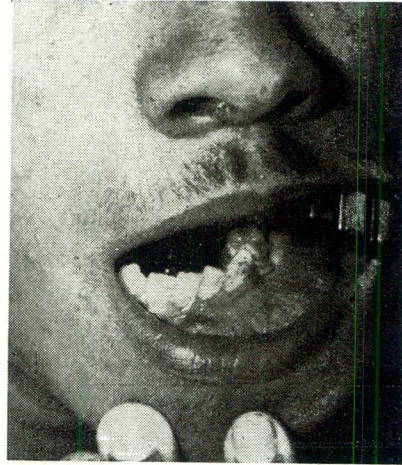
Reg. 9.899 — A. C. C., homem de 18 anos, procurou o Serviço em 10-9-47.

Molestia atual: — Há 2 anos e meio teve forte dor de dente, localizada ao nível do 2.^o molar inferior esquerdo e irradiada a toda a arcada dentária desse lado. Recorreu a dentista que fez evulsão do referido dente, não obtendo melhoras. Data dessa época o aparecimento de pequeno tumor mandibular, ao nível do canino inferior esquerdo que tem crescido lentamente sem trazer sintomas apreciáveis, a não ser o de aumento de volume local. Procurou o dentista que já o havia tratado, recebendo o conselho de procurar serviços médicos.

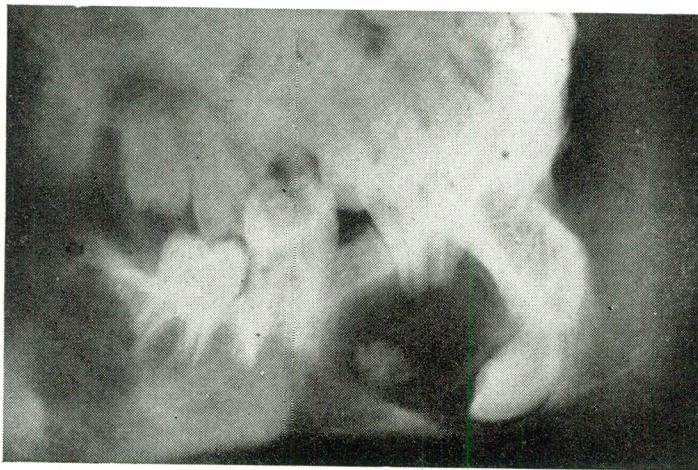
Exame local: — Apresenta tumor no hemiramo horizontal esquerdo da mandíbula. A pele, que o recobre, não mostra qualquer alteração. Pela palpação externa, verifica-se tumor globoso, de consistência mole, mórmente na parte central. Para adiante, limita-se com o mento, ultrapassando o *rafé* além de 2 cms.; para trás, atinge a metade do ramo horizontal da mandíbula; para fora levanta o sulco gengivo-labial, numa extensão de 2 dedos transversos; para baixo, excede o bordo inferior da mandíbula. Pelo exame endobucal, verifica-se que é recoberto de mucosa lisa, distendida e de consistência mole com conteúdo líquido, tenso. Apresenta cápsula formada de fina lâmina óssea, como casca de ovo, já rota em certos pontos. O volume, sede e limites, correspondem aos descritos externamente, sendo que o tumor desenvolve-se a custa de lâmina óssea externa da mandíbula, e é limitado para cima pela fileira dentária desse lado. No rebordo alveolar inferior desse mesmo lado, verifica-se a ausência do canino.

Radiografia: — “Lesão osteolítica, de aspecto cístico, ocupando a metade anterior do ramo horizontal esquerdo da mandíbula, dando aspecto de vidro soprado e contendo um dente em fase avançada de desenvolvimento. Cisto folicular dentígero?”. (a) *Evaristo Machado*.

Tratamento: — Operado em 3-10-47 sob anestesia local pelos Drs. Mario Kroeff e Turibio Braz. Abertura do tumor por trepanação da tábua externa da mandíbula no sulco lábio-gengival. A cavidade cística cuja parede estava constituída de fina lâmina óssea como casca de ovo, foi curetada de modo a ser extirpada toda a cápsula que a revestia. Esta foi eliminada quase por inteiro. O canino incluso na parede óssea foi removido por osteotomia. Regularização com pinça goiva do rebordo ósseo resultante da trepanação. Sulfamida local. Drenagem com gaze.



Reg. 9.899. — Tumor cístico mole, flutuante, do rebordo alveolar inferior esquerdo com ausência do canino na arcada dentária. Cisto folicular dentígero.



Reg. 9.899. — A lesão osteolítica, de aspecto cístico, ocupando a metade anterior do ramo horizontal esquerdo da mandíbula, dando aspecto de "vidro soprado", e contendo um dente em fase avançada de desenvolvimento. Cisto folicular dentígero ?

ADAMANTINOMAS

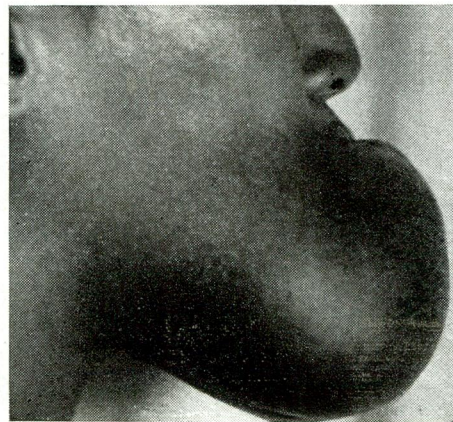
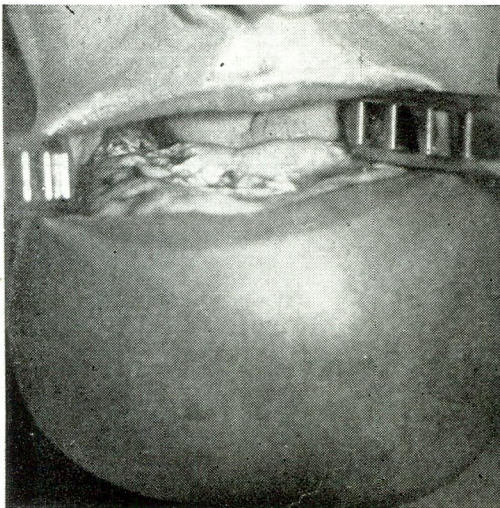
Os adamantinomas ou epitelomas adamantinos são formações epiteliais próprias dos maxilares, de origem ligada à odontogénia.

Clinica : — Tumores relativamente raros e encontrados de preferência nos indivíduos de raça preta. Constituem 12% de

tôdas as formações tumorosas que aparecem nos maxilares. Maior frequência encontra-se na mulher (dois terços) e o aparecimento verifica-se entre 8 e 25 anos. Há casos raros iniciados aos 60 (Coste) e 70 anos (Beohning). São mais comuns na mandíbula do que no maxilar superior, na proporção de um para seis, segundo Geschicter. Crescem lentamente, sem acarretar perturbações de ordem funcional.

Aparecem sob duas formas clínicas : a sólida, com predileção para o maxilar superior, menos frequente e mais grave ; a cística, de localização mandibular, de relativa benignidade. Essa última forma, tanto é composta de uma só cavidade (monocística), como de múltiplas (policística). O conteúdo constitui-se de líquido fluido ou xaroposo, amarelado, com partículas calcáreas que são remanescentes de esmalte imperfeito. Os adamantinomas profundos

mesmo 38 anos (Albarran). Quanto mais vagaroso fôr o crescimento, maior a benignidade. Das duas formas referidas, a cística é a que atinge maiores proporções, produzindo então monstruosas deformidades. Em contraposição, as formas sólidas crescem habitualmente de modo rápido e, como se localizam de preferência no maxilar superior, invadem logo o antro, o nasofaringe e a órbita, dando perturbações visuais, auditivas e até respiratórias.



Reg. 9.830. — Tumor da mandíbula tomando o mento e espessando largamente o rebordo alveolar, adamantinoma.

ou centrais localizam-se no interior dos maxilares, sempre em relação com o ligamento circum-dentário e ápice alveolar. Os adamantinomas superficiais, pouco frequentes, desenvolvem-se no rebordo alveolar, com aspecto de tumor césil ou de épu-lis adamantino.

De acôrdo com a localização, os adamantinomas podem ser tópicos ou ectópicos. Os primeiros desenvolvem-se nos maxilares e os segundos, também chamados aberrantes, são encontrados geralmente na tibia, no ovário e no conduto hipofisário.

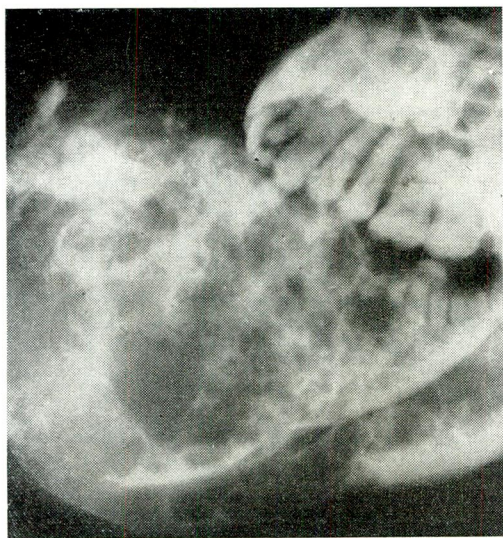
Crescem lentamente, o que constitui característico próprio. Há casos de 18, 25 e

O diagnóstico baseia-se na história clínica, onde usualmente se encontra passado dentário (odontologia). A sede e evolução têm valor como elemento diagnóstico. O tumor mostra-se duro nas formas sólidas e elástico, depressível nas císticas. Nestas, a punção exploradora fornece líquido claro e xaroposo.

Quadro histológico : Os adamantinomas têm origem nos restos peridentais ou resíduos dos elementos formadores dos dentes (Malassez). Histologicamente mostram aspecto diferentes : ou dispõem-se os elementos celulares em forma de coluna sôbre denso tecido conjuntivo (palissadas), ou

mais raramente tomam aspecto de estrutura glandular com aparência de adenocarcinoma. Às vezes a predominância do elemento conjuntivo, entremeado de células epiteliais, dá também a imagem dos sarcomas, o que leva não raro à confusão.

Quadro radiológico é de tumor que expande o osso e composto de formações císticas, umas maiores outras menores, conforme a constituição tumoral tende para estrutura mais sólida ou mais cística.



Reg. 9.830. — Adamantinoma. Considerável aumento dos ramos horizontais da mandíbula que apresentam aspecto radiológico policístico

O aspecto radiológico é semelhante ao dos mioleplaxomas e muitas vezes difícil o diagnóstico. Como nestes, a cortical é afinada, mas geralmente conservada, não havendo rutura. Sempre reforçada por proliferação que vai substituindo a antiga, ela é distendida pelas formações císticas. Fóra dos bordos da lesão, o osso mostra-se normal sem descalcificação, nem hiperostose. Enfim, é a nitidez dos limites, a expansão como osso soprado, as lojas císticas, a distensão da cortical que formam o característico dos adamantinomas.

O *prognóstico* é bom, nos tumores de longa e média evolução, nas formas císti-

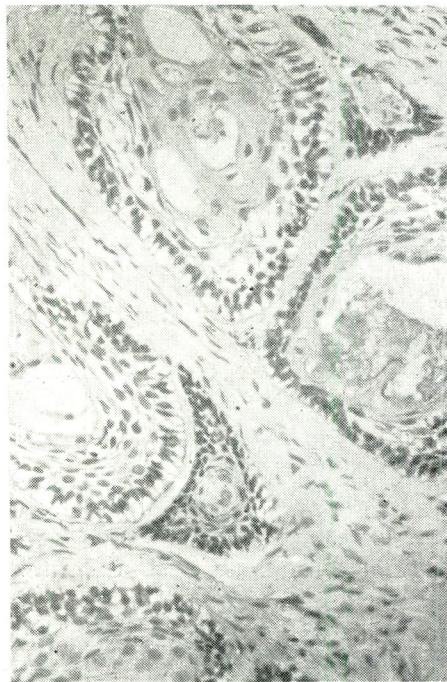
cas e na localização mandibular. Nos adamantinomas sólidos do maxilar superior, o prognóstico deve ser reservado, mórmente nos que se desenvolvem na profundidade, invadindo os órgãos vizinhos. Apesar de seu caráter de relativa benignidade, são tumores passíveis de degeneração maligna, principalmente nas formas sólidas.

O *tratamento* cirúrgico é o único indicado nessa classe de tumores e a cirurgia radical consegue 80% de curas. O tumor deve ser removido por inteiro, pois em caso contrário pode haver recidiva. Os fragmentos de tumor deixados no campo operatório provocam reprodução que se faz às vezes depois de vários anos. Estes, como na formação primitiva, em geral evoluem lentamente.

ADAMANTINOMA

Registo n.º 9.830 — F. C. J., mulher de 26 anos, parda, foi internada no Serviço em 27-8-1947.

Moléstia atual: — Há 14 anos, notou no rebordo alveolar dos incisivos inferiores, pequena



elevação que cresceu lentamente, invadindo a gengiva. O processo evoluiu espessando o mento e deformando a face, sem que sentisse qualquer incômodo. Há 3 meses, a tumefação fistulizou-se acompanhado de dores locais. Até hoje nenhum tratamento.

Exame local: — À inspecção da face, verifica-se volumoso tumor abrangendo a região mentoniana e estendendo-se lateralmente aos ramos mandibulares, com acentuada deformação facial. A pele, que o recobre, é de aspecto normal. Pela inspecção endo-bucal, verifica-se acentuado alargamento do rebordo alveolar inferior, — cerca de quatro dedos. Na altura da implantação dos incisivos medianos, um orifício fistuloso dá saída a líquido amarelo citrino e xaroposo. Ausência de dentes em toda a arcada inferior. Pela palpação, o tumor é de consistência dura, apresentando áreas amolecidas nas porções mais elevadas. Faz parte integrante do plano ósseo com prolongamento para o assoalho da boca. É indolor e a mucosa, que o reveste, apresenta-se espessada, dura, fibrosa. Ausência de adenopatias palpáveis nas regiões submaxilares e cervicais.

Exame radiológico da mandíbula: — “Considerável aumento dos ramos horizontais da mandíbula que apresentam aspecto radiológico policístico. Tumor de células gigantes”. (a) *Evaristo Machado.*

Biópsia: — Adamantinoma — B. 4.066.

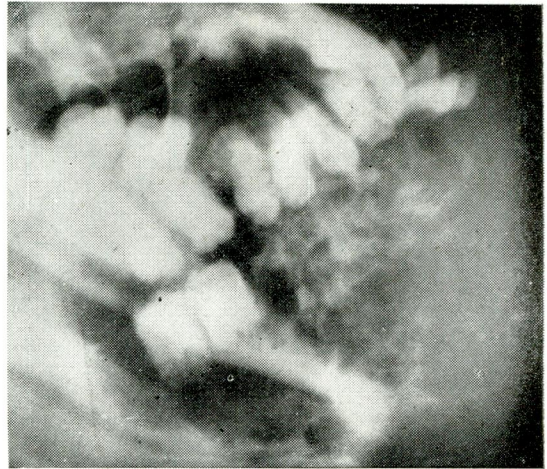
Tratamento: — A doente está em curso de tratamento, tendo sido feito o primeiro tempo operatório: ressecção parcial da mandíbula.

ADAMANTINOMA

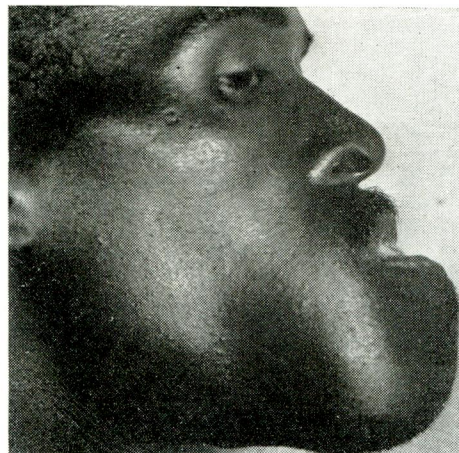
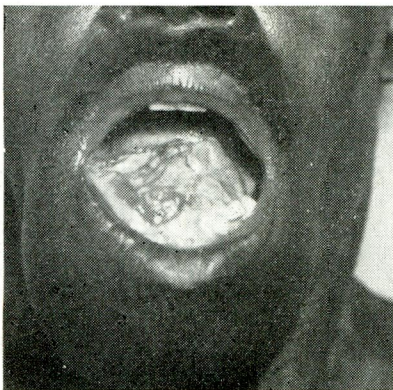
Registro 8.337 — A. C., homem, preto, 42 anos procurou o Serviço em 3-9-1946.

Moléstia atual: — Data sua doença de 10 anos. Começou com pequeno tumor do rebordo gengival inferior que cresceu paulatinamente. Tomou as dimensões atuais sem lhe causar qualquer incômodo.

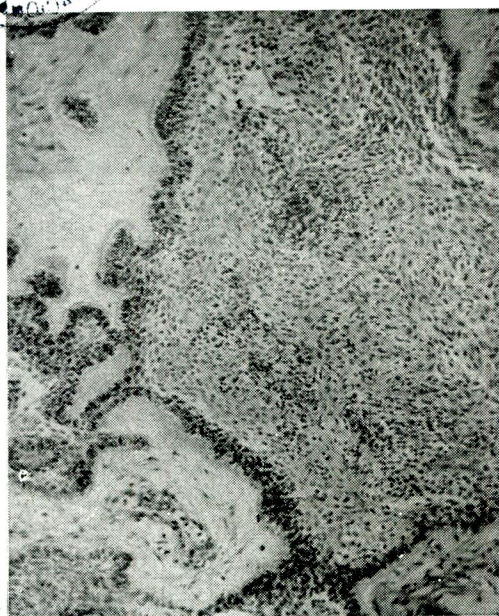
Exame local: — Pela inspecção, observa-se acentuada deformação facial caracterizada pela presença de um tumor do mento. À palpação, é duro, indolor e faz corpo com o plano ósseo.



Reg. 8.337. — Radiog. antes da operação



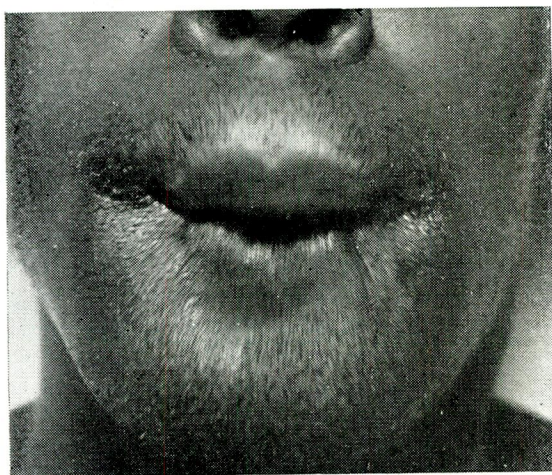
Reg. 8.337. — Grande tumor do mento, fazendo parte integrante do plano ósseo e triplicando a espessura do rebordo alveolar.



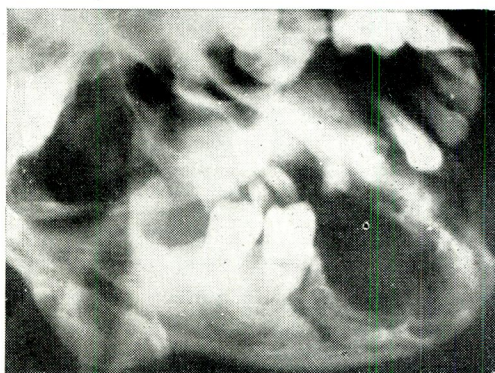
Reg. 8.337. — Adamantinoma.

A inspecção endo-bucal mostra que ocupa o rebordo alveolar inferior em grande extensão e parte do assoalho da boca. A mucosa, distendida e brilhante, não está ulcerada. Pelo toque, a tumefação é de consistência elástica em alguns pontos e dura em outros.

Exame radiológico da mandíbula: — “Formação tumerosa exuberante de aspecto grosseiramente policístico, ocupando a região mentoniana



Reg. 8.337. — Mesmo caso anterior, depois de operado. Ressecção segmentar da mandíbula praticada com a electrocoagulação. Ainda não houve eliminação do sequestro resultante da coagulação.



Reg. 8.337. — Radiog. depois da operação

e cerca dos 2/3 anteriores dos ramos horizontais, com conservação de bordo inferior. Adamantinoma?” (a) *Evaristo Machado*.

Biópsia: — Adamantinoma.

Tratamento: — Operado em 23-10-1946 sob anestesia troncular (dentários inferiores). Coagulação do tumor em toda sua extensão, deixando a descoberto largo segmento ósseo. Operadores: M. Kroeff e J. Marsillac. A sequência operatória procedeu-se sem acidentes. O doente teve alta em 28-10-1946, aguardando ainda a eliminação do sequestro mandibular. Revisto em 4-12-1946, o sequestro ainda se achava preso às partes vivas.

Não voltou mais ao Serviço.

ADAMANTINOMA

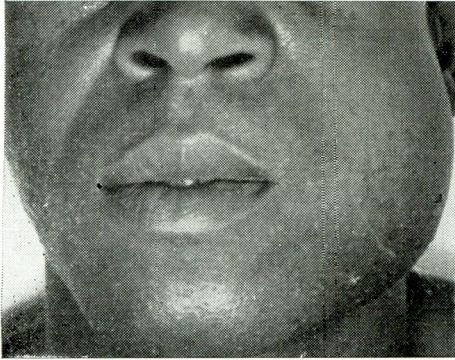
Reg. 275 — Homem, preto, de 35 anos, procurou nosso Serviço em 17-11-1939.

Doença atual: — Data de 14 anos. Início com dores nos molares e pré-molares inferiores esquerdos. Aparecimento de um tumor na região dolorosa, que veio a furo espontaneamente e deu evasão a líquido sero-purulento. Depois deste fato, passou bem durante 20 dias, quando se repetiram as dores dentárias e a inchação do rosto, formando-se novo tumor tal como acontecera na primeira vez. Passada essa segunda crise, notou a presença de nódulos indolores, presos à mandíbula, com as dimensões de um grão de azeitona. Cresceram gradativamente até alcançar no fim de 14 anos, as dimensões atuais. Não obstante seu tamanho, o tumor não o incomoda. Alarmado ultimamente com o volume da tumefação, procurou o Hospital Carlos Chagas, onde lhe extraíram 3 molares e o 2.º pré-molar esquerdo. Foi enviado ao nosso Serviço pelo diretor daquele Hospital, Dr. S. Brauner.

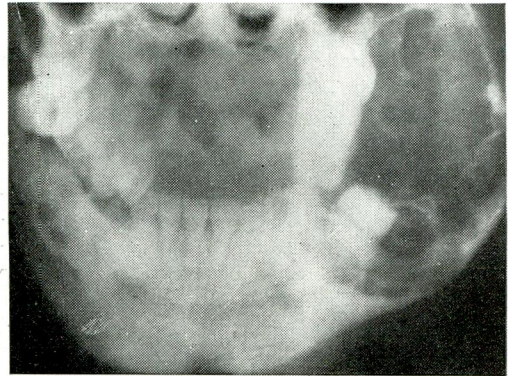


Exame local: — À inspecção, observa-se formação tumerosa na face, ocupando parte da região geniana esquerda. É arredondada, recoberta por pele íntegra, com discreta vascularização venosa superficial. A massa acompanha a man-

tência óssea, fazendo parte integrante da mandíbula. A pele que o recobre, conserva seus caracteres, sem aderências. Nota-se a presença de um nódulo ganglionar, móvel, das dimensões de uma azeitona e localizado por trás do sub-ângulo. À

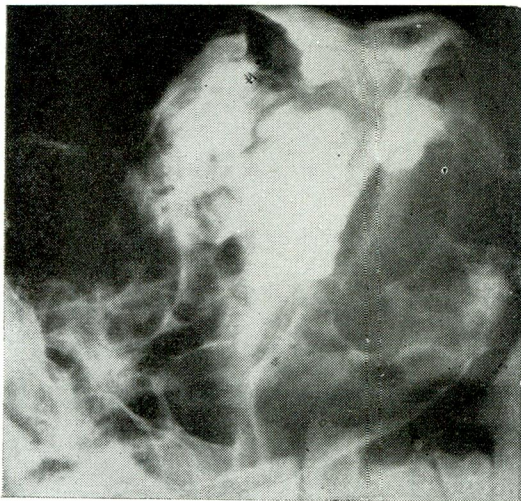


Reg. 275. — Tumor da face. Adamantinoma.



Reg. 275. — Tumor da face. Adamantinoma cístico da mandíbula.

díbula quando o doente abre e fecha a boca. Estende-se desde o sub ângulo e ramo montante da mandíbula, até a altura do canino inferior esquerdo. Na cavidade bucal nenhuma ulceração se verifica na mucosa alveolar que se mostra distendida. Aí sua coloração é de cor roxa-avermelhada, tendo nítidas e escavadas as impressões dos dentes superiores. À palpação externa, cutânea, sente-se que o tumor é indolor, duro, de consis-



Reg. 275. — Radiografia da mandíbula. Grande alteração na estrutura do ramo horizontal e parte do ramo ascendente. A estrutura reticulada foi substituída por grandes zonas rádio-transparentes de aspecto cístico.



Reg. 275. — Adamantinoma. Formação constituída por elementos epiteliaes, limitada por camada de células que se dispõem em palissada.

palpação interna, endo-bucal, através da região vestibular, sente-se o tumor como descrito acima. A taboa interna da mandíbula não foi comprometida.

Exame radiológico: — Grande alteração na estrutura do ramo horizontal e parte do ramo substituída por grandes zonas radio-transparentes de aspecto cístico, em seus delimites, processos de reação esclerótica. (as) *Evaristo Machado.*

A *biópsia* evidenciou — Adamantinoma (as) *A. Fialho.*

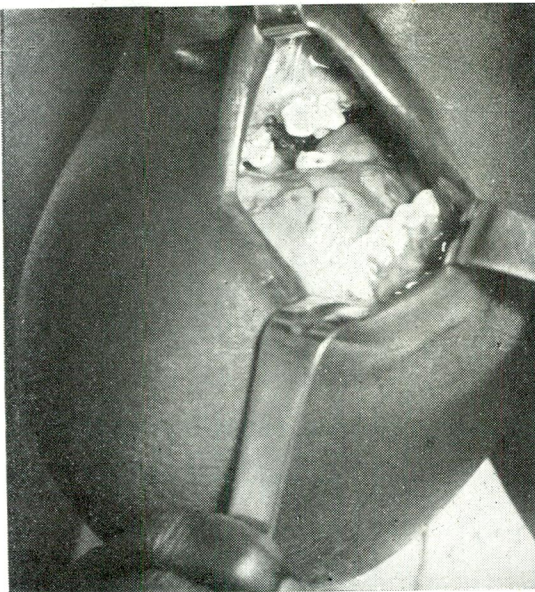
Tratamento: — Operado em 19-12-1939, sob anestesia troncular, pelos Drs. Mario Kroeff e Turibio Braz. Foi praticada a trepanação e coagulação do tumor, sendo para isso introduzido o eletródio entre as duas táboas da mandíbula.

Resultado: — Sequência operatória sem acidentes. Alta em estado de cura clínica. Sem notícias posteriores.

ADAMANTINOMA CÍSTICO DA MANDÍBULA

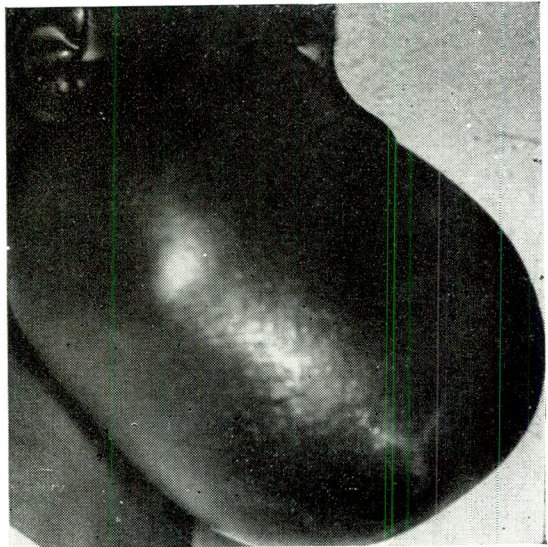
Registo 7782 — Mulher de 26 anos, preta, procurou o Serviço em 5-4-46.

Doença atual: Há 8 anos, notou na face externa do mento a presença de pequeno tumor, duro e indolor, que aumentou gradativamente de volume até tomar as dimensões atuais. De uma semana para cá, passou a ser doloroso.



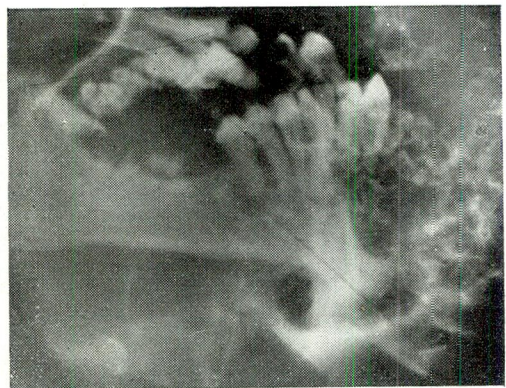
Reg. 7.782. — Volumoso tumor que toma a hemi-face direita e faz parte integrante da mandíbula. Note-se a irregularidade na implantação dentária. Adamantinoma.

Exame local: À simples inspeção, observa-se considerável deformação facial, causada por volumoso tumor como uma cabeça de feto a termo, ocupando tôda a hemi-face direita, desde a mas-



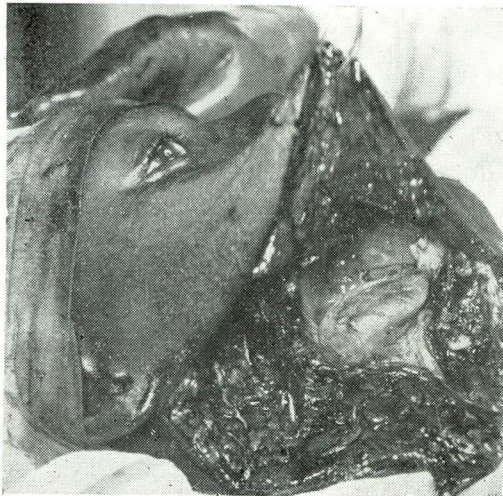
Reg. 7.782. — Mesmo caso, visto de perfil.

toide à região mentoniana. Mede 25x15 cms. A metade labial direita, acompanhando o relevo do tumor, está desviada para a esquerda, deformando completamente a bôca. À palpação, o tu-



Reg. 7.782. — A massa tumerosa interessa a hemi-mandíbula direita deslocada de seu eixo com seus diâmetros alargados. O tumor destruiu o osso, formando cistos de tamanhos variados, com os seus septos destruídos.

mor é indolor, intimamente preso à mandíbula, de consistência dura e elástica. A inspeção endo-bucal revela a presença de um prolongamento do tumor externo, tomando todo o assoalho e revestido por mucosa de aparência normal. Arcada

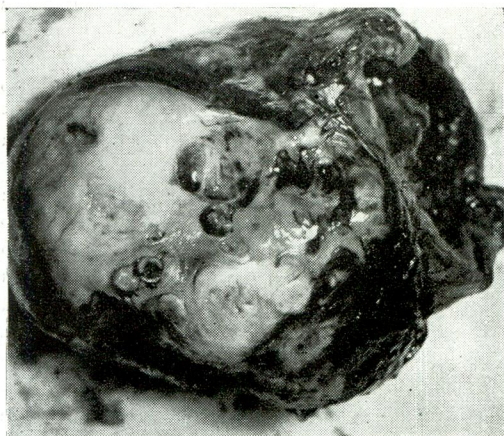


Reg. 7.782. — Foto durante o ato operatório. Vê-se a língua exposta em toda a sua extensão.

dentária inferior direita acha-se deformada, estando os dentes deslocados de suas sédes e implantados irregularmente. A língua apresenta-se recalcada para traz e para a esquerda, quasi por traz da saliência tumerosa. Ausência de adenopatias.

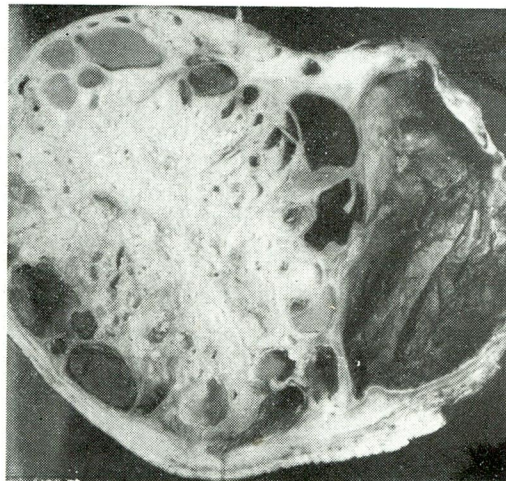
Radiografia da mandíbula: "A massa tumerosa interessa a hemi-mandíbula direita que tem todos os seus diâmetros consideradamente alargados. O tumor destruiu o osso, formando cistos de tamanhos variados, atualmente com seus séptos já destruídos. Tumor de células gigantes?" (E. Machado.)

Biópsia — Adamantinoma.



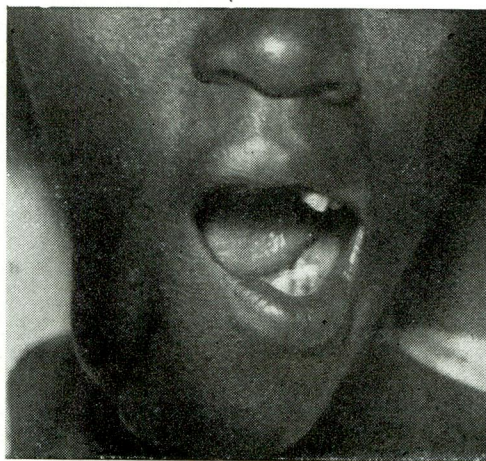
Reg. 7.782. — A peça operatória tal qual foi removida e vista por sua face endo-bucal.

Tratamento: Sob anestesia troncular, foi operada (hemi-seção da mandíbula) em 29-4-46 pelos Drs. Mário Kroeff e João Vianna. Seqüência operatória normal. Alta em 1-6-46 para o Asilo.



Reg. 7.782. — Córte da peça operatória. Observam-se as formações poli-císticas-evidenciadas no exame radiológico.

O exame histopatológico da peça revelou: Adamantinoma cístico (A. Fialho). Alta em 12-6-46. O doente em seguida desapareceu.



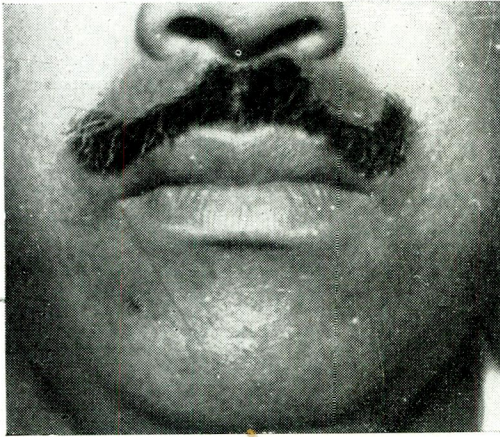
Reg. 7.782. — A doente vista no dia da alta do Serviço.

ADAMANTINOMA

Registro n.º 1.219 — Homem, preto, de 39 anos, procurou o Serviço em 17-4-944.

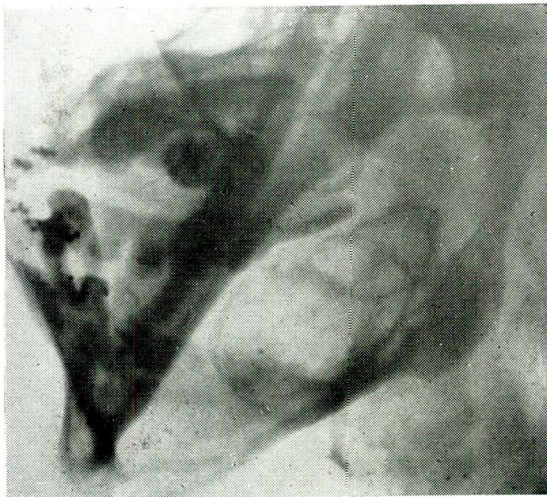
Doença autal: — Há 3 meses, dores em correspondência ao dente de siso inferior esquerdo. A princípio fracas, aumentaram de intensidade,

tornando-se insuportáveis. Procurou um dentista, que radiografou o referido dente, revelando a existência de um granuloma. Por esta razão foi praticada a evulsão do dente e as dores desapareceram.



Reg. 1.219. — Tumefação da região geniana esquerda, em conexão com o ramo mandibular.

ram. Três meses após, verificou inchação progressiva da bochecha, fato que se processou sem dor ou outra perturbação qualquer. Indo novamente ao dentista, a região doente foi radiografada e aí



Reg. 1.219. — Mesmo caso da figura anterior. Formação de aspecto poli-cístico, localizada no ângulo da mandíbula com invasão do rebordo alveolar.

verificada a presença de tumor. Este foi incisado, dando saída a sangue. Permaneceu curado durante 6 meses, findo os quais, novo aumento de volume começou a processar-se no mesmo local,

atingindo dimensões iguais às anteriores. Nova operação foi realizada, sendo que desta vez o tumor se refez em pouco tempo. Em vista desse fato, o dentista aconselhou o enfermo a procurar tratamento médico.

Exame local: — Pela inspecção, nota-se acentuada assimetria facial correspondente à região geniana esquerda por tumefação comparável a um limão e recoberta de pele de características normais. Pelo exame endo-bucal, verifica-se a ausência dos grandes molares e segundo pré-molar inferiores esquerdos e, no local da falha dentária, uma tumefação recoberta de mucosa de cor normal. Esta apresenta cicatriz conseqüente a operações anteriormente realizadas. Pela palpação, a parte interna do tumor é de consistência dura e indolor enquanto que a metade externa é de consistência mole, elástica e dolorosa à pressão. Ausência de adenopatias sub-maxilares e cervicais.

Radiografia da mandíbula: — “Revela tumefação de aspecto cístico, ocupando o rebordo alveolar e o ângulo da mandíbula esquerdos com aspecto levemente “soufflé”. A imagem radiológica é habitual dos adamantinomas e dos tumores de células gigantes”. (a) Evaristo Machado.

Biópsia: — Adamantinoma. B. 1.421.

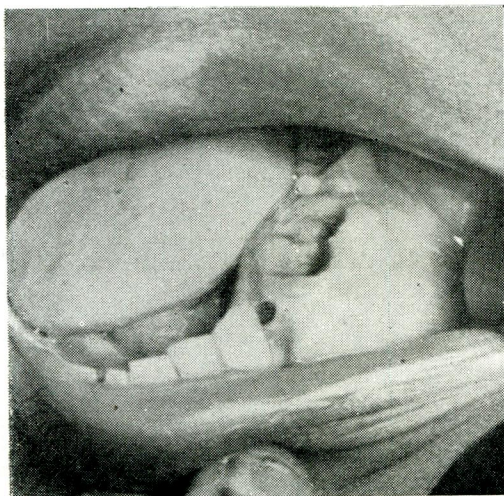
Tratamento: — O doente foi operado em 24-4-44 sob anestesia local tendo sido praticada trepanação, curetagem e coagulação do tumor mandibular. Seqüência operatória sem acidentes dignos de nota. Operadores: Alberto Coutinho e Turióbio Braz.

ADAMANTINOMA

Registro n.º 1.081 — Mulher preta, de 23 anos, procurou o Serviço em 24-9-1943.

Doença atual: — Há um ano., sentiu fortes dores, ao nível do primeiro molar inferior esquerdo. Extraíu o dente e ficou boa. Alguns dias depois, notou no local do dente retirado, pequeno nódulo que se desenvolveu lenta e progressivamente a ponto de fazer saliência na face externa do ramo horizontal esquerdo da mandíbula.

Exame local: — À inspecção, observa-se na hemiface esquerda tumor do tamanho de um ovo de galinha, estendendo-se da comissura labial ao bordo anterior da região masseterina. Por seu bordo inferior, confunde-se com o ramo horizontal da mandíbula. Na boca, verifica-se ao nível dos pré-molares inferiores esquerdos, uma superfície ulcerada, róxo-avermelhada, de bordos nítidos. Esta formação, ao mesmo tempo abaula-se para fora; na dobra geniana, também desloca para a boca a táboa interna do osso, de um e meio centímetro. A palpação cutânea e mucosa revela que



Reg. 1.081. — Tumor do ramo horizontal esquerdo da mandíbula, abaulando a mucosa gengival e das proporções de um ovo de galinha. Adamantinoma.

o tumor é duro, de superfície lisa, fazendo corpo com a mandíbula. Não é doloroso. Apalpando-se a mandíbula com os dedos em pinça, mede-se a espessura do tumor, avaliada em dois centímetros.

Radiografia: — “Tumor osteolítico, de estrutura areolar, estendendo-se do canino ao 3.º molar esquerdo e tomando tódá a altura da mandíbula. Compromete a parte anterior do canal dentário e deixa livre apenas o rebordo inferior do osso. Adamantinoma cístico? (E. Machado.)



Reg. 1.081. — Tumor osteolítico do ramo horizontal da mandíbula, abaulando a mucosa gengival e das proporções e conservada.

Biópsia: — Adamantinoma (F. Fialho).

Tratamento: — Operada em 27-9-943 sob anestesia troncular, por Alberto Coutinho e Getúlio Silva; foi praticada a coagulação de tódá porção afetada do osso. Seqüência operatória normal. Alta em 29-10-943.

ODONTOMAS

Dos tumores da série dentária o odontoma representa o tipo mais diferenciado pois se origina do tecido dentário adulto ou em fase de adiantado desenvolvimento. São divididos em duas categorias, segundo a sua séde em relação ao dente: odontoma da coroa e odontoma da raiz. Quanto à consistência podem ser classificados em: *odontoma mole* e o *odontoma duro*, predominando no primeiro caso as partes conjuntivas formadoras dos dentes e no segundo, a dentina. Localizam-se preferentemente no maxilar inferior ao nível dos molares e particularmente próximo ao ângulo da mandíbula. Muitas vêzes é atribuído à má formação dentária ou deslocamento de um molar; todavia o fato pode estar ligado ao desenvolvimento de um odontoma da raiz que ocasiona o desvio e a expulsão do dente.

Os odontomas são constituídos preferentemente de mistura esmalte — marfim, podendo o quadro histológico surpreender êsses tecidos em várias fases de desenvolvimento.

Os odontomas evoluem lentamente, sem causar sintomas particulares. Provocam deformação, expulsão de dentes, dores por compressão, aliás fenômenos, presentes em quase tódas as formações de origem dentárias. O exame radiológico evidencia tumor endostal de aspecto regular, grande densidade e sem extrutura.

O tratamento é exclusivamente cirúrgico e consiste na extirpação do tumor, quer por enucleação, quer por ressecção.

ODONTOMA CÍSTICO

Registo 9.996 — Mulher preta, de 34 anos, procurou o Serviço em 22-9-1947.

Doença atual: — Data de 30 dias. Dormência e tumefação do rebordo gengival inferior esquerdo. Procurou logo um dentista que desaconselhou o uso da chapa dentária, porque a mesma dava escoamento de secreção purulenta. Melhorou da inchação gengival, logo que retirou a cha-

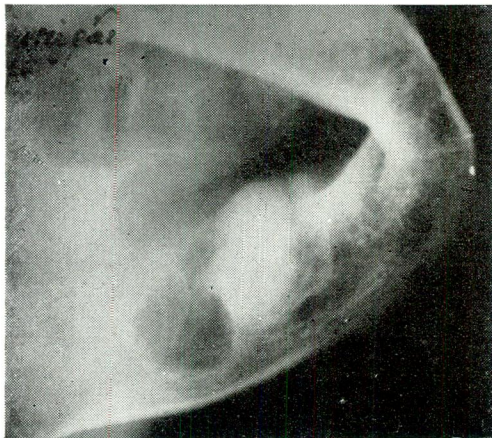
pa. Acompanhada de seu dentista, veio a nosso Serviço.

Exame local : — Observa-se pela inspeção bucal, o rebordo gengival inferior esquerdo aumen-



Reg. 9.966. — Tumor do rebordo alveolar esquerdo. Odontoma cístico.

tado de volume, espessado, formando tumefação difusa, lisa, regular em toda a extensão do ramo mandibular. À palpação, sente-se nódulo duro e



Reg. 9.966. — Área de condensação intensa, bem delimitada, na região dos pré-molares, cujo limite posterior corresponde ao contorno anterior de outra imagem radio-transparente de aspecto cístico. Odontoma cístico?

móvel, pouco doloroso, do tamanho de uma amêndoa, no bordo inferior da mandíbula esquerda.

Radiografia : — Área de condensação intensa, bem delimitada, na região dos pré-molares infe-

riores esquerdos, cujo limite posterior corresponde ao contorno anterior de outra imagem radiotransparente de aspecto cístico. Odontoma cístico? (as.) *Evaristo Machado*.

Biópsia — “Tecido ósseo, muito denso, com traves dispostas desordenadamente” Osteoma? Cimentoma? *F. Fialho*.

TRATAMENTO : — A doente foi operada em 29-10-1947 sob anestesia local pelos Drs. Alberto Coutinho e Amador C. Campos. Com o bisturi elétrico praticou-se incisão longitudinal sobre o



Reg. 9.966. — Tecido ósseo, muito denso, com traves expostas desordenadamente. Osteoma, cimentoma?

tumor do rebordo alveolar inferior esquerdo. Os retalhos mucosos foram descolados, sendo que o externo até o bordo inferior da mandíbula. Isto feito, com escopro e martelo foi trepanado o plano ósseo de modo a circunscrever-se a lesão que pode ser removida num só bloco. O tumor, de aparência óssea, apresentava em sua face profunda, tecido de aspecto epitelióide. Profundamente, no ângulo mandibular, havia formação fungosa. Removida com cureta, dava impressão de restos dentários. Tamponamento da loja resultante após pulverização com sulfamida.

Quando então a fibromatose difusa. Encontra-se fibroma em qualquer órgão da economia, especialmente na pele, mucosa, ossos, nervos. De origem ainda desconhecida, acham-se ligados a distúrbios neurogenicos, transtornos funcionais das glândulas de secreção interna (hipófise, supra-renal, tireóide), tal como se encontra no quadro típico e sistemático da neurofibromatose cutânea, denominada também doença de Recklinghausen.

Os fibromas são tumores benignos, bem delimitados, escapsulados, de consistência variável, evolução lenta e raramente recidivam após a extirpação total.

Os fibromas dos maxilares, tanto se originam na intimidade óssea, forma central, como no rebordo alveolar, forma periférica. Nestes casos, apresentam, muitas vezes, a forma pediculada, formando o chamado épulis fibroso.

Quadro radiológico: — A imagem assemelha-se à dos mieloplaxomas. Cortical conservada, nítida, delimitada, imagem de osso soprado, sem reação periostica. A estrutura interna é também policística, sendo que aqui as lojas são irregulares mal septadas, esfumacadas ou granitadas. A rarefação óssea e a condensação são mais ou menos pronunciadas conforme a densidade do tecido fibromatoso, isto é, conforme o grau de ossificação e calcificação da massa tumerosa.

A confusão radiológica é muito frequente com os mieloplaxomas.

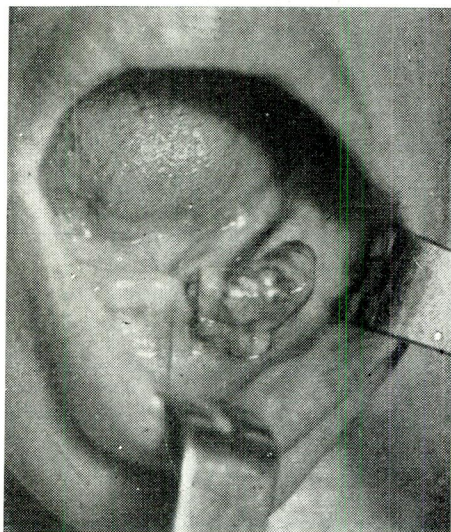
A *terapêutica* dos fibromas é cirúrgica. Na mandíbula a cirurgia pratica extirpação do tumor, ou ressecção parcial do osso com a lesão ou mesmo hemissecção mandibular, conforme o volume da tumefação. Quando incompletamente removidos, às vezes recidivam. Na maior parte dos casos, porem, com a ressecção parcial do tumor não aparece reprodução. A dissecação parcial dos fibromas ossificados rompendo a estrutura osteo-fibrosa e o equilíbrio evolutivo da formação que se acha sempre

presa e tensa numa cápsula ou cortical ainda resistente, corta o crescimento do tumor que passa a ficar estacionário na forma deixada pela osteotomia. Isso permite ressecção com finalidades plásticas imediatas, dando-se na exérese o molde que se quiser imprimir à fisionomia do paciente.

FIBROMA

Reg. 8.011 — M. C. M., mulher, branca, 45 anos, procurou o Serviço em 11-6-1946.

Moléstia atual — Há 15 anos, próximo à raiz do canino inferior esquerdo, surgiu pequeno tumor com aspécto de carne esponjosa. Procurou um dentista que extraiu o dente afetado e excisou



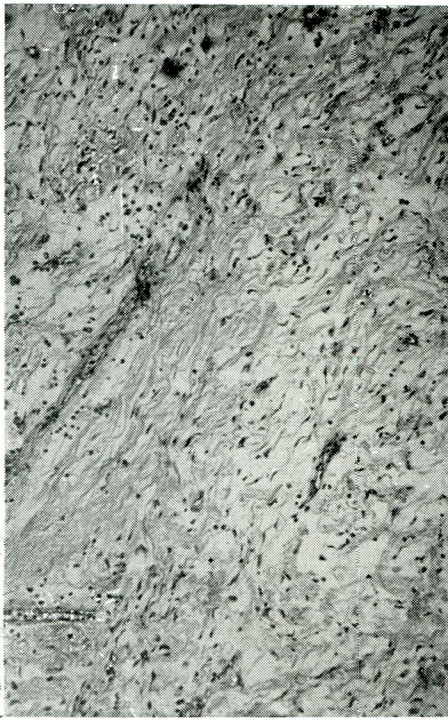
Reg. 8.011. — Pequeno tumor pediculado do rebordo alveolar inferior esquerdo. Épulis fibromatoso.

a formação tumerosa. Passado algum tempo, a vegetação recidivou e foi removida pela própria paciente. Meses após reapareceu, razão por que procurou o Serviço. Nunca teve dores locais, nem hemorragia.

Exame local — À inspecção, nota-se pequeno tumor das dimensões de uma azeitona, de coloração avermelhada, irregular, pediculado, localizado no rebordo alveolar na altura do canino inferior esquerdo. Pela palpação, o tumor é de consistência mole, indolor e móvel em torno de seu pedículo.

Biópsia — Fibroma (épulis fibromatoso).

Nota — A doente não voltou ao Serviço após a biópsia.

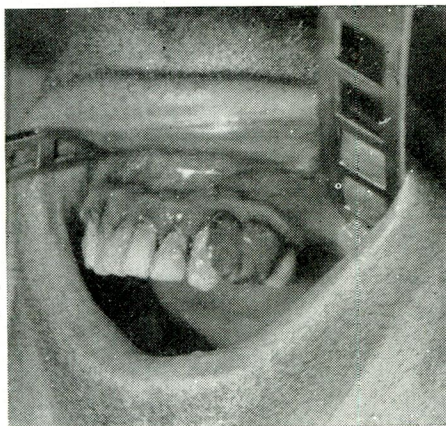


Reg. 8.011. — Fibroma.

FIBROMA

Reg.: 9.350 — A. M. E., homem, 34 anos, branco, procurou o Serviço em 12-5-1947.

Moléstia atual: — Há alguns meses, notou pequena carnosidade entre os dentes inferiores



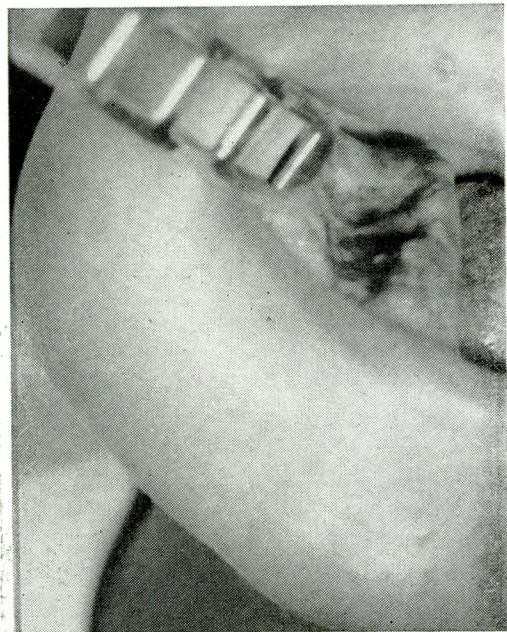
Reg. 9.350. — Tumor pediculado do rebordo alveolar inferior direito. Épulis fibro-angiomatoso.

direitos. Foi extirpada a bisturi e coagulada sua base. A doença reproduziu-se no fim de pouco tempo.

Exame local: — À inspeção da cavidade bucal, observa-se pequeno tumor, arroxeadado, de 2 cms. de espessura, vegetante, no rebordo alveolar inferior direito, entre o canino e o 2.º pré-molar. É pediculado, mas sua base continua-se na face lingual da gengiva, formando outra vegetação com as mesmas características. À palpação, o tumor é elástico e preso à mucosa gengival.

Biópsia: — Fibroma (Épulis fibro-angiomatoso).

Tratamento: — Eletro-coagulação do tumor e evulsão do canino e do pré-molar inferiores direitos. Cura.



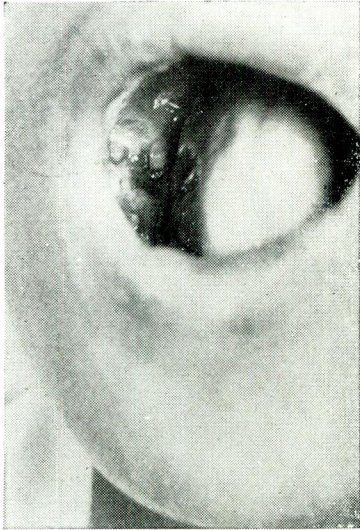
Reg. 187. — Grande tumor que compromete todo o ramo horizontal direito da mandíbula — Fibroma.

FIBROMA

Reg.: 187 — Mulher, 19 anos, preta, procurou o Serviço em 12-7-1939.

Moléstia atual: — Há 18 meses, teve dor de dente ao nível do 2.º molar inferior direito. Decorridos alguns meses, o referido dente foi expelido naturalmente e na cavidade resultante surgiu pequena formação carnosa que passou a crescer até tomar as dimensões atuais. Ocupa hoje o tumor grande parte da cavidade bucal e deforma-lhe a face.

Exame local: — À inspecção, nota-se acentuada assimetria facial, motivada por volumoso tumor, de formação óssea, superfície lisa, localiza-



Reg. 187. — Mesmo caso da figura anterior, depois de operado. O tumor coagulado e a mandíbula, sem deformação, guarda íntegro o eixo ósseo.

do no rebordo alveolar direito. O tumor é duro, consistência lenhosa, fazendo corpo com a mandíbula. Na boca, um sulco longitudinal, correspon-



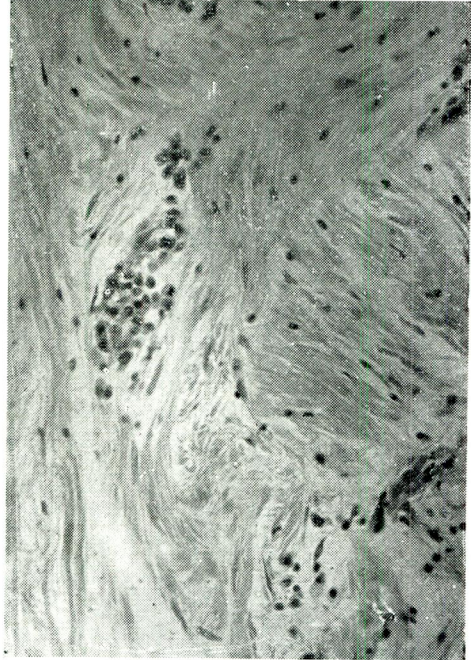
Reg. 187. — Mesmo caso da figura anterior, vendo-se conservado o arco mandibular e a simetria facial.

dente à marca que a arcada dentária superior imprime nêsse ponto.

Biópsia — Fibroma.

Tratamento: — Em 21-7-939, a doente foi operada sob narcose pelo Evipan tendo sido pra-

ticada a coagulação do tumor. A sequência operatória procedeu-se normalmente, tendo a doente obtido alta curada em 16-9-1939. Operadores Drs. Mário Kroeff e Luiz Carlos.



Reg. 187. — Fibroma.

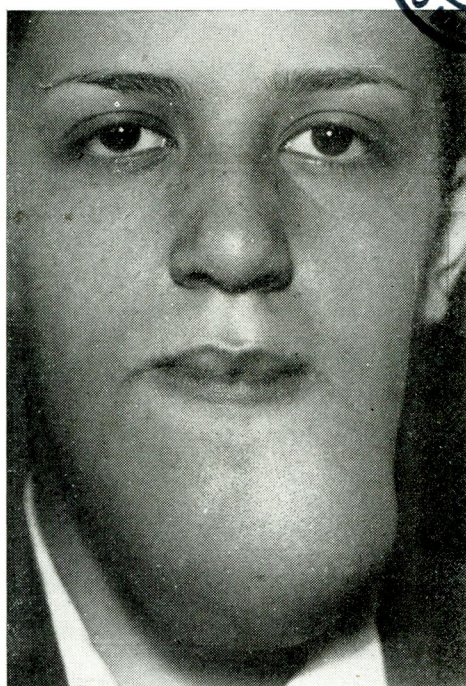
FIBROMA OSSIFICADO

Reg.: n.º 8.431 — Mulher, 16 anos, branca, procurou particularmente o Dr. Kroeff em 30-9-1946.

Moléstia atual: — Há 5 anos, notou aumento progressivo da mandíbula, mais do lado esquerdo, com certa dificuldade ao articular as palavras. A tumefação cresceu sem remissão e sem dores até o presente, deformando-lhe completamente a fisionomia.

Exame local: — À inspecção, nota-se acentuada assimetria facial, motivada por volumoso tumor da região mentoniana, liso, de contornos regulares, bosselado, do tamanho de uma laranja. Fazendo corpo com o eixo ósseo, é duro, indolor e recoberto de pele de aspecto normal.

Pela inspecção endo-bucal, verifica-se a existência de tumor ovóide, revestido de mucosa distendida e brilhante, tomando a porção anterior do arco mandibular e todo o assoalho da boca, de modo a recalcar inteiramente a língua para trás. Os dentes são mal implantados, dispostos em arcadas irregulares, sem articulação com a cadeia superior, impedindo a justa-posição dentária.



Reg. 8.431. — Considerável assimetria facial, motivada por volumoso tumor da região mentoniana. Fibroma.

A doente, sempre de boca aberta, usa continuamente um lenço à face para encobrir o defeito. Articula mal as palavras. Ausência de adenopatias sub maxilares e cervicais.



Reg. 8.431. — Radiografia em 10-4-46 — Imagem de tumor poli-cístico, irregular, esfumaçado, com cortical conservada e osso soprado, tomando todo o mento. Fibroma.

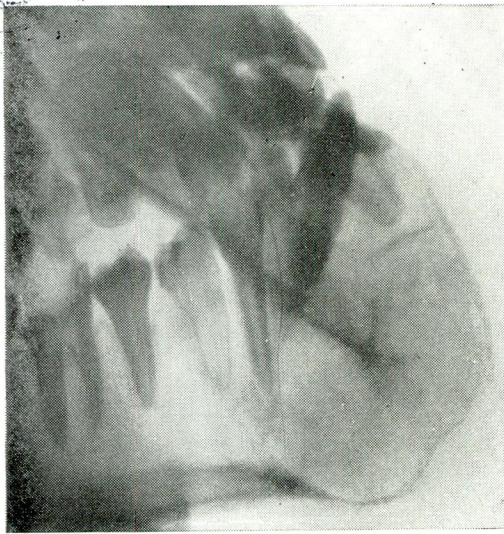
Radiografia da mandíbula: — Em 9-11-1945. “Volumosa néo-formação do mento e ramos da mandíbula na altura dos molares. Desenvolve-se principalmente no mento em sua porção esquerda. A delimitação do tumor é nítida, conservando íntegra a cortical, de direção sinuosa e conferindo à massa aspécto polilobado. A estrutura é de densidade inferior à óssea, com múltiplas áreas hipertransparentes e zonas de tonalidade cálcica. Não existe aspécto policístico dos tumores de células gigantes, ou dos adamantinomas. O aspécto é de tumor benigno da mandíbula — “Fibroma ossificante” (as.) Emílio Amorim.

Biópsia: — Procedida em 21-11-945 em São Paulo. — Fibroma ossificado. Ausência da malignidade.

Radiografia: — Feita em 1942, já revelára: — “Blastoma, ocupando o mento e estendendo-se igualmente para ambos os ramos da mandíbula até o primeiro grosso molar. Variedade osteolítica”. (as.) Duque Estrada.

Radiografia: — Em outubro de 1946 — Fibroma ossificante.

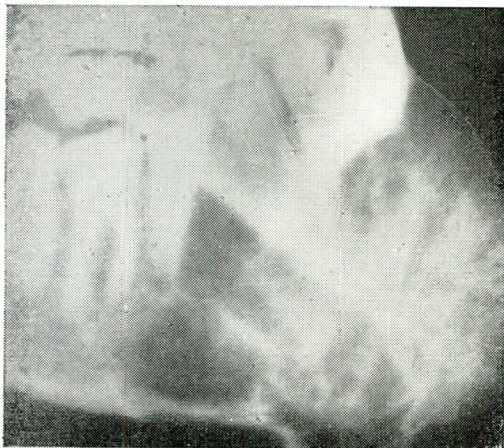
Tratamento: — Operada em 4 de outubro de 1946, sob nascose endovenosa pelo tionembutal. Procurando-se conservar intacta a mucosa genibial, isto é, o fundo de reflexão do lábio inferior,



Reg. 8.431. — Em 30-4-42. "Blastoma, ocupando o mento e estendendo-se igualmente para ambos os ramos da mandíbula até os primeiros grossos molares. Variedade osteolítica". (a) Duque Estrada.

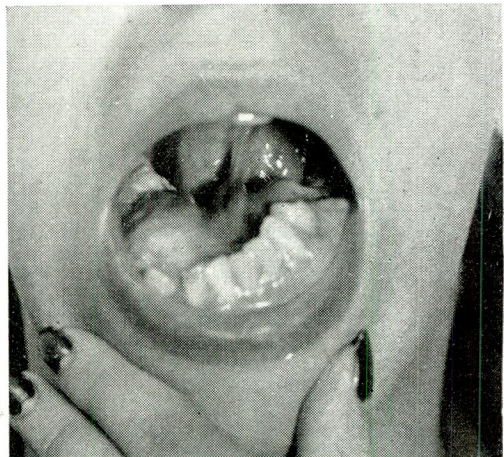
foi adotada via de acesso externa, a sub mentoniana. Incisão transversa de 6 centímetros por baixo do mento, de bordo a bordo, até os planos ósseos. Com escopro e martelo desbastou-se da saliência anterior uma porção óssea do tamanho de meia laranja, moldada na futura forma do mento, sem romper a mucosa lábio-geniana. Do mesmo modo, lateralmente foi removida toda a saliência óssea existente no bordo inferior dos ramos horizontais, tanto à esquerda como à direita.

Depois, na face posterior do osso, dentro do arco mandibular, sempre por via externa, sub

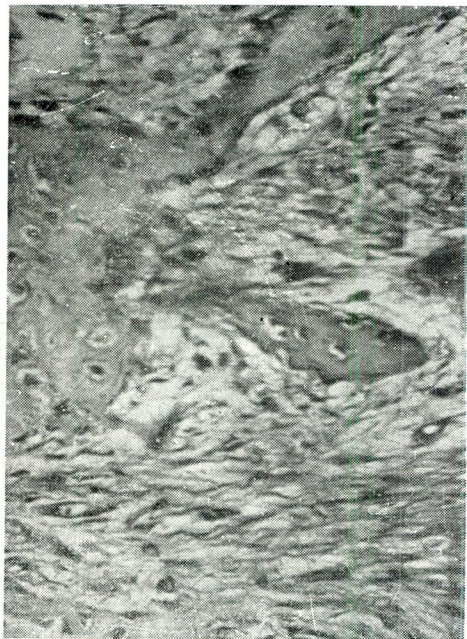


Reg. 8.431. — Procedida 4 meses depois, da anterior, em 19-8-42.

mentoniana e a escopro, foi ressecado o excesso do tumor que enchia o côncavo, tanto como um ovo de peruá. Ficou larga escavação ao nível da inserção dos músculos genianos, mais ou menos in-



Reg. 8.431. — Mesmo caso da figura anterior, depois de operado. O prolongamento bucal do tumor mandibular, recalca a língua inteiramente para trás e deforma completamente toda a arcada dentária inferior.



Reg. 8.431.

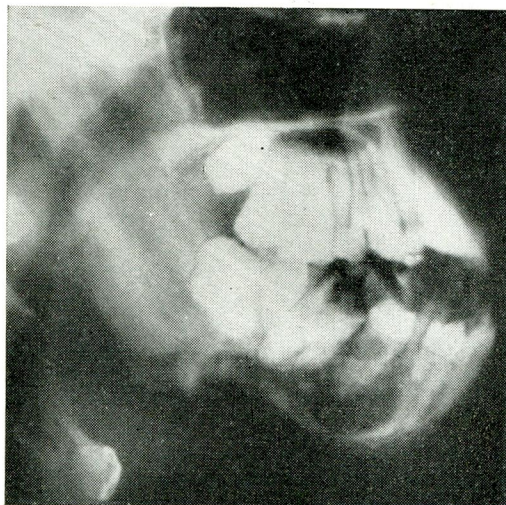
táctos. A espessura óssea deixada para recompôr a nova mandíbula equivalia à normal, isto é, espessura de pouco mais de um dedo. O ramo lateral direito, durante as manobras operatórias,



Reg. 8.431. — Mesmo caso da figura anterior, depois de operado.

fraturou-se. De tudo, resultou, afinal, extenso arco ósseo desprovido pela osteotomia de suas partes moles: uma face anterior mentoniana, convexa, com superfície de secção cruenta, até à inserção da mucosa labial; um rebordo inferior também

com superfície óssea desnudada; uma face posterior, côncava onde se percebe ainda a inserção de uma parte dos músculos genianos. Como esse segmento mandibular, assim descoberto, ficara sujeito à necrose depois de desnudado com a osteotomia, mórmente depois da fratura, resolvemos adiar a ressecção endo-bucal do prolongamento sub-lingual do tumor. Evitamos qualquer extração dentária na ocasião, para não abrir portas à infecção bucal, como também para não diminuir a resistência do eixo ósseo, já bastante abalado. A perda sanguínea foi relativamente pequena.



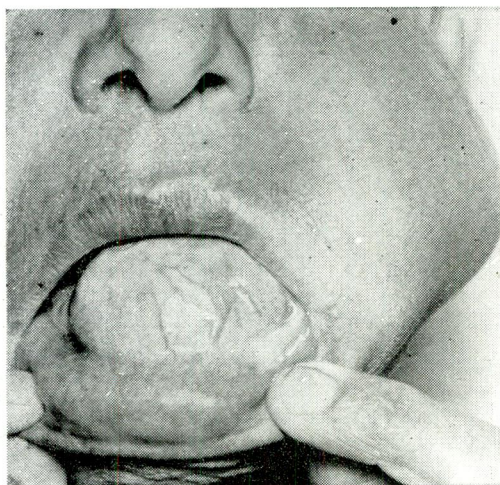
Reg. 8431 — Post-operatórias. Ainda não há articulação perfeita das fileiras dentárias esquerdas, o que foi conseguido com a extração de alguns dentes inferiores mal implantados.

Terminada a operação um dreno sub-mentoniano. Operadores: Mário Kroeff e Luis Carlos de Oliveira Jr.

Seqüência operatória: — Bôa. Tomou 500.000 unidade de Penicilina. Alta em 14 de outubro. Alguns dias mais tarde, havia retenção de púz no descolamento sub mentoniano. Em 25-10-946, o osso apresentava-se recoberto de tecido de granulação. Não há sinal de fratura. O aspécto facial da doente após a operação é normal, sem vestígios da operação sofrida, nem da doença anterior.

Projetamos ressecar a porção sub-lingual dentro de 1 mês.

Reoperada em abril de 1947, a doente sofreu a 2.^a operação sob anestesia geral, com o objetivo de ser removido o prolongamento endo-bucal ou sub-lingual. Osteotomia por meio de escopro e martelo. Remoção de alguns dentes inferiores esquerdos mal implantados e cariados que impediam o fechamento regular da boca.

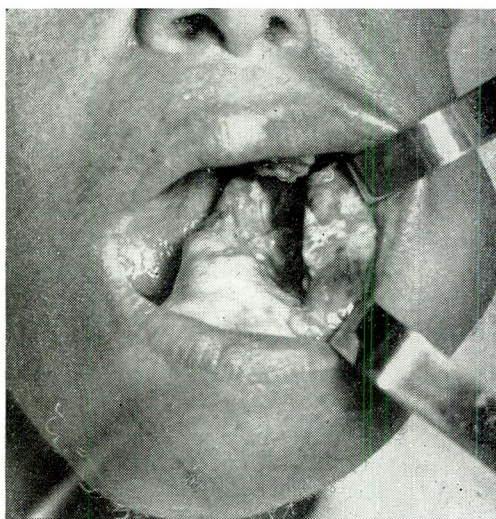


Reg. 7.144. — Volumoso tumor facial que toma todo o ramo horizontal da mandíbula, desde a ângulo até o mento. Fibroma edemaciado.

FIBROMA EDEMACIADO

Registo 7.144 — M. G. J., mulher, de 46 anos, branca, procurou o Serviço em 21-9-45.

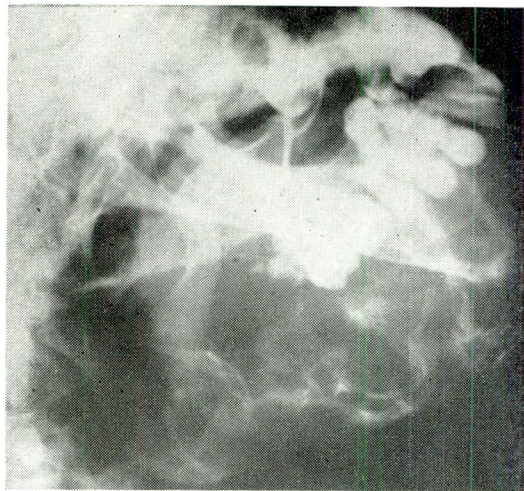
Doença atual: — Data de 15 anos. Começou com dôr de dente na arcada inferior esquerda e logo formação de tumor visível na face externa da mandíbula. Um ano após, êsse tumor abriu-se espontaneamente para a cavidade bucal, dando saída a sangue e púz. Passado mais 1 ano, reapareceu o tumor da face e desde então vem crescendo progressivamente, até que atingiu as dimen-



Reg. 7.144. — Mesmo caso da figura anterior, visto pela inspeção endo-bucal. A superfície do tumor está bipartida pela escavação formada com a impressão da arcada dentária superior.

sões atuais. Não tem dores, nem transtorno na mastigação, apesar do tumor ter invadido a boca. Fala sem dificuldade.

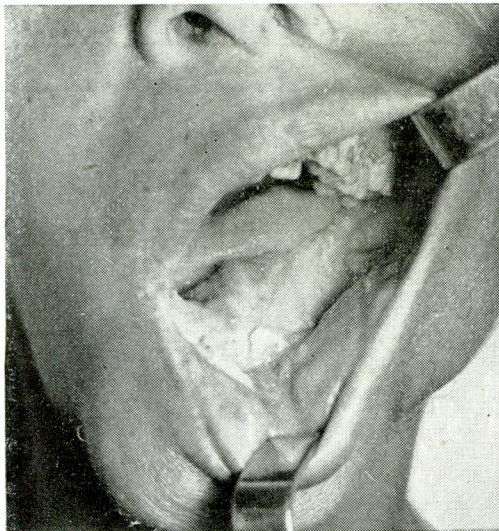
Exame local: — Pela inspeção, observa-se acentuada assimetria facial, criada pela presença de volumoso tumor, que ocupa parte da região geniana esquerda, masseterina e mentoniana do mesmo lado. De forma ovoide e superfície regular,



Reg. 7.144. — Todo o ramo horizontal da mandíbula acha-se tomado por um tumor osteolítico, de aspécto policístico. A cortical inferior está adelgada e rôta, a superior, alveolar. A imagem radiológica faz lembrar ou o mieloplaxoma ou o adamantinoma. A histologia mostrou tratar-se de fibroma.

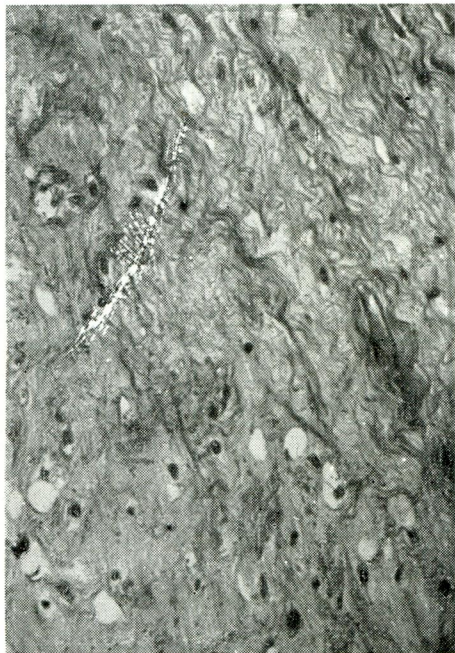


é revestido de pele com caracteres normais. Pela palpação, o tumor é de consistência dura, nodular, medindo 13 cms. de comprimento, 7,5 cms. de



Reg. 7.144. — Mesmo caso da figura anterior, depois de operado. Não tem deformação facial.

largura e 4 cms. de altura. Está formado a custa do ramo horizontal da mandíbula, fazendo corpo com o plano ósseo. Os movimentos de mastiga-



Reg. 7.144. — Fibroma.

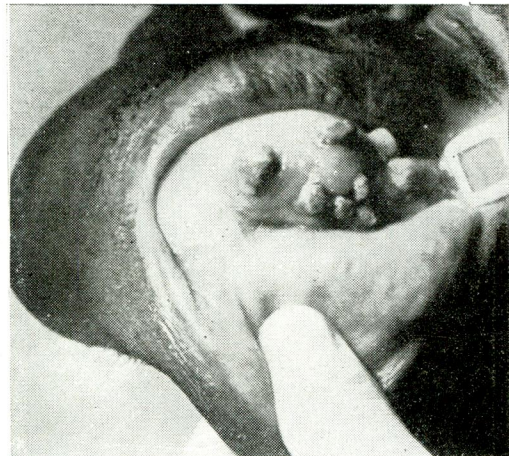
ção estão conservados. Pela inspeção endo-bucal nota-se que a massa engloba todo o rebordo alveolar inferior esquerdo, que se apresenta espessado, irregular, com goteira mediana profunda, corresponde à depressão provocada pela arcada dentária superior. A mucosa, que o recobre, tem aspecto brilhante e é distendida. A palpação mostra neste ponto consistência dura e elástica.

Radiografia da mandíbula: — “Do ângulo à região dos incisivos à esquerda, a mandíbula acha-se consideravelmente aumentada de volume e de aspecto radiológico grosseiramente policístico. As formações císticas adelgaçam a cortical do bordo inferior e destroem o rebordo alveolar. A imagem radiológica lembra o mieloplaxoma.”

(a) E. Machado.

A biópsia revelou: — Fibroma edemaciado.
(a) A. Fialho.

Tratamento: — Operada em 3-12-45, sob anestesia troncular; foi praticada ressecção parcial do ramo horizontal esquerdo da mandíbula. Operadores: M. Kroeff e A. Coutinho. Se quência operatória sem acidentes. Alta em 14-12-45. Revista em 29-1-46, acha-se em bom estado.



Reg. 1.299. — Tumor mandibular, deformando completamente a boca, o arco maxilar, a arcada dentária. Fibroma ossificado.

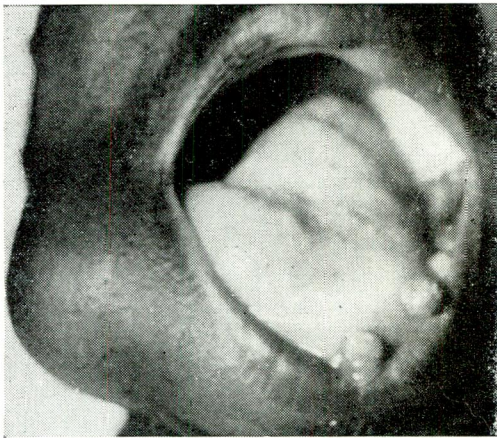
FIBROMA DA MANDÍBULA

Reg. 1.299 — M. M. F., homem de 70 anos, preto, procurou o Serviço em 11-8-44.

Moléstia atual: — Data sua doença de 39 anos, quando notou pequeno tumor na região mentoniana. Daí cresceu lentamente até hoje, tomando as proporções atuais, sem dores e sem incômodo a despeito da grande deformidade facial que pro-

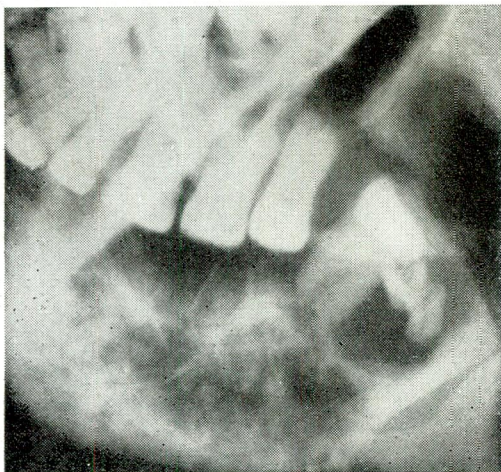
duziu. Foi operado na Santa Casa em 1920 e 1922, sem alcançar qualquer melhora.

Exame local: — À inspecção verifica-se acentuada deformação facial, formada a custa de considerável tumefação existente na região mentoniana direita, com as dimensões aproximadas de um punho.



Reg. 1.299. — O mesmo caso anterior, mostrando a irregularidade da implantação dentária.

Pela palpação, o tumor é de consistência dura e faz corpo com o plano ósseo mandibular. Os movimentos da articulação tempo-mandibular estão conservados. O tegumento apresenta-se com aspecto normal. À inspecção endo-bucal, obser-

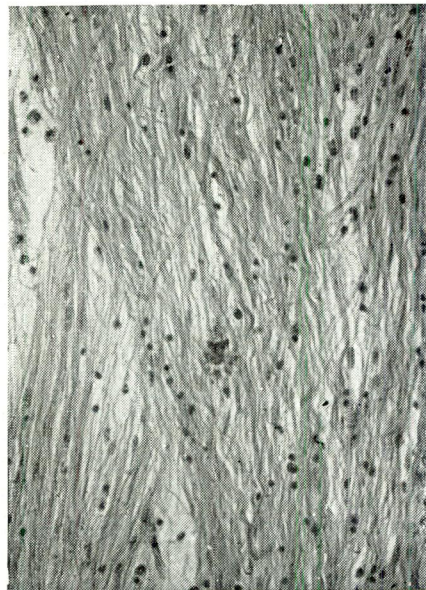


Reg. 1.299. — Formação óssea exuberante, de aspecto grosseiramente policístico constituída na sua porção anterior por traves ósseas às vezes paralelas e dirigidas em vários sentidos. Essa formação óssea tem origem principalmente na metade correspondente do rebordo alveolar. O aspecto radiológico é de fibroma calcificado.



Reg. 1.299. — O doente depois de operado no dia da alta.

va-se grande tumor que ocupa tóda cavidade bucal, assoalho e metade direita de mandíbula. E' constituído por duas porções distintas: uma mediana que se estende no arco mandibular desde o mento até o oro-faringe, com superfície regular, lisa, tensa, de aspecto normal, deslocando a língua para trás e para a esquerda. A outra porção corresponde ao ramo horizontal direito da mandíbula, largamente espessado como um pepino e guardando, escavada a impressão de tóda arcada superior direita. Sôbre essa porção observam-se vários dentes de tal modo deslocados, que não se os pode identificar. A voz apresenta-se modificada, pela retração sofrida pela língua.



Reg. 1.299. — Fibroma. Observam-se numerosas fibras colagenas.



Não obstante o estado avançado da afecção, o doente mastiga e deglute sem dificuldade.

Radiografia da mandíbula: "Interessando todo o ramo horizontal direito da mandíbula, observa-se formação óssea exuberante, de aspecto grosseiramente cístico na porção próximal do ângulo, onde os dois grandes molares existentes se apresentam completamente deslocados e envoltos em substância rádio-transparente. Para diante, esta formação é constituída por traves ósseas, às vêzes paralelas e dirigidas em vários sentidos. Na porção mais anterior, essas traves contornam uma área rádio-transparente, onde também se observam alguns dentes deslocados. Essa formação óssea tem origem principalmente na metade correspondente do rebordo alveolar, pois que o bordo inferior se encontra conservado. O aspecto radiológico lembra o de fibroma calcificado." (a) E. Machado.

Exame histopatológico. — Fibroma.

Operado pelos Drs. Mario Kroeff e Luiz Carlos Oliveira em 2-10-44, sob anestesia loco-troncular, tendo sido praticada a extirpação do tumor, isto é, da massa óssea que tomava a porção

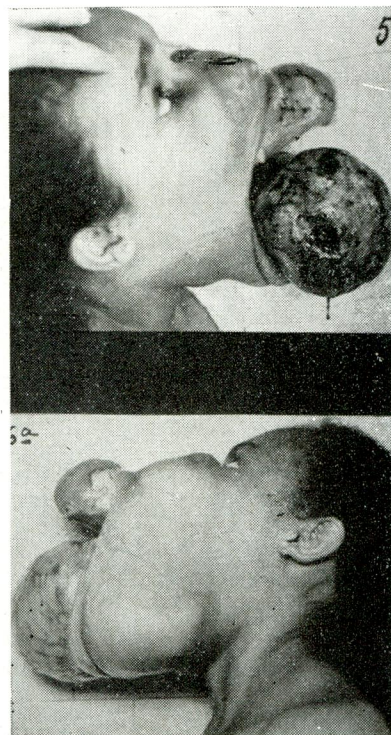
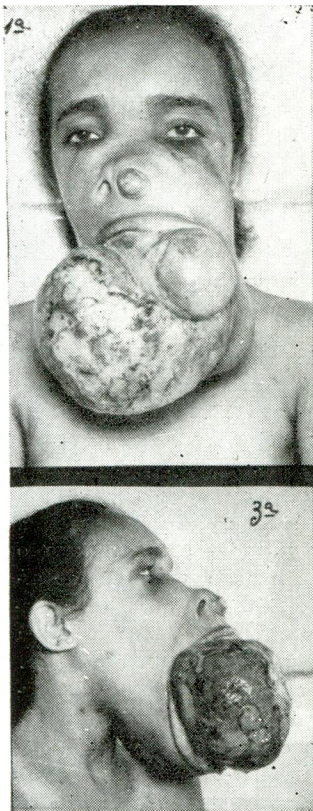
alveolar da mandíbula e se projetava para o assoalho da boca. Deixou-se íntegro um eixo ósseo, formado pelo rebordo inferior da maxilar.

Alta em 9-10-44, não tendo mais dado notícias.

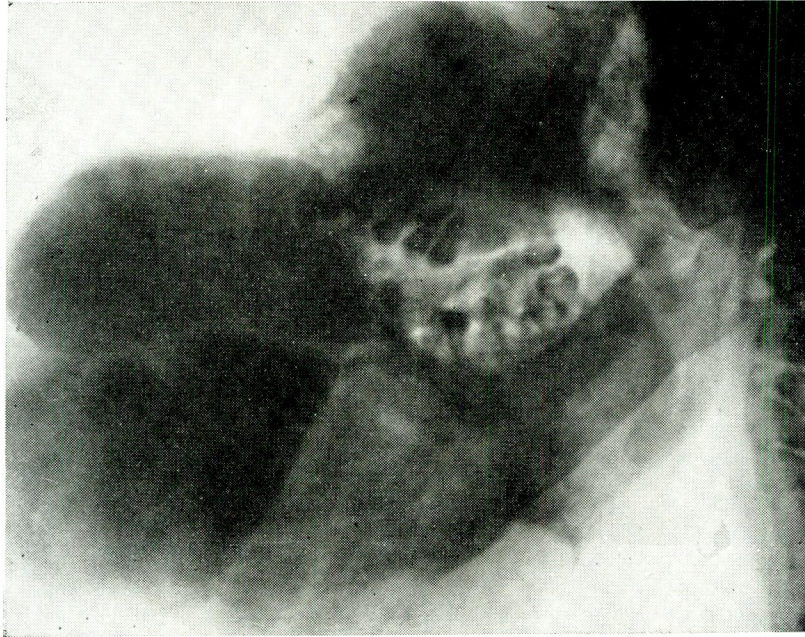
FIBROMA

Registro n.º 797: — Mulher, parda de 24 anos, internada no Serviço em 2-2-1942.

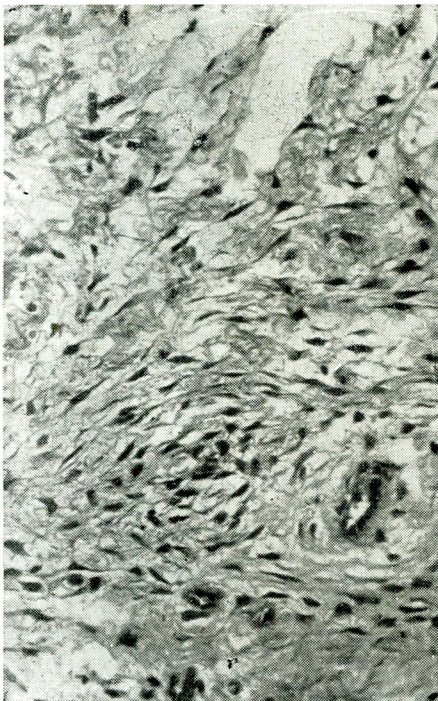
Doença atual: — Data de 18 anos. Aos 6 anos de idade, notaram a presença de um tumor na face, em correspondência com o maxilar superior. Cresceu lentamente, chegando às dimensões de uma laranja, quando a paciente contava 11 anos. Procurou o Hospital Sta. Isabel — Bahia — onde, sob anestesia geral, foi operada pelo Prof. Eduardo Moraes, tendo logrado ficar boa pelo prazo de 2 anos. O tumor reapareceu e foi novamente operada. Aos 14 anos, surgiu um outro tumor na mandíbula, na altura do canino inferior esquerdo, tendo sido por este motivo operada pela terceira vez. Um ano após, o tumor mandibular reproduziu-se e a enferma pela quarta vez foi operada. Passado um ano, tanto o tumor do



Reg. 797. -- Grande monstruosidade facial causada por tumor dos planos ósseos dos maxilares superiores e inferior, datando de 18 anos. Fibroma.



Reg. 797 — Deformação da mandíbula constituída de formação tumoral, com intensa opacidade, não homogênea, sem delimitação precisa. Aspecto idêntico no maxilar superior. Fibroma ossificado.



Reg. 797. — Fibroma.

maxilar superior como o da mandíbula recidivaram passando a crescer de modo gradativo e constante. De oito anos a esta parte, a deformação é enorme, criando dificuldades à fonação, à mastigação e à respiração.

Exame local: À inspecção, observa-se monstruosidade facial, causada por enorme tumor, que se projeta para fora da boca, com aspecto de verdadeiro focinho. Lobulado, com superfície ulcerada, tem focos hemorrágicos em alguns pontos e zonas revestidas de mucosa sã. A formação tumoral acompanha a projeção mandibular e, sob a forma de uma tromba, triplica seu diâmetro no eixo antero-posterior e outro tanto na largura. Mandando a doente abrir a boca, verifica-se a existência de grande tumor em relação com o maxilar inferior, que abrange a totalidade do arco anterior, invade a cavidade oral, ocupando quase a totalidade da mesma e desviando a língua para trás a ponto de não se visualizar o órgão. O tumor distende a boca de tal modo que a abertura labial tem mais de um palmo de diâmetro. Observa-se também, a existência de outra formação, incorporada ao maxilar superior. De forma arredondada multiplicando-se desvia a arcada dentária superior, deforma o nariz, a região nasogeniana esquerda e projeta-se, em parte, pela na-



rina esquerda. Pela palpação, verifica-se que as formações tumorosas mencionadas são de consistência dura, indolores e fazem corpo com o plano ósseo.

Radiografia da mandíbula: — “Considerável deformação da mandíbula e do maxilar superior esquerdo, constituída de grandes massas tumorosas, de intensa opacidade, arredondadas e de contornos lisos. As radiografias com raios penetrantes revelam ausência de arquitetura óssea; a opacidade não é homogênea, mostrando-se concreções calcáreas amorfas.



Reg. 797. — Vê-se o acentuado espessamento da calôta fazendo pensar em processo de origem geral, tal como a leontiasis, semelhante ao da figura 1.875

O crânio, na metade anterior apresenta acentuado espessamento ósseo, com estrutura semelhante.” (a) Evaristo Machado.

Diagnóstico: Tendo-se em vista o espessamento ósseo difuso tanto dos maxilares superior e inferior bem como do crânio, fomos levado a pensar em localização crânio-facial da osteíte deformante de Paget.

Biópsia: — Fibroma. (Amadeu Fialho.)

Tratamento: — Em 25-2-1942, a doente foi operada sob anestesia local, tendo sido procedida a remoção do tumor mandibular à escopro e martelo. Operadores: Mario Kroeff e Jorge de Marsillac. A doente faleceu.

OSTEOMAS

Os osteomas são tumores formados por tecido ósseo adulto. É preciso não os confundir com as hiperplasias ósseas secundárias, de caráter inflamatório, traumático ou específico.

Do ponto de vista anatomo-patológico, devem-se os osteomas em dois tipos: eburnios e esponjosos. Os primeiros são constituídos por tecido ósseo compacto análogo ao das diáfises, havendo desaparecimento quase total da medula óssea e da vascularização. São massivos como marfim e formados por justaposição de lamina ósseas paralelas, de origem periostica.

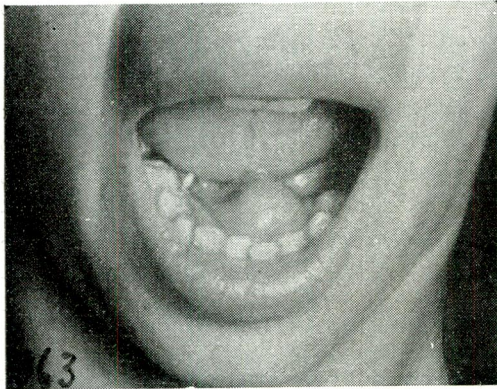
Os osteomas esponjosos, mais frequentes, são de natureza inflamatória e resultantes de osteoperiostite produtiva, traumática e inflamatória. A irritação do perioste ativa a osteogênese, formando camadas ósseas que dão origem ao processo osteomatoso. A estrutura microscópica é idêntica a do tecido ósseo esponjoso epifizário. A formação dos osteomas em geral faz-se por ossificação endondral, ou perióstica, ou por metaplasia direta do tecido conjuntivo.

Os osteomas aparecem no adulto jovem entre 20 e 30 anos.

De evolução lenta, são facilmente descobertos quando superficiais. Quando formados à custa dos ossos profundos, sua presença passa a ser evidenciada antes por perturbações funcionais (compressões nervosas) do que por seu volume, que só tardiamente pôde ser verificado. São duros, uniformes, indolores e fazem corpo com o plano ósseo. A mandíbula é sede comum dos osteomas.

Radiologicamente é interessante o diagnóstico diferencial entre o osteoma que guarda a estrutura óssea normal com sua trabeculação, o condroma com sombra homogênea e sarcoma osteogênico com imagens irregulares ou características dessas neoplasias.

O tratamento é cirúrgico. A extirpação com osteotomia é o método de escolha. Não sendo possível operação parcial recorre-se à resseção segmentária, ou total.



Reg. 1.363. — Tumor sub-lingual preso aos planos ósseos da face posterior do arco mandibular.

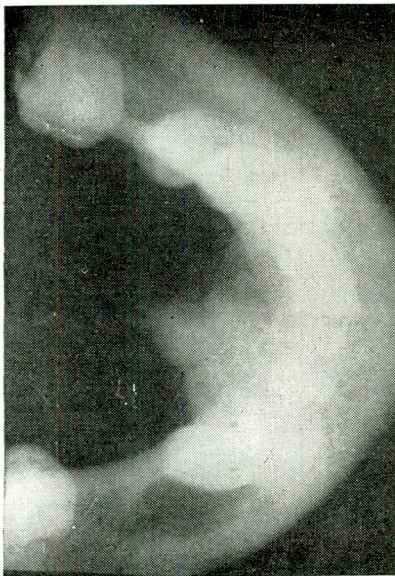
OSTEOMA EBÚRNEO

Registro 1.363. Mulher, branca, 30 anos, enviada ao Serviço em 30-10-44.

Doença atual; — Há 5 anos foi acometida de súbita inflamação de ambos os maxilares, com dôres, secreção purulenta e amolecimento de todos os dentes. Com bochechos, conseguiu curar-se



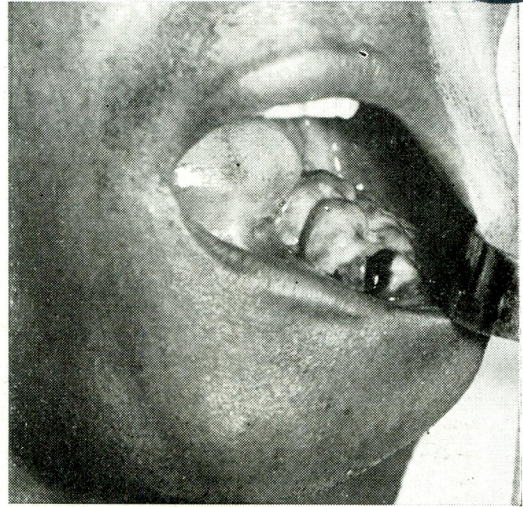
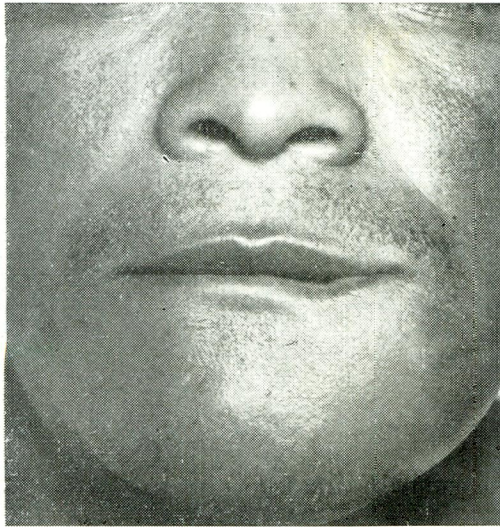
Reg. 1.363. — Traves ósseas irregularmente dispostas. Entre elas observa-se tecido conjuntivo do tipo jovem.



Reg. 1.363. — Formação óssea, bem delimitada, de grande opacidade, apresentando áreas pequenas de maior radio-transparência, na face interna da região mentoniana. Osteoma.

depois de 4 meses. Restabelecida da infecção, notou na face interna do arco mandibular, junto à mucosa gengival, um nódulo arredondado, de volume de um grão de milho, fixo, indolor e duro. Daí para cá, o pequeno tumor passou a doer de tempo em tempo, correspondendo a fases de crescimento, estas sempre ligadas à gravidez. Atualmente, por se encontrar grávida, está sentindo as exacerbações acima referidas. De 2 anos para cá o nódulo conserva-se do mesmo tamanho. Há um mês, levada pelas dôres, procurou um dentista que a encaminhou ao nosso Serviço.

Exame local: — À inspeção extra bucal, nenhuma anormalidade. No exame endo-bucal, nota-se pequeno tumor na face interna do arco mandibular ao nível dos incisivos, caninos e pré molares inferiores esquerdos. Mede 2 cms. de largura. Vai até o freio da língua, chegando a dificultar a mastigação, que provoca dores locais. A superfície do tumor é recoberta de mucosa íntegra, distendida e de coloração esbranquiçada. À palpação, o tumor é de consistência óssea, preso fortemente à mandíbula e doloroso na porção posterior. Ausência de reações ganglionares sub-mentonianas ou sub-maxilares.



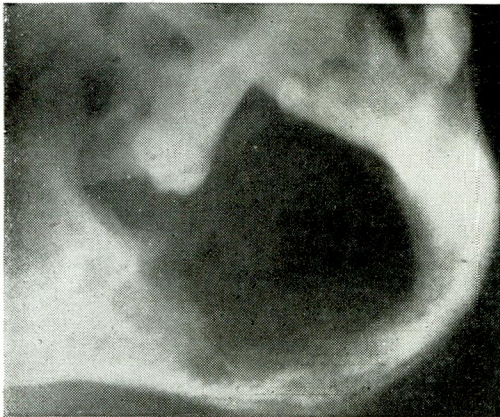
Reg. 6.836. — Grande tumor do ramo horizontal da mandíbula. Mixosarcoma.

Radiografia: — “Formação óssea, bem delimitada, de grande opacidade, apresentando áreas pequenas de maior radio-transparência, na face interna da região mentoniana. Osteoma? Osteocondroma?” (as.) Dr. Evaristo Machado.

Tratamento: — Operada em 8-11-44 sob anestesia local, pelos Drs. Mário Kroeff e Turibio Braz, tendo sido praticada a extirpação do tumor por osteotomia. O exame da peça revelou: — Osteoma eburneo. Sequência operatória normal. Alta curada. — A. Fialho.

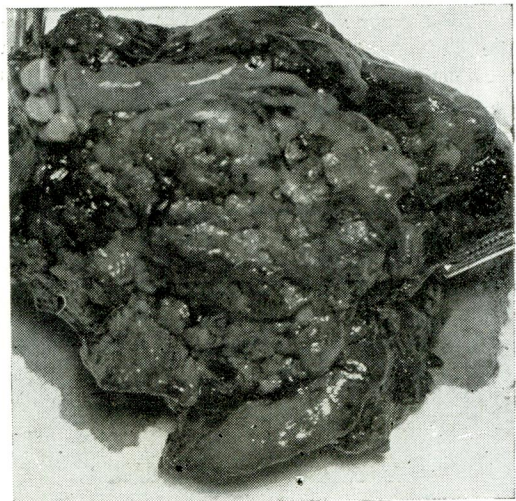
MIXO-SARCOMA

Registro 6.836 — Homem, pardo de 32 anos, procurou o Serviço em 20-7-1945.



Reg. 6.836. — Imagem de ostelise do ramo horizontal da mandíbula desde a linha mediana até à região dos últimos molares.

Doença atual: — Data de 8 anos. Apareceu-lhe pequeno tumor duro e avermelhado no rebordo alveolar inferior esquerdo. Sòmente 4 anos depois, procurou médico que o operou com bisturi elétrico (sic). Houve recidiva local no fim



Reg. 6.836. — Peça operatória, mostrando a face mucosa do tumor, aí compreendido um segmento ósseo mandibular.

de alguns meses. Há 3 meses, submeteu-se a nova intervenção, a qual, segundo seu próprio médico, foi incompleta devido à insuficiência de aparelhagem. Nestas condições, o paciente foi aconselhado a vir para o Rio e procurar nosso Serviço.

Exame local: — Tumor vegetante, ocupando quase tôda a metade esquerda do rebordo alveo-

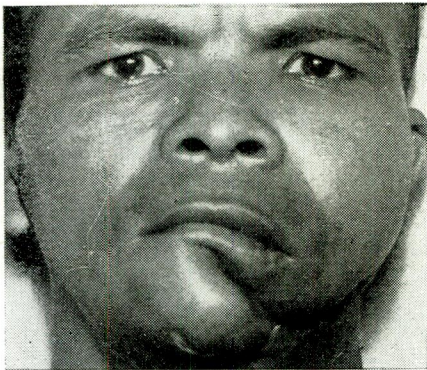
lar inferior. A superfície tumoral é bosselada, de consistência óssea e coloração avermelhada em alguns pontos, amarelo pardacento em outros, parecendo fixa ao ramo horizontal esquerdo da mandíbula. A palpação mostra na região mentoniana



Reg. 6.836. — Doente, logo depois da ressecção mandibular.

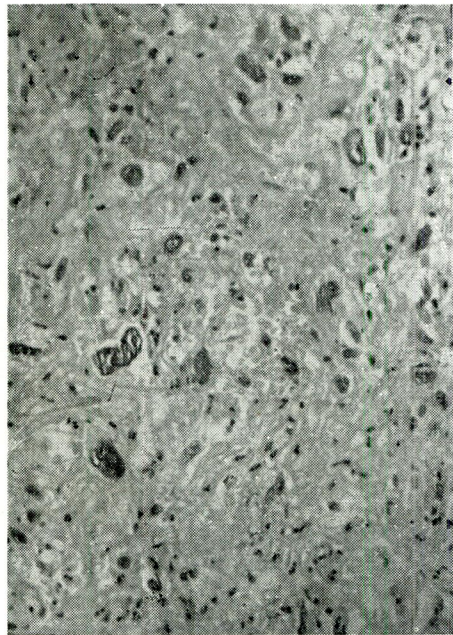
esquerda, tumor endurecido, fixo à pele e à mandíbula, indolor à pressão, parecendo tratar-se de adenopatia sub-mentoniana.

Radiografia: — Em 3-7-945. “Área de osteólise da mandíbula, estendendo-se desde a linha mediana até a região dos últimos grossos molares



Reg. 6.836. — Doente, por ocasião da alta do Serviço.

esquerdos. O processo destruiu o rebordo alveolar em tôda essa extensão, assim como quase tôda a cortical do bordo inferior no terço mediano. A imagem, em aprêço, embora não tendo contornos absolutamente nítidos, de aspecto linear, apresenta-se no entanto bem demarcada. A imagem radiológica é de uma neoplasia maligna. Fibrosarcoma?” (a) Evaristo Machado.



Reg. 6.836. — Mixosarcoma.

Em 9-8-945 — Ausência de modificação digna de menção, com relação ao exame anterior. (a) Evaristo Machado.

Em 27-8-945 — Aspecto praticamente o mesmo do exame anterior. (a) E. Machado.

Biópsia: — Mixo-sarcoma (B. 2.199).

Tratamento: — O doente foi operado em 29-8-45 sob anestesia troncular pelos Drs. Mário Kroeff e João B. Vianna, tendo sido praticada a ressecção do ramo horizontal da mandíbula, deixando-se um segmento condiliano para futura recomposição mandibular.

TUMORES DE CÉLULAS GIGANTES MIELOPLAXOMAS

Os tumores benignos de células gigantes caracterizam-se histo-lógicamente pela presença de elementos gigantocitários, de origem ainda discutida.

Até os trabalhos fundamentais de Ne-laton (1860), os mieloplaxomas, também chamados tumores de células gigantes eram incluídos na categoria dos tumores malignos (sarcoma de mieloplaxas). Isso justificava-se pela grande semelhança existente entre os tumores de células gigantes e os

sarcomas, o que trazia, como trás ainda hoje, dificuldades histológicas para individualizar uns e outros. Um fato clínico também aproxima êsses dois tumores: a frequente degeneração maligna dos mieloplaxomas, espontâneamente ou quando sujeitos a tratamento inadequado.

A etiologia dos tumores benignos de células gigantes é incerta. O traumatismo tem sido imputado por muitos, como elemento causador, mormente quando incide nas epífises. Traz estados hemorrágicos de difícil reparação, dadas as condições de vascularização existentes nêsses segmentos ósseos.

Exames radiológicos imediatos ao trauma e repetidos posteriormente em série regular, puderam em alguns casos acompanhar a formação das imagens peculiares aos mieloplaxomas. Ainda como fator etiológico, responsabilisam-se certas perturbações hormonais ligadas a distúrbios paratireoidianos.

O quadro histológico do mieloplaxoma é caracterizado pela presença de células gigantes que guardam seus caracteres morfológicos. O protoplasma é basófilo e em seu interior pode-se individualizar elementos estranhos (hematias e leucocitos), fato que leva a admitir poder fagocitário aos mieloplaxas. Os núcleos, sempre em grande número, ocupam a região central da célula. O tecido de sustentação é formado de células conjuntivas fusiformes e arredondadas, e de elementos vasculares.

Da maior ou menor percentagem destes elementos, surgem os quadros tipos propostos por Ewing: mixomatoso, chantomatoso, telangectásico e cartilaginoso. A benignidade histológica dêsses tumores é baseada na ausência de elementos atípicos (mitoses anormais, monstruosidades nucleares).

Clinicamente, os tumores benignos de células gigantes apresentam-se de forma arredondada no interior da mandíbula. Possuem consistência mucóide, localizados,

quer na superfície, quer no interior da mandíbula. Possuem consistência mole ou firme, variações dependentes da espessura da camada óssea que os reveste e da forma que tomam. Às vêzes constituem múltiplas cavidades separadas por lâminas ósseas delgadas, o que se pode perceber em certos casos pela palpação. O conteúdo dêsses tumores é característico e formado de tecido de consistência mole, embebido de líquido hemático, semelhante aos restos placentários. Esvaziadas as cavidades, verifica-se que estas não são uniformes e que muitas delas se propagam em direção às porções ósseas normais. Seguindo suas fases evolutivas, distende ou destrói a cortical, rompe o periósteo e invade as partes moles. Uma vez chegando o tumor a êste ponto, deve pensar-se em degeneração maligna.

Os elementos principais da história clínica dos portadores de mieloplaxomas são: dor, tumor e fratura espontânea. Deve-se ainda levar em conta a idade do paciente: é afecção da adolescência.

Os sintomas referidos decorrem do estado de desenvolvimento em que se encontra a afecção. A dor é habitual, mas nem sempre intensa. A tumefação não é precoce, ficando sempre ligada ao tipo histológico, forma clínica e região do esqueleto. As fraturas verificam-se em 10 a 14% dos casos.

O quadro radiológico é indispensável, podendo muitas vêzes, por si só, firmar o diagnóstico. E' mister no entanto para diagnóstico definitivo o comprovante histopatológico, sem o qual não se pode indicar a terapêutica adequada. A afecção presta-se a êrro de diagnóstico, se êste fôr baseado somente nos fatos clínicos e mesmo radiológicos. A própria histologia assemelha-se às vêzes a outras neoplasias ósseas. O diagnóstico diferencial deve ser feito com as distrofias ósseas, os cistos, as osteites fibro-císticas, as exostoses paratireoidianas, os mielomas, os adamantinomas, as lesões epiteliais metastáticas (tireóide, rim) e a sífilis óssea.

Os mieloplaxomas dos maxilares, ora se apresentam no rebordo alveolar, formando o chamado épulis de células gigantes, ora na intimidade do osso, distendendo-o, como tumores endostais. Uma e outra forma são encontradas na criança e no adulto jovem (dos 10 aos 25 anos). Os épulis de mieloplaxa do rebordo alveolar localizam-se de preferência ao nível dos caninos e pré-molares. A evolução é lenta, chegando às dimensões de uma avelã ao cabo de 18 a 24 meses. São tumefações pediculadas, arredondadas ou ovóides, de coloração rósea ou vinhosa, de consistência firme ou mole e indolores às manobras de exploração. Incomodam pela deformidade produzida e pelas perturbações que trazem à mastigação. O diagnóstico deve ser feito com as outras variedades anatômicas de épulis: vascular, fibroso, sarcomatoso e adamantino. Só o exame histo-patológico pode determinar a exata natureza da lesão em aprêço.

Os tumores de células gigantes, que se desenvolvem no interior do eixo mandibular, têm aspecto clínico diferente. São menos frequentes, de evolução mais rápida e localizados comumente na sínfise mentoniana ou no ângulo da mandíbula. Adquirindo grandes dimensões, determinam assimetria facial, dores, edema, fratura espontânea e perturbações funcionais. Quando chegam a romper a cápsula, invadindo as partes moles, tomam caráter e evolução de processo maligno.

O exame radiológico fornece imagens que a par da história mórbida do doente permitem estabelecer o diagnóstico clínico em muitos casos.

Não há destruição óssea. O osso é alargado. A cortical distendida em certos pontos e reduzida a uma lâmina delgada como casca de ovo. Na ausência de intervenção cirúrgica ou fratura, não há reação perióstica com formação de osso como acontece nos sarcomas osteogênicos. As lâ-

minas corticais dão a impressão de divergi-rem do tumor, como sopradas, mas nunca envolvidas pela massa tumerosa como nos casos malignos. Isso nas formas centrais. Nas formas periféricas, não há levantamento da cortical, o tumor confunde-se imperceptivelmente na sombra das partes moles. O interior do tumor é atravessado por septos, formando lacunas mais ou menos regulares. É o típico aspecto de bolhas de sabão. Área rarefeita, septada em lojas pequenas e limitada por cortical afinada num ou noutro polo e distendida sem rutura, mesmo quando as dimensões do tumor tomam grandes proporções. O limite entre o tecido doente e o normal é francamente marcado. É difícil às vezes diferenciar as imagens do mieloplaxoma das outras da osteíte fibrosa e de certos cistos ósseos ou odontogênicos.

O diagnóstico radiológico dos tumores benignos de células gigantes é feito pela séde do tumor, pela imagem característica de expansão óssea, pelo septamento, pela cortical afinada em casca de ovo, com ou sem rutura, limites demarcados, sem destruição óssea.

O tratamento dos mieloplaxomas pode ser realizado pela cirurgia e pelas irradiações. Os dois métodos terapêuticos são capazes de curar. A cirurgia é indicada de preferência para os tumores do rebordo ou endostais de pequeno tamanho.

Nêstes casos, procede-se a extirpação, curetagem ou coagulação, devendo o esvaziamento da loja ser completo para evitar a recidiva. Com êsse fim, a coagulação oferece vantagens sobre a cureta sangrenta.

A cavidade resultante da curetagem deve ficar aberta para provocar a cicatrização por segunda e facilitar a destruição de algum núcleo acaso remanescente. Os processos cirúrgicos são simples, rápidos e econômicos, quando realizados dentro de estritas indicações.

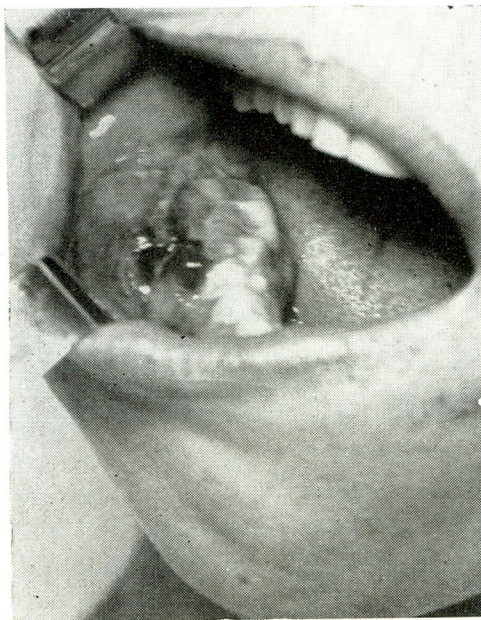
As irradiações têm formal indicação nos volumosos tumores, não só pela radio-

-sensibilidade neles sempre maior, como também pelo fato de evitar a deformação, o que nem sempre consegue a cirurgia. Nos casos de insucesso da cirurgia, a radiação terapêutica posterior pode ainda conseguir resultado, se bem que a eficiência desta diminua com a infecção da loja, provocada pela abertura operatória.

— EPULIS MANDIBULAR DO TIPO
MIELOPLAXA —

Registro 16 — Mulher de 26 anos, branca, casada, procurou nosso Serviço em 19-10-1938.

Doença atual: — Há 3 anos e meio, ao nível do 3.º grosso molar inferior direito, começou a ter dor de dente. Notou logo que esse molar estava



Reg. 16. — Tumor gengival ulcerado, anexo à parede externa da mandíbula, tomando parte do rebordo alveolar. Mieloplaxoma.

cariado. Junto dele apareceu pequena carne esponjosa que doía e sangrava. Procurou remédios caseiros com bochechos de pedra hume, obtendo melhoras a ponto de se julgar curada, não obstante persistia a referida carne esponjosa. Há cerca de 5 meses, a excrecência passou a aumentar com rapidez, invadindo o rebordo alveolar no espaço deixado pela extração anterior, de dois grossos molares inferiores e formando pequeno tumor na face externa da mandíbula. Apresentando dores



Reg. 16. — Mesmo caso da figura anterior depois de operado. Cura. Mais de 6 anos sem recidiva.

e hemorragia durante a mastigação ou quando escovava os dentes, procurou o nosso Serviço.

Exame local: — À inspeção da cavidade bucal, nota-se no ramo horizontal direito da mandíbula, tumor de forma ovóide, do tamanho de um limão. Estende-se do 1.º pré-molar ao ramo montante e apresenta duas ulcerações, de fundo exuberante, recoberto por enduto sero-purulento. Parte de sua superfície mostra-se lisa, vermelho-arroxeada. À palpação digital, o referido tumor



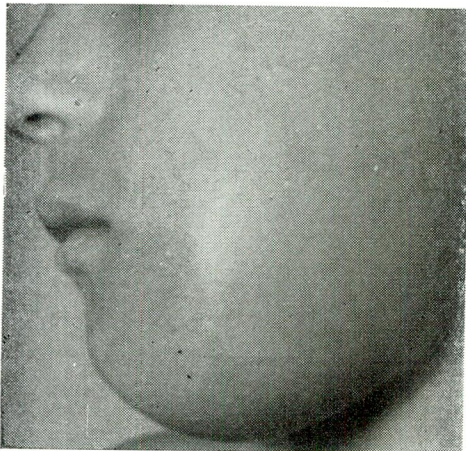
Reg. 16. — Tumor de células gigantes. (Mieloplaxoma).

apresenta consistência dura em toda sua extensão e adere ao corpo da mandíbula. O assoalho bucal do lado do tumor acha-se infiltrado, notando-se pela palpação, combinada a existência, na região sub-maxilar, de um gânglio aumentado de volume, duro e doloroso à pressão. À inspeção externa da hemi-face direita, verifica-se a projeção externa da tumefação mandibular.

Radiografia: — “Não mostra alterações patológicas da estrutura óssea na região examinada. O maxilar conserva sua morfologia e estrutura normais, salvo em correspondência com a região dos grossos molares, onde se nota maior transparência correspondente aos alvéolos vasios, assim como pequena rugosidade do bordo alveolar. Na chapa intra-bucal, feita para as partes moles, nota-se em correspondência com o tumor provavelmente dentro dele, uma sombra não homogênea levemente calcificada. O tumor, propriamente, no caso, não dá imagem aos Raios X”. (a) E. Machado.

A biópsia revelou: — Épulis do tipo mieloplaxa. A. Fialho.

Tratamento: — Operada sob anestesia troncular em 26-10-1938, tendo sido praticada a extirpação elétrico-térmica do tumor e curetada a loja resultante. Boa sequência operatória. Operadores: Mario Kroeff e Luiz Carlos. Vista em Julho de 1945, 6 anos após a intervenção, apresentava-se em estado de cura.

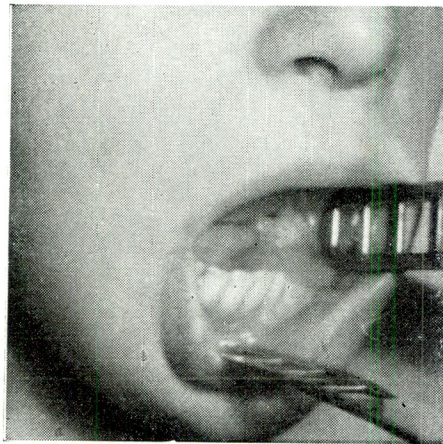


Reg. 1.216. — Tumefação da hemiface esquerda causada por tumor do ramo horizontal da mandíbula. Mieloplaxoma.

TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES

Registo 1.216 — F.S.M. 8 anos, masculino, branco. Internado em 17-4-44.

Moléstia atual: — Começou sua doença com dor de dente. Um mês após, notaram a presença



Reg. 1.216. — No rebordo alveolar inferior esquerdo, ao nível do canino, tumor que espessa o ramo mandibular..

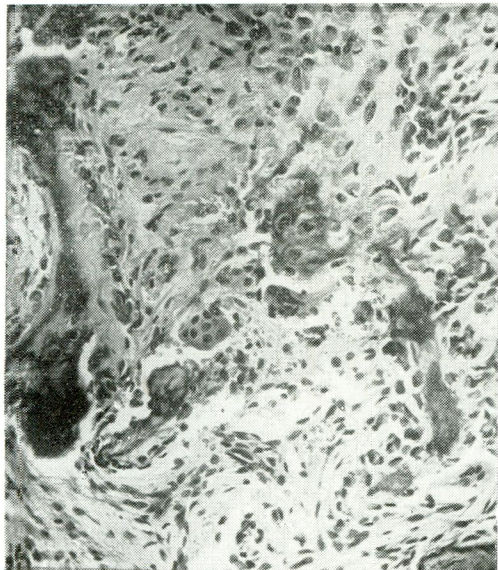
de tumefação no rebordo inferior da mandíbula, que cresceu progressivamente até chegar às dimensões atuais. Esteve em tratamento com dentistas e médicos que lhe prescreveram bochechos e aplicações locais. Encaminhado ao Hospital da Marinha, dali nos foi enviado após exame radiológico da mandíbula.

Exame local: — À inspeção, observa-se grande tumor facial, localizado no ramo lateral esquerdo da mandíbula, extendendo-se à região geniana e supra-oidéia do mesmo lado. A pele que o reveste, apresenta-se distendida, com discreta vascu-



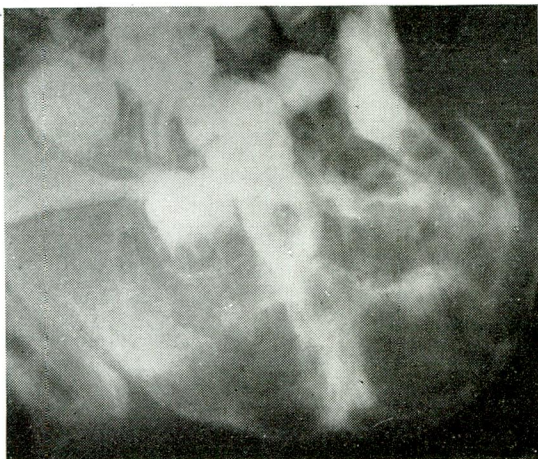
Reg. 1.216. — Imagem de processo osteolítico, policístico da região do canino inferior esquerdo. O osso apresenta aspecto insuflado, com a cortical adelgada.

larização superficial. O tumor é indolor, duro em seus contornos e deprecível em sua parte mais elevada, fazendo parte integrante da mandíbula. Seu limite anterior corresponde à sínfise mentoniana e



Reg. 1.216. — Tumor de células gigantes. Notam-se os dois tipos de elementos que constituem o blastoma: fusiformes e gigantocitários.

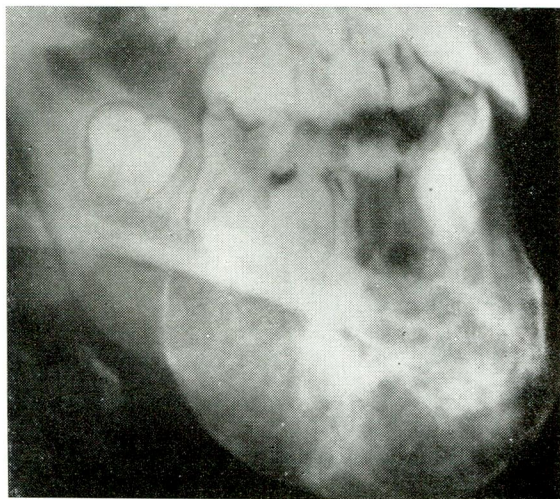
o posterior ao bordo anterior do músculo masseter. Pelo exame endo-bucal, a saliência, com superfície lisa, é sentida através da mucosa do assoalho da boca e estende-se do canino ao segundo pré-molar. Discreta adenopatia sub-maxilar esquerda.



Reg. 1.216. — Cinco meses depois de operado, o aspecto atual policístico leva à conclusão de que o processo se acha em atividade, passando logo o doente à radioterapia. (25-10-44).

Radiografia da mandíbula: — “Mostra processo osteolítico, policístico, na região do canino esquerdo. A lesão tem o tamanho aproximado de uma cereja. Essa parte da mandíbula apresenta-se como que insuflada, havendo redução da cortical (bordo inferior). Trata-se provavelmente de tumor de células gigantes; no pode ser afastada a possibilidade de se tratar de adamantinoma cístico”. E. Machado.

Biópsia, em 24-4-44 revelou: — Tumor de células gigantes com evolução fibrosa. A. Fialho.



Reg. 1.216. — Dez meses depois da chapa anterior e após irradiação, a imagem radiológica mostra redução dos limites gerais do tumor e acentuação dos septos ósseos que circunscrevem os cistos já menores. 2.6.45).

Tratamento: — Operado em 6-5-44, sob anestesia geral pelo éter. Destruição eletrotérmica de toda a massa tumoral, tendo sido introduzido o eletrodo profundamente na porção medular do osso, respeitando o periosteio. Operadores: M. Kroeff e E. Burnier. A seqüência operatória transcorreu sem acidentes.

Alta em 26-5-44, tendo já havido eliminação de todo tecido coagulado. Resultou apreciável cavidade constituída de paredes ósseas parcialmente recobertas por tecido de granulação que acabara se formando pouco a pouco.

Visto o doente em 22-7-44, o tumor apresentava-se menor e reduzida a cavidade resultante da coagulação. Mais tarde, em 25-10-44, verificou-se que a tumefação havia aumentado de volume. O exame radiológico, procedido nessa época, mostrou: “A imagem atual revela grande aumento em todos os sentidos do ramo horizontal esquerdo da mandíbula, com aspecto policístico grossei-

ro, devendo haver reprodução do tumor" (a) E. Machado.

Em face do resultado, o doente foi encaminhado à Seção de Roentgenterapia do Hospital da Marinha, onde lhe fizeram 2000 r. sobre o tumor. Não sendo suficiente a dose, tomou outra



Reg. 1.216. — Foto um ano depois da roentgenterapia. Leve deformação mandibular. Hoje sem deformação aparente. (Nov. 47).

série de irradiações com o Dr. OSOLANDO JUDICE MACHADO, num total de 3.000 r. O tumor regrediu consideravelmente e o doente está em condições de cura clínica até hoje, novembro de 1947. Apresenta apenas pequena deformação facial.

— MIELOMAS —

Os mielomas são tumores de grande malignidade e originários da medula óssea. Histologicamente, admitem-se quatro variedades: Mieloma plasmocitário, mielocitoma, linfocitoma e eritroblastoma.

Clinica — A doença foi descrita pela primeira vez por Mac Intoye em 1850. Rusticky reconheceu-a como afecção própria da medula óssea. Manifesta-se habitualmente com a forma de focos múltiplos e daí vem a denominação que tem recebido: mieloma múltiplo e mieloma agúdo. Na literatura médica, vários casos de supostos mielomas solitários têm sido assinalados, chegando mesmo alguns deles a grandes

dimensões, antes do aparecimento de outras lesões similares. Ocorrem em indivíduos de mais de 40 anos de idade e predomina no sexo masculino. A multiplicidade das lesões é o fato mais característico da doença. Inicia-se, geralmente, com lesões localizadas no esterno, costelas, vértebras, crâneo, femur, ilíaco, mandíbula etc., constituindo nódulos múltiplos de tamanho e consistência variáveis. Só raramente se encontra o verdadeiro mieloma único. O osso sofre processo de osteoclasia com delgada cortical e desmineralização que leva a fraturas patológicas, perfurações e a invasão das estruturas vizinhas ao tumor. São duros ou moles à apalpação, de acordo com o estado evolutivo dos mesmos e o grau de vascularização. Estas permitem até oscilações volumétricas com batimento, expansão e sopro.

O início da doença é insidioso, sem quadro clínico peculiar. A dor é o sintoma mais frequente e resulta da erosão do periosteio e compressão de seus elementos nervosos. Pelo fato dos mielomas serem geralmente múltiplos, as compressões nervosas produzidas aparecem em vários pontos, atingindo verdadeiros paroxismos dolorosos, na sede das lesões ou em zonas de irradiação. Há sempre certo grau de toxemia e de progressiva anemia.

As lesões ósseas são destrutivas e as fraturas espontâneas ocorrem com frequência, constituindo em certos casos o sintoma revelador da doença. Nenhuma outra espécie de tumor primitivo do esqueleto ou mesmo secundário, dá tão alta percentagem de fraturas patológicas (62%). Sintomas renais com quadro de nefrite ou de nefrose sempre aparecem. A presença de corpos de Bence-Jones na urina é fator de grande importância no diagnóstico destas lesões. A proteinúria de Bence-Jones é sinal importante da mieloma. Não é patognomônico porque tem sido encontrado em tumores metastáticos dos ossos, na osteomalacia senil, leucemia linfóide, poli-

citemia, etc. Sua presença nos mielomas múltiplos cai a 80%. O aspecto radiológico dos mielomas caracteriza-se pela formação de áreas arredondadas de rarefação óssea, como metástases, localizadas no mesmo osso ou em peças diferentes do esqueleto. No crânio, são os frontais e parietais os mais atacados; na coluna, as regiões dorsais inferiores e lombares; nos arcos costais, as últimas costelas, da quinta para baixo, e no externo, as proximidades das articulações condro-externais.

O diagnóstico de mieloma, em seu início, não é fácil, pois a doença pode ser confundida com muitas outras. Os elementos básicos são: dores do tipo nevrálgico, dorso lombares, persistentes, agravadas com o movimento; presença de tumores múltiplos de localização predominantemente torácica, deformações, fraturas e luxações espontâneas; presença de corpos de Bence-Jones na urina; exame de material colhido por punção esternal e finalmente exame histopatológico de fragmento da lesão.

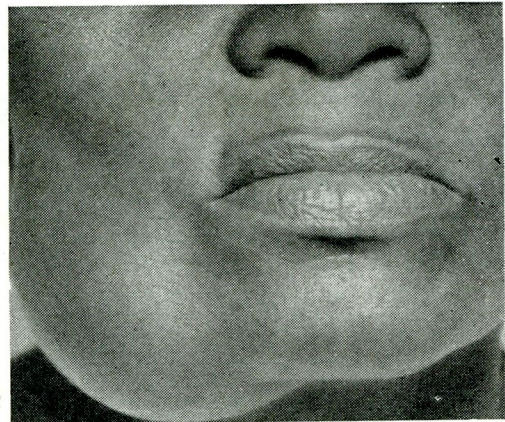
O prognóstico dos mielomas é sempre mau. A doença evolue progressivamente, às vezes com períodos de remissão, levando os doentes à morte em extrema caquexia. A duração da enfermidade não vai além de 6 meses no geral. Há casos de 4 meses e outros de mais de 9 anos.

O tratamento dos mielomas é ainda problema aberto. A doença, não tendo caráter local, parece ser afecção própria do sistema hemato-poiético, originando-se a um só tempo em múltiplos focos medulares dos ossos longos. Todos os recursos terapêuticos até hoje utilizados como a roentgenerapia, as ressecções, amputações e medicações de ordem geral, não têm passado de mera ação paliativa. A radioterapia dá apenas melhoras temporárias locais e gerais, principalmente contra o fenômeno doloroso.

MIELOMA PLASMOCITARIO

Registro 845. — Mulher preta, 54 anos, procurou o Serviço em 10-4-1942.

Doença atual: — Há 6 meses, sentiu dormência na metade direita do lábio inferior e uma semana após, notou no ramo horizontal da mandíbula, pequeno nódulo, como grão de milho, duro e fixo ao osso. Passado um mês, já havia atingido as dimensões de uma azeitona. Fez evulsão de dois grandes molares no local doente, os quais, segundo informa, estavam infetados. Não melhorou e por isso veio a este Serviço.

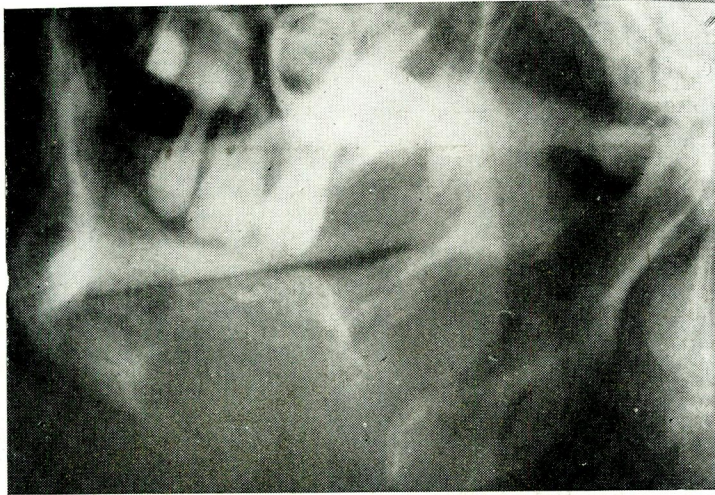


Reg. 845. — Tumor arredondado do tamanho de ovo de galinha, fazendo conexão com o ramo horizontal da mandíbula direita. Mieloma.

Exame local: — À inspeção, observa-se tumor arredondado na hemiface direita, ocupando a região masseterina. A pele, que o reveste, é distendida, sem circulação venosa superficial, nem perturbações tróficas. Pela palpação, verifica-se que o tumor é de superfície lisa, de consistência elástica, indolor e faz corpo com o plano ósseo. A pele não está infiltrada, nem apresenta aumento de calor local. O exame endo-bucal nenhuma anormalidade revelou. Ausência dos grandes molares inferiores direitos e de adenopatias sub-maxilares e cervicais. A pesquisa das sensibilidades tátil, térmica e dolorosa na metade direita do lábio inferior demonstrou acentuada redução.

Radiografia da mandíbula. "Processo osteolítico, destruindo parte da porção posterior do ramo horizontal direito da mandíbula e estendendo-se por cerca de 3 cms. para o ramo ascendente". Evaristo Machado.

Biópsia por aspiração: "No líquido hemorrágico, o exame citológico demonstrou tratar-se de blastoma constituído por células redondas. Mieloma? (a) Amadeu Fialho.



Reg. 845 — Processo osteolítico, destruindo a porção posterior do ramo horizontal da mandíbula e ramo ascendente. O aspeto radiológico é de tumor ósseo, provavelmente maligno.

A esses resultados juntou-se a biópsia a céu aberto. E o resultado do exame histopatológico do fragmento do tumor: "Mieloma com células predominantes do tipo plasmocitário". Amadeu Fialho.

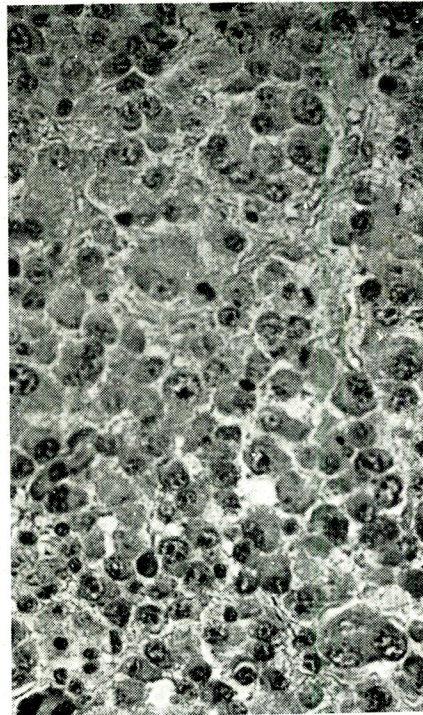
Tratamento e seqüência: Em face do resultado, a doente submeteu-se a roentgenerapia em 10-4-41. Recebeu 5.376 rs. em 5 meses. As melhoras foram pequenas. A consistência do tumor que era elástica, passou a ser fibrosa e o tumor deixou de crescer. Dois meses depois, em 25-11-42 a doente foi re-examinada. Na região frontal, uma tumefação de contornos pouco nítidos e consistência fibro-elástica.

A radiografia do crânio revelou: "No crânio, observamos áreas de rarefação óssea de limites imprecisos, situadas na bossa frontal e num dos parietais. A imagem radiológica lembra metastases osteolíticas". Evaristo Machado.

Em 5-2-43, foi registrado o seguinte: Bom estado geral. O tumor mandibular que havia regredido parcialmente com a radioterapia, passou a aumentar, estando nas mesmas condições da época da admissão. A consistência atual é dura, óssea. Há na região frontal um tumor das dimensões de um limão e outro na região fronto-parietal esquerda, pouco maior. Ambos são de consistência mole, depressíveis, sem batimento e indolores. A exploração radiológica do crânio evidenciou: "Extensas áreas arredondadas de rarefação óssea, situada duas no frontal e uma no parietal direito. Metástases craneanas. No ramo mandibular direito observamos as imagens de rarefação já percebidas em exames anteriores". Evaristo Machado.

A pesquisa de albumose de Bence-Jones foi negativa.

"Praticada a punção esternal foram encontrados abundantes elementos celulares, semelhantes

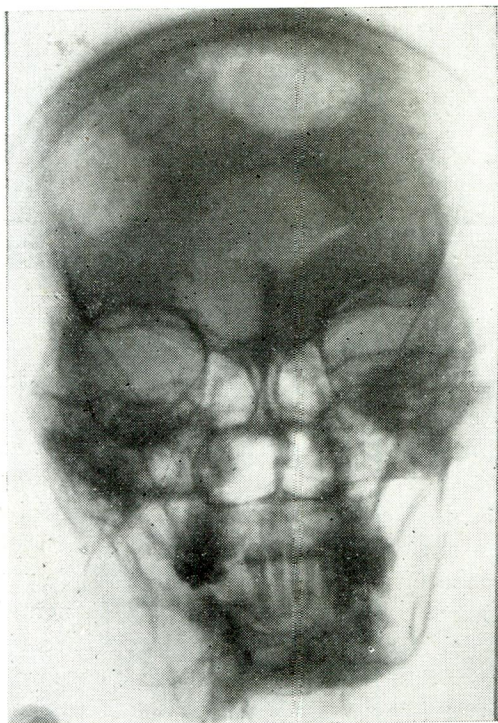


Reg. 845. — Grandes células redondas com volumosos nucleos. Mieloma plasmocitário.



Reg. 845. — Radiografia feita no nono mês de doença estando a paciente submetida a tratamento pelos Raios X. Existe aumento da lesão em confronto com a radiografia anterior (três meses) e acentuada demarcação dos contornos.

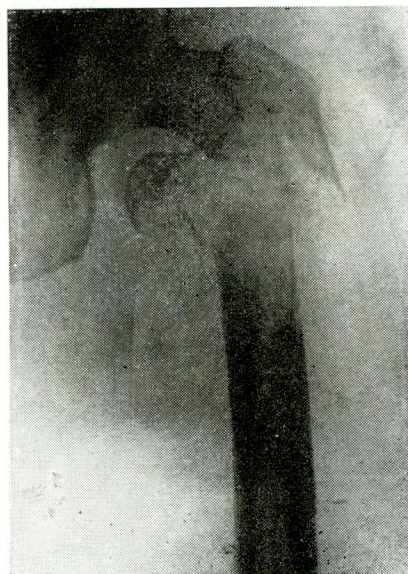
a células plasmáticas, porém com modificações morfológicas assinaladas por diversos autores e que, por si só, impõem a denominação de elemen-



Reg. 845. — Metatases cranceanas aos 9 meses de enfermidade.

tos pseudo-plasmáticos. O mielograma revelou o seguinte :

Mieloblastos	1
Promielocitos	3
Mielocitos : {	
Neutrófilos	8
Eosinófilos	2
Basófilos	0
Metamielócitos	5
Eosinófilos	1
Basófilos	1
Neutrófilos segmentados	2
Linfócitos	2
Células pseudo-plasmáticas	70
Megacariócitos	0.5
Proeritroblastos	1
Eritroblastos	2.5



Reg. 845. — Metastases na extremidade superior do fêmur esquerdo aos 14 meses de doença. Fratura espontânea.

Os elementos pseudo-plasmáticos apresentavam-se grandes, com protoplasma muito abundante, núcleo redondo ou ligeiramente ovoide, com fina rede de cromatina, disposto de maneira excêntrica. Elementos em fase final de divisão foram comumente encontrados. O protoplasma corava-se em azul ou, mais comum, mostrava-se basófilo. A zona mais clara, justa-nuclear, tão comum nas células plasmáticas, não foi encontrada". (Roberto Luiz Pimenta de Mello.)

Embora o estado geral tenha se conservado satisfatório, as lesões assinaladas no crânio continuaram a crescer, principalmente, a da região frontal, que atingiu o dobro do volume consignado no dia 5-2-43, com batimentos e expansão. Em 29 de Março formação nodular dura ao nível da articulação esterno-clavicular direita e outra na parte mediana do corpo do esterno. Em Junho, novos tumores foram percebidos na coxa e região glútea esquerda. Dores intensas, reumatoides nas pernas, no tronco e cabeça. A marcha tornou-se difícil pela fraqueza dos membros inferiores. Em 10 de Julho, fratura espontânea do colo do fêmur esquerdo. Em 1 de Janeiro de 1944, a doente deformada por múltiplos tumores disseminados pelo crânio, tórax e abdômem, cheia de escaras e em extrema caquexia, entrou em coma, vindo a falecer no dia 4 do mesmo mês, com 26 meses de doença.

Os tumores metastáticos da mandíbula são pouco frequentes. O elemento neoplásico é transportado por via hematogêna. A lesão primitiva localiza-se em geral na próstata, mama, tireóide, etc. As figs. 1.341 mostram um caso de metástase mandibular de tumor do colo uterino (carcinoma epidermóide espino-celular).

Tratamento — Os tumores propagados são passíveis de tratamento cirúrgico e o resultado terapêutico pode ser permanente. No Serviço Nacional do Câncer empregamos a hemi-ressecção nos casos muito extensos de invasão total do osso, quando não se pode mais contar com uma faixa

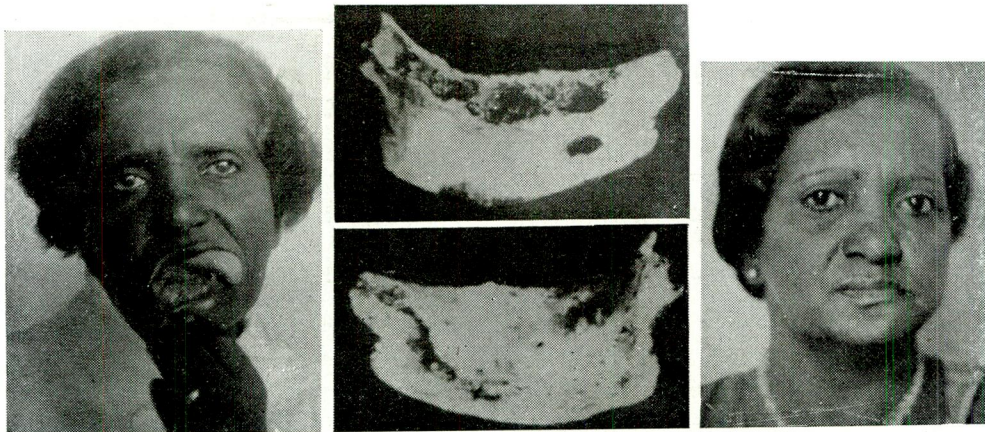


Fig. — Primeiro caso tratado pelo processo da coagulação óssea sem ressecção imediata. (M. Kroeff). Condrosarcoma da mandíbula com 16 anos de cura. Vêm-se o sequestro que abrange um segmento mandibular e a doente depois de processada a osteogênese

TUMORES SECUNDÁRIOS

Os tumores secundários da mandíbula são ou propagados ou metastáticos. Os propagados resultam da invasão do osso por processo maligno localizado na vizinhança. Assim, as lesões dos lábios, do assoalho da boca, do rebordo alveolar, da língua, em avançado período de evolução estendem-se à mandíbula. Esta categoria constitui o tipo mais comum dos tumores secundários, ou propagados.

perióstica para futura regeneração óssea. Nos casos localizados, com invasão parcial do osso, damos preferência à técnica de Mário Kroeff que coagula a porção afetada no plano ósseo, respeitando uma faixa da estrutura óssea ou do perióstio, conforme a localização do tumor. Em vez de praticar-se a ressecção segmentária da mandíbula, há apenas destruição local eletro térmica das partes moles afetadas e da porção óssea invadida pela neoplasia. Permanece intacta uma faixa óssea ou um bordo com seu perióstio para guardar a continuidade

do eixo ósseo e servir de guia na regeneração, evitando assim a deformação.

A regeneração processa-se normalmente e o sequestro, resultante da coagulação ou necrosação da porção óssea afetada,

tar o processo da ossificação. Noutros, houve destruição total de uma porção do eixo mandibular, com eliminação completa de um segmento, abrangendo tôda a circunferência do mesmo, sem haver no



Figura. Sequestros resultantes de coagulação segmentar da mandíbula, eliminados espontaneamente sem desfazer o eixo mandibular. Alguns deles compreendem todo um segmento circunferencial da mandíbula. Processo Mário Kroeff.

elimina-se no fim de algum tempo (50 a 60 dias). Figura desta página e da anterior.

As observações anexas com suas ilustrações mostram os resultados obtidos. Nêles, em alguns casos praticamos a destruição parcial do osso invadido, ficando a faixa restante, como uma ponte para orien-

entanto interrupção da continuidade óssea.

Nos tumores metastáticos, o tratamento é paliativo, pois que em geral a metástase não é única. A terapia pelas irradiações melhora as dores e detem, de certo modo, a evolução do processo.

CARCINOMA DO REBORDO ALVEOLAR

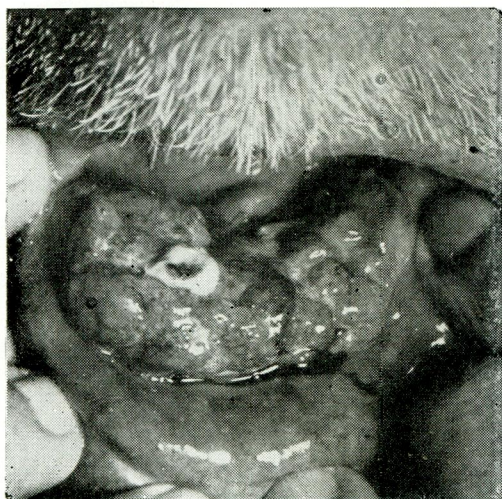
Reg. 432 — Z.C.R., homem, 68 anos, branco, procurou o Serviço em 15 de Julho de 1940.

História atual — Data a doença de 4 meses. Sentindo inflamada a gengiva dos incisivos inferiores, procurou um dentista que lhe fez extrações dentárias. Depois, cauterizou a gengiva com nitrato de prata. Sôbre o rebordo originou-se pequeno tumor que tem crescido.

Exame local — A inspecção da cavidade bucal mostra existência de grande tumor, de superfície irregular, de coloração rósea, localizado no rebordo alveolar da porção mentoniana. Fig. 432 Pela palpação, o tumor é de consistência firme e está prêso ao plano ósseo.

Linfo-adenopatias sub maxilares e cervicais.

Radiografia da mandíbula — Nota-se irregularidade no rebordo alveolar correspondente ao terço do ramo horizontal.



Reg. 432. — Grande tumor úlcero-vegetante do rebordo alveolar anterior da mandíbula com invasão óssea. Carcinoma espino-celular.

Biópsia — Carcinoma espino-celular ceratinizado (B. 435).

Tratamento — Operado em 3-8-1940 sob anestesia troncular. Foi praticada a eletro-coagulação do tumor, incluindo-se as partes moles e a porção mandibular correspondente que se apresentava afetada pelo processo Mário Kroeff. Operadores: Luiz Carlos de Oliveira e Jorge de Marsillac.

Resultado — A seqüência operatória decorreu sem acidente. O sequestro de coagulação foi eliminado no fim de 113 dias, sem deixar deformação do eixo mandibular, nem da face do doente. A fig. 432 mostra o sequestro no momento de ser retirado, ainda preso ao plano ósseo subjacente. Faleceu em 21-5-941.

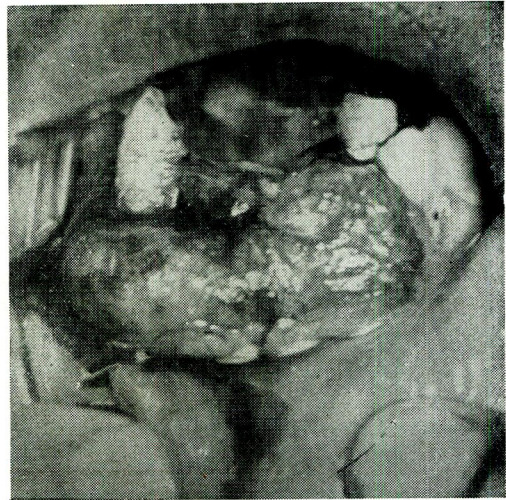


Reg. 432. — O tumor úlcero-vegetante do rebordo alveolar foi largamente coagulado. O sequestro resultante, ainda preso à porção viva da mandíbula.

CARCINOMA DO REBORDO ALVEOLAR DA MANDÍBULA

Registro n.º 698 — M. M. C., homem, 37 anos, preto, procurou o Serviço em 22 de Março de 1941.

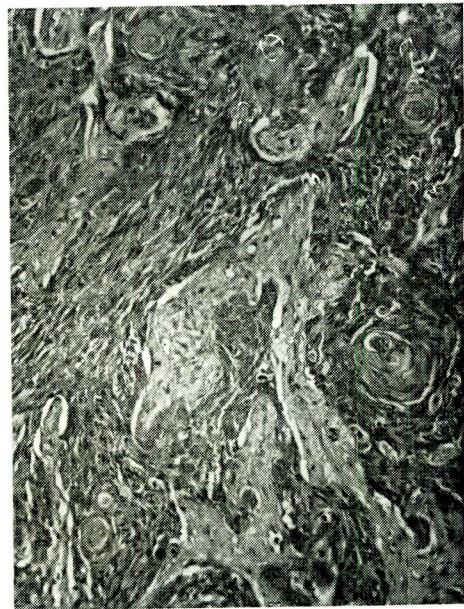
História da doença — Há um mês e 15 dias, procurou um dentista porque os incisivos inferiores estavam abalados. Foram extraídos. Alguns dias depois, apareceu-lhe pequeno nódulo no rebordo alveolar correspondente, o qual passou logo a crescer rapidamente. Por esta razão foi encaminhado a nosso Serviço, pelo próprio dentista. Sente dores fortes no local da lesão, principalmente quando se alimenta. Há duas semanas, teve hemorragia.



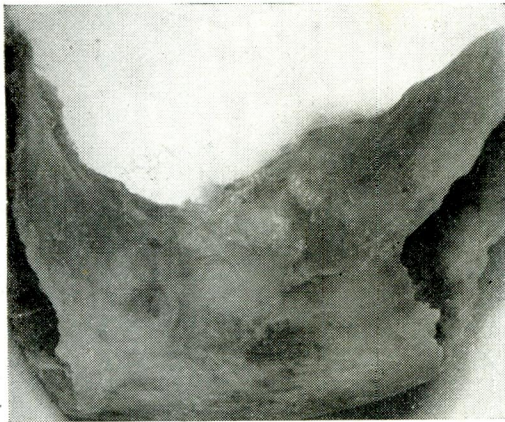
Reg. 698. — Tumor úlcero-vegetante do rebordo alveolar anterior com invasão óssea. Carcinoma espino-celular.

Exame local — Nota-se a presença de tumor vegetante localizado no rebordo alveolar inferior da região mentoniana. Fig. 698. A superfície é de cor avermelhada, apresentando pontos hemorrágicos e esbranquiçados. Sangra com facilidade. O tumor invade a face posterior do rebordo alveolar, o assoalho da boca e a face inferior da língua. Discreta adenopatia sub-maxilar direita.

Radiografia da mandíbula — “Zona de destruição óssea em correspondência com o canino infe-



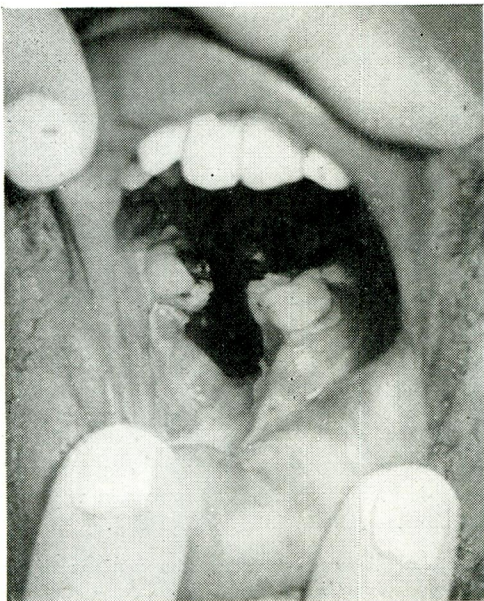
Reg. 432. — Carcinoma espino celular.



Reg. 698. — Sequestro resultante da coagulação larga da lesão úlcero-vegetante do rebordo alveolar com invasão óssea. A eliminação abrange um segmento inteiro, circunferencial do eixo ósseo, como se pode ver pelo bordo inferior nítido do sequestro.

rior direito, reduzindo a espessura da mandíbula a custa do rebordo alveolar". (E. Machado).

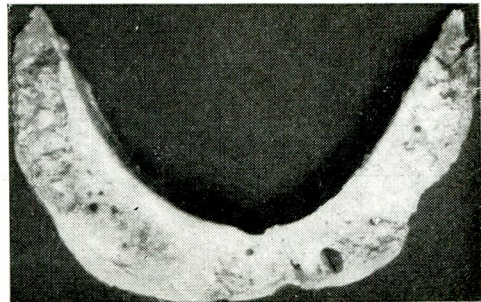
Tratamento — Operado em 10.10.1941, sob anestesia local, tendo sido praticada a eletro-coagulação de todas as partes moles do tumor; o osso afetado, isto é, o rebordo alveolar; a face interna e externa da mandíbula, até o bordo inferior, completando-se assim toda a circunferência óssea Es-



Reg. 698. — Neste caso houve solução de continuidade no eixo ósseo. Os dois segmentos vivos, depois da eliminação do sequestro, aproximaram-se formando neo-artrose. Pelo afrontamento houve consolidação fibrosa e depois óssea.

vasiamento ganglionar sub-maxilar bi-lateral e ligadura das artérias linguais. Operadores: Drs. Mário Kroeff e Jorge de Marsillac.

Resultado — A seqüência operatória decorreu sem acidente. O sequestro mandibular resultante da coagulação foi eliminado no fim de 81 dias, sem deixar deformação facial apreciável. O sequestro compreende um segmento circunferencial do eixo mandibular, vendo-se perfeitamente o bordo inferior do mento. O exame da peça revelou: — Carcinoma espino-celular, P.C. n.º 549.

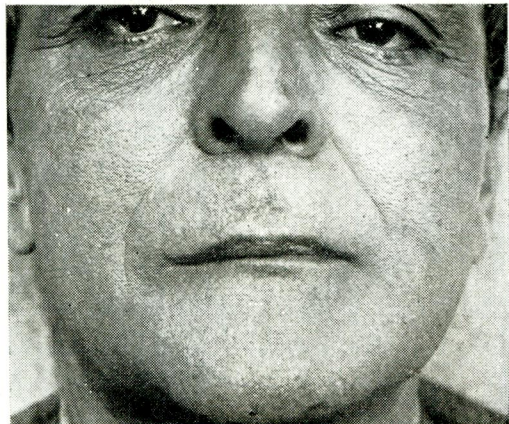


Reg. 305. — Sequestro resultante da coagulação da porção mandibular afetada.

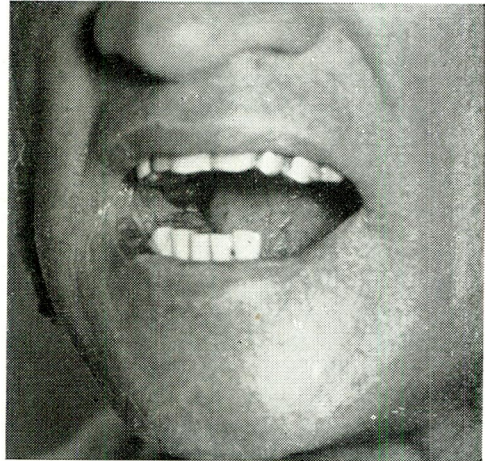
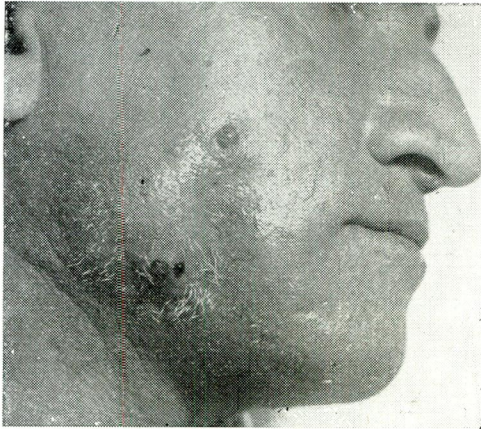
CARCINOMA DO ASSOALHO DA BOCA COM INVASÃO MANDIBULAR

Reg. 305 — J.S., homem, 55 anos, branco, procurou o Serviço em 27 de Dezembro de 1939.

Moléstia atual — Há um mês e meio, senti pequena irritação no rebordo alveolar inferior esquerdo. Logo cresceu aí um tumor, tomando aspecto vegetante e propagando-se ao assoalho da boca.



Reg. 305. — Depois de eliminado o sequestro resultante da coagulação da porção óssea afetada, a fisionomia do paciente mostra-se sem deformação.



Reg. 9123. Grande tumor do rebordo alveolar inf. com invasão dos tecidos moles da face até a superfície cutânea. Carcinoma espino-celular.

Exame local — À inspeção endobucal, nota-se extensa lesão úlcero-vegetante que abrange todo rebordo gengival inferior esquerdo, assoalho da boca e quase toda a face inferior da língua. O aspecto da lesão é, em alguns pontos, de couve-flor e, em outros, ulceroso, com bordos irregulares e fundo necrosado. Há infiltração da base de toda zona do tumor, a qual se estende para fóra dos limites da lesão. Adenopatias sub-maxilares esquerdas pequenas, livres e indolores.

Radiografia da mandíbula — “Não se encontram sinais de alteração óssea”.

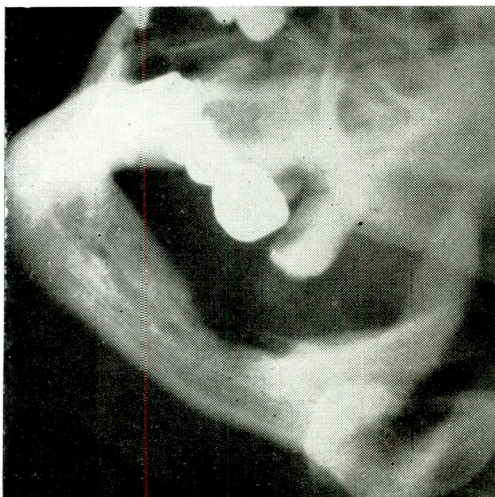
A biópsia revelou — Carcinoma espino-celular ceratinizado.

Tratamento — Operado em 23-1-1940, tendo sido praticada a coagulação das partes moles, rebordo alveolar, face interna da mandíbula e assoalho da boca. Operadores: Drs. Penido Burnier e Jorge de Marsillac.

Resultado — A sequência operatória procedeu-se regularmente, dando-se logo a exposição da porção óssea atingida pela coagulação. O sequestro eliminou-se espontaneamente ao cabo de 55 dias, deixando por baixo um segmento são.

A foto mostra o doente sem deformação facial.

O doente faleceu repentinamente em 15 de Setembro de 1940.



Reg. 9.123. — Lesão osteolítica do rebordo alveolar direito da mandíbula.

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DA BOCHECHA

Registo n.º 9.123 — Homem branco, de 47 anos, procurou o Serviço em 19-3-947.

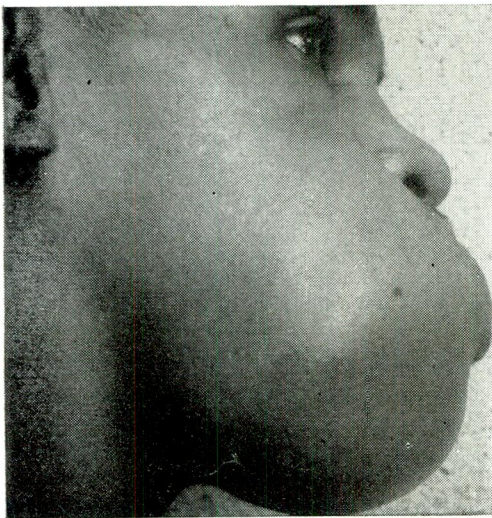
Doença atual: — Data de 3 anos uma placa branca na face interior da bochecha direita. Há 1 ano e meio, esse ponto foi tomado por carne esponjosa. Procurou um dentista que lhe extraiu vários dentes, recomendando uma consulta médica. Após as extrações, outras formações vegetantes surgiram na gengiva inferior à direita.

Exame local: — Na mucosa geniana direita, junto da comissura labial, extensa formação papilomatosa de superfície irregular, com 4 cm. de diâmetro. A consistência é mais ou menos firme. A gengiva do rebordo alveolar inferior apresenta um tumor ulcerado de 7 cm. x 2 cm.; a infiltração invade o rebordo alveolar, o sulco gengival ex-



Reg. 191. — Grande tumor que abrange o arco mandibular e deforma consideravelmente a face do doente. Na boca perda espontânea de alguns dentes e implantação irregular de outros já abalados. Fibro-sarcoma.

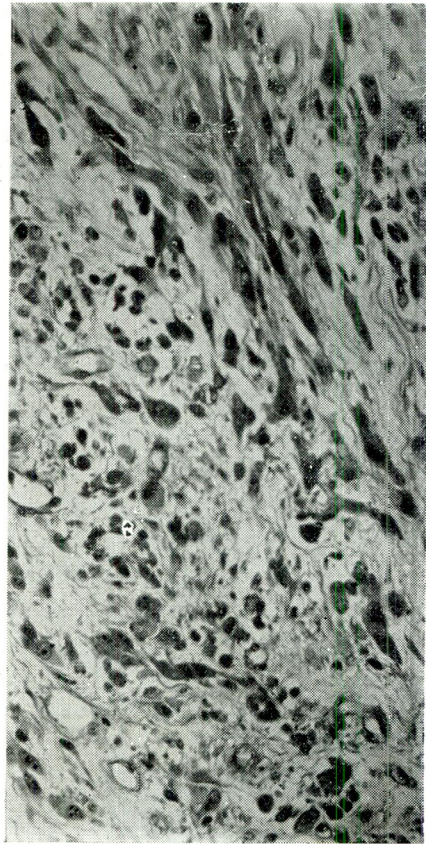
custa do ramo horizontal direito da mandíbula e do tamanho de uma grande laranja. A mucosa que o reveste, distendida e luzidia, apresenta em



Reg. 191. — O mesmo caso da figura anterior.

alguns pontos aspectos vegetantes. Sialorréia abundante e hálito fétido. Os movimentos mandibulares estão conservados. O tegumento cutâneo não apresenta alterações. O tumor é de consistência dura, faz corpo com os ramos horizontal e ascendente direitos da mandíbula e estende-se para o interior da boca. O assoalho da boca e a mucosa geniana desse lado, acham-se grandemente infiltrados e ulcerados em alguns pontos. Discreta adenopatia sub-maxilar direita.

Exame histopatológico: — Fibro-sarcoma.



Reg. 191. — Fibro sarcoma.

Tratamento: — Operado em 5-8-939, sob anestesia troncular, tendo sido praticada eletro-coagulação do tumor em toda sua extensão. Operadores: Mário Kroeff e Nelson Costa. A sequência foi acidentada, tendo o doente falecido 6 meses após a intervenção.

Radiografia: — “A radiografia revela aspecto grosseiro de estrutura óssea, nos 2/3 anteriores do ramo horizontal direito da mandíbula. Invasão óssea, de tumor de partes moles?” (a) Evaristo Machado.



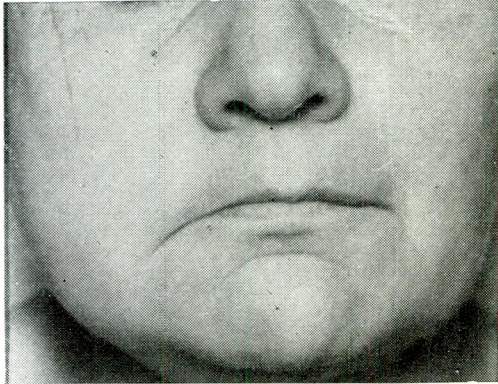
Reg. 191 — A-p'cto grosseiro de estrutura óssea nos 2/3 anteriores do ramo horizontal direito da mandíbula. Invasão óssea, de tumor de partes moles.

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DA MANDÍBULA — METASTÁTICO

Registro n.º 1.341 — Mulher, branca, 48 anos, encaminhada ao Serviço em

Doença atual — Há 1 mês, dór de dente no último grosso molar inferior direito, com inchaço do rosto. Procurou a Policlínica Geral, onde esteve internada durante 8 dias. Aí foram praticadas várias radiografias da mandíbula que mostraram grande destruição óssea. Nessas condições, foi enviada ao nosso Serviço.

Exame local — Pela inspeção, discreta assimetria facial direita, caracterizada por queda da comissura labial e aumento de volume da região geniana desse lado. A doente abre incompletamente a boca e, quando o faz, acusa dór ao nível do ângulo mandibular direito e da articulação temporal do mesmo lado. Ausência de modificações cutâneas apreciáveis. Pela inspeção endobucal, verifica-se a falta dos 3 grandes molares inferiores direitos e a existência de formação tumerosa localizada no rebordo alveolar, de forma arredondada e revestida de mucosa de aspecto normal. Pela palpação ex-



Reg. 1.341. — Deformação facial causada por tumor do ramo horizontal direito da mandíbula. Carcinoma epidermóide. Metástase de blastoma do cólo do útero.

terna, percebe-se tumefação dura, dolorosa, situada na região geniana direita, onde o toque bi-digital da bochecha mostra que a mesma faz parte integrante do segmento ósseo. É de consistência firme e dolorosa à pressão. A punção exploradora revelou ser tumor sólido. A exploração do território do nervo mentoniano direito revelou acentuada diminuição das sensibilidades tactis, térmicas e dolorosas.

Exame radiológico — “Processo osteolítico tomando os 2/3 inferiores da metade anterior do ra-

mo ascendente e a parte contígua do ramo horizontal (ângulo). Desaparecimento da cortical em tôda essa extensão. A imagem radio transparente tem forma oval, contornos irregulares, pouco nítidos. O aspecto radiológico é de neoplasia provavelmente maligna”. (a) Evaristo Machado.

Biópsia — Praticada sôbre o tumor alveolar revelou: carcinoma epidermóide.

Exame ginecológico — Ao exame especular, cólo ulcerado, vegetante, hemorrágico.

Biópsia da lesão do cólo uterino — Carcinoma epidermóide, grau 3.

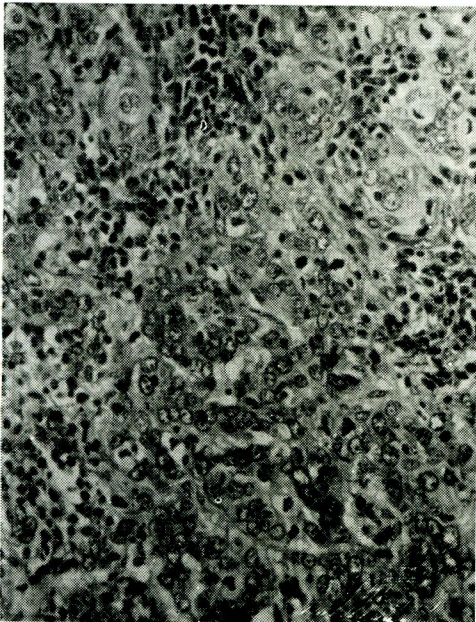
Tratamento — Roentgenterapia paliativa. A doente faleceu.

LEONTÍASE ÓSSEA

Doença descrita pela primeira vez por Malpighi, em 1697, a leontiasse óssea caracteriza-se por acentuada hiperostose dos ossos da face e do crâneo, podendo atingir parte ou a totalidade dos ossos da face e do crâneo. Nos casos adiantados, há deformação facial ou crâneo-facial, chegando os ossos a atingir mais de uma polegada de espessura e o peso do crâneo



Reg. 1.341 — Lesão osteolítica do ramo horizontal da mandíbula com invasão até o rebordo inferior, de aspecto metastático.



Reg. 1.341. — Carcinoma epidermoide gráo 3.

alcançar de 3 a 4 quilos. A etiologia da enfermidade é desconhecida. Talvez o traumatismo, as infecções, as perturbações metabólicas e endocrinas possam ter influência em sua origem. A osteíte deformante, ou doença de Paget tem sido observada também no maxilar superior e, como há casos de leontíase com comprometimento de ossos longos, as duas enfermidades assemelham-se, chegando alguns a sustentar que a leontíase nada mais é que a localização crâneo-facial da osteíte deformante de Paget.

A doença pode tomar aspecto localizado ou generalizado, sendo que o ponto de partida mais comum é o ramo montante dos maxilares superiores, invadindo daí progressivamente o macisso facial, o maxilar inferior e o crâneo. Histològicamente, nota-se desaparecimento precoce da estrutura ossea normal, com formação de lacuna e proliferação excessiva do tecido connectivo fibroso e vascular, tudo como na osteíte fibro-cística.

A sintomatologia é variada e depende da extensão do processo. A deformação facial progressiva forma o sintoma característico, aquele, que mais impressiona os doentes. A cefalea precoce é mais sinal de gravidade. Não raro, nos casos avançados, observam-se exoftalmos, defeitos visuais e auditivos, nevralgias, paralisias e dilatações venosas faciais, obstrução nasal e lacrimal; insônia, *déficit* mental. O exame radiológico revela notável aumento da densidade dos ossos.

Como complemento, deve praticar-se a radiografia dos ossos longos para eliminar a possibilidade da doença de Paget.

A evolução da leontíase é longa, variando entre 30 e 40 anos. O tratamento atual da enfermidade é paliativo e destina-se apenas a melhorar a estética facial e prevenir certas complicações (obstruções).

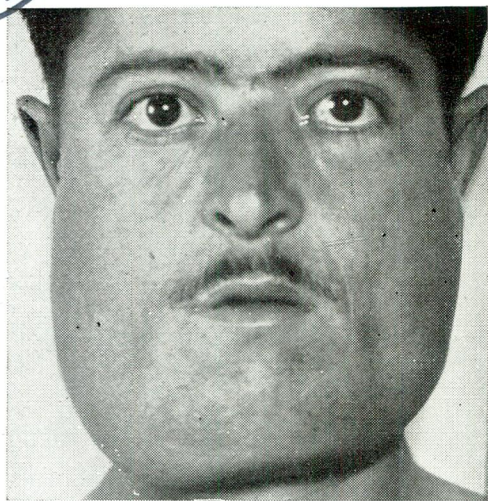
Lecenne e Leriche contra-indicam qualquer operação nos enfermos que apresentem hiperostose tipo leontíase. A intervenção nesses casos agrava a situação, trazendo em geral, surtos evolutivos mais agudos.

LEONTÍASIS

Registro 1.875 — C. J. F. F., homem, 26 anos, branco, procurou o Serviço em 3-12-1943.

Doença atual: — Aos 8 anos de idade, notaram-lhe a face inchada do lado direito, próximo ao mento. A hipertrofia fez-se lentamente e de tal modo que êle próprio nada percebera. Só os que o viam espessadamente, sentiam sua anormalidade. Com o tempo, a deformação atingiu as dimensões atuais, sem lhe causar qualquer incômodo. Em 1934, percebeu que a face do lado oposto passou também a crescer. Procurou vários hospitais, onde lhe fizeram múltiplos exames, ignorando sempre o resultado a que chegaram. Como medicação, só tomou injeções de cálcio. Fez com facilidade o curso primário e nunca apresentou perturbação de idéias. Há dois anos, notou um tumor duro, indolor, logo abaixo do cotovelo esquerdo, que desde então permanece, guardando o mesmo volume.

Antecedentes: — Mãe falecida de afecção cardíaca aos 29 anos, tendo tido 2 abortos, sendo um de 6 e outro de 2 meses e meio. Não há



Reg. 1.875. — Em 3-12-1943 — Facies leonino resultante da hipertrofia óssea da mandíbula. Leontiasis óssea.

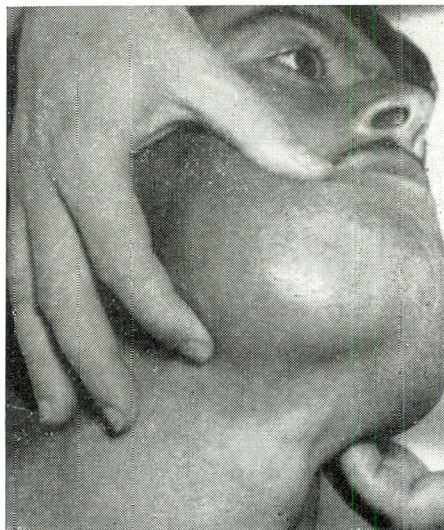
outros antecedentes hereditários de origem sífilítica. O paciente nasceu a termo, em parto normal. Nega qualquer passado venéreo. Primeira relação sexual aos 20 anos. Desconhece caso idêntico em sua família.

Exame local: — À inspeção da face, verifica-se acentuada deformação, caracterizada por duas formações tumorosas nas regiões genianas, com projeção aos ramos mandibulares. A direita, é maior do que a esquerda. Ambas sofrem pequena depressão, marcando um sulco na região mentoniana. A pele da face é normal. Mímica facial normal. Discreta exoftalmia.

Radiografia: — “Acentuada hiperostose causando grande deformação da mandíbula. A sínfise mentoniana parece respeitada. A opacidade é intensa e homogênea, não se observando imagens císticas, nem estrutura pagetóide. Hiperos-

tose menos intensa do maxilar superior, malar, frontal e occipital. Ausência de alterações estruturais nos demais ossos do esqueleto. O quadro radiológico é da “leontiasis óssea”. (a) *Evaristo Machado.*

B. 16.024 — “Osteo esclerose com fibrose dos espaços medulares. O exame radiológico e o his-



Reg. 1.875. — Em 3-12-1943 — Mesmo caso, mostrando a saliência sub mentoniana.

tológico estabelecem o diagnóstico de leontiasis óssea”. (a) *Amadeu Fialho.*

Punção lombar: — Líquor levemente opalescente, não contendo coágulos de fibrina. Ausência de sangue.

Pressão inicial, 15.

Pressão final, 11 (após a retirada do 10 c.c. de líquido).



1934

1936

1937

Reg. 1.875. — Essas três fazes mostram que a deformação vem se processando gradativamente.



Reg. 1875 — Abobada palatina, em ogiva, própria da heredo-sifilis.

Prova de Stookey, 47-20.

Citologia, 330 elementos por m.c.

Contagem diferencial: — linfocitose absoluta.

Reação de Pandy: — fortemente positiva.

Reação de Nonne-Apelt: (primeira fase): — fortemente positiva.

Reação de Kahn: — positiva.

Reação de Weichbrodt: — fortemente positiva.

Reação de Kahn no sangue: — fortemente positiva.

Fosfatase, 10,6 Us, Bodansky.

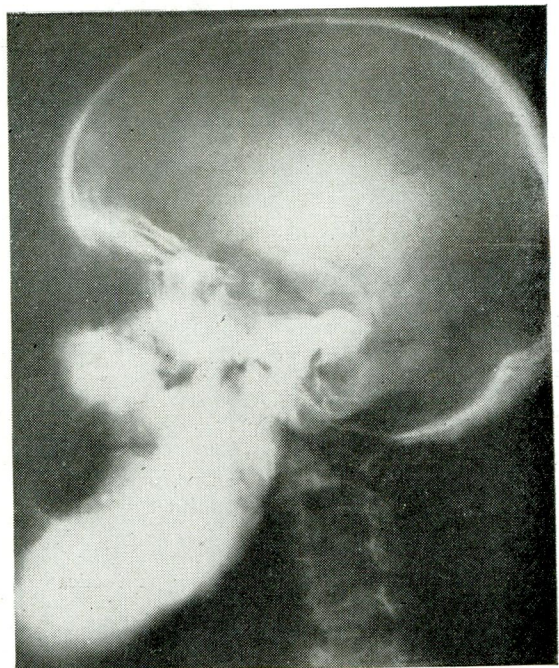
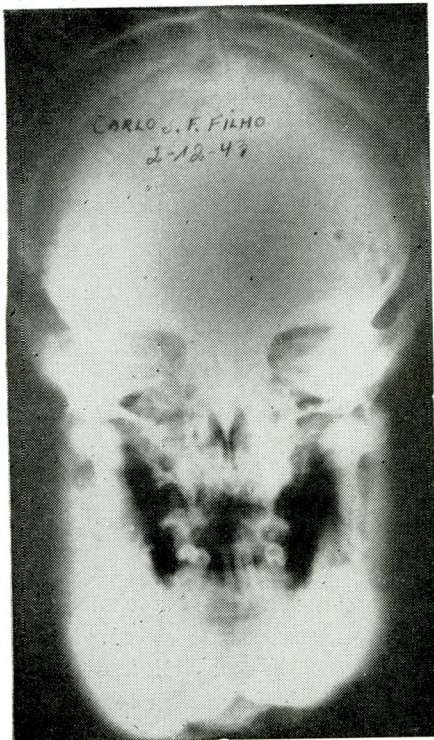
Fósforo, 3 mgrs. 85%.

Cálcio, 8 mgrs. (a) *Moacyr Santos Silva*.

Exame oftalmológico: — Revelou de anormal apenas: Anisocoria (pupila esquerda em mi-driase discreta).

Sistema nervoso: — O exame geral sob este aspecto nada revelou de anormal, a não ser: — Reflexos aquileos abolidos. Patelares presentes, sendo o direito mais forte, quando o paciente se acha sentado e aperta fortemente as mãos. Reflexos tendinosos dos membros superiores não estão perturbados.

O reflexo mandibular acha-se quase desaparecido (percussão do mento). A pesquisa do masseterino é impossível (foram feitas tentativas nesse sentido), por não podermos localizar pela palpação o músculo e suas inserções.



Reg. 1875 — Acentuada hiperostose, causando deformação da mandíbula. A opacidade é intensa e homogênea, não se observando imagens císticas, nem estrutura pagetoide. O quadro radiológico é da leontíase óssea.

As pupilas são desiguais, sendo a esquerda maior do que a direita.

A contração pupilar à luz não é perfeita nos dois lados.

A contração pupilar à acomodação está conservada, bem como o fenômeno da convergência.



Reg. 1.875. — Leontíasis óssea. Corte em celoidina. Fibrose dos espaços medulares. Traves ósseas espessas, bem constituídas.

Psiquismo : — O paciente mostra-se atento, de humor tranquilo, reagindo bem às emoções. Memória para fatos antigos e recentes conservada, associação de idéias normal. Nível mental com ausência de distúrbios psico-sensoriais.

Diagnóstico : — Leontíasis de origem luética — Tabes.

Tratamento : — Em vista dos exames de laboratório terem revelado processo luético, confirmando os dados clínicos, o doente fez tratamento específico.

OSTEOMIELEITE

A osteomielite mandibular é afecção relativamente comum e encontrada na infância e adolescência. Sua etiologia liga-se a processos sépticos de origem dentária, ou mais raramente, a infecções propagadas por via hematógena.

O agente, via de regra, é o estafilococo dourado.

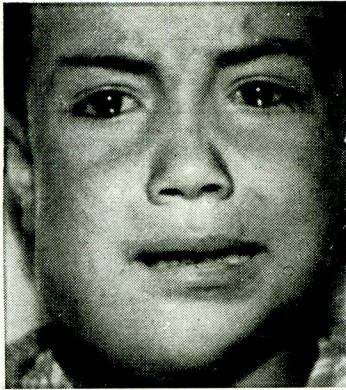
A osteomielite da mandíbula não passa de processo secundário, fato de importância no diagnóstico, devendo sempre ser procurado na história pregressa dos portadores de tumor mandibular, mormente na idade de 8 a 15 anos. Nesta época, os processos dentários em franca evolução, tornam a mandíbula vulnerável aos agentes microbianos. O foco infeccioso instala-se de preferência na região dos molares, onde é sempre maior a atividade funcional. Forma-se rapidamente uma tumefação das partes moles e óssea em torno do foco dentário e os fenômenos inflamatórios tendem para a supuração, necrose mandibular e formação de sequestro. Uma vez constituído o abscesso, fistulisa-se para dentro da boca, ou para fora, no rebordo sub-maxilar. Há sempre febre e dor espontânea e à palpação.

O exame radiológico evidencia alterações do plano ósseo, com espessamento do periósteo e quando mais adiantadas as lesões, denuncia também a presença de sequestro.

Em certas formas clínicas de osteomielite da mandíbula, a história clínica, os sintomas e o exame radiológico, não bastam para o diagnóstico.

A esta classe pertence a chamada osteomielite condensante de Parré. Não ha sequestração, os sintomas clínicos não são típicos e a radiologia mostra aspecto condensante da estrutura óssea, de fácil confusão com os tumores malignos. Nêstes casos, o exame histopatológico, torna-se in-

dispensável. O tratamento da osteomielite da mandíbula é medicamentoso (sulfa, penicilina), ou cirúrgico (trepanação, curetagem e sequestrectomia em vez das ressecções).



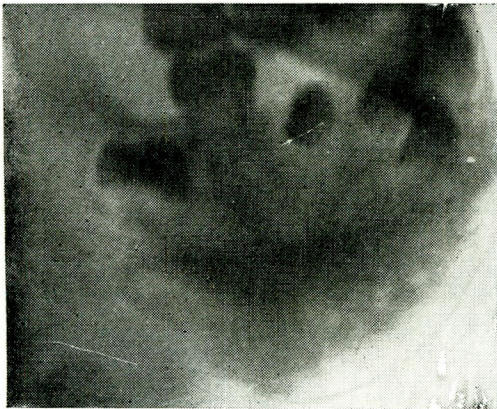
Reg. 1.744. — Tumor difuso, duro, da região mandibular direita e doloroso. Osteomielite.

OSTEOMIELITE

Registo 1.744: — D. M. S., de 6 anos, pardo, encaminhado ao Serviço em 25-10-1943.

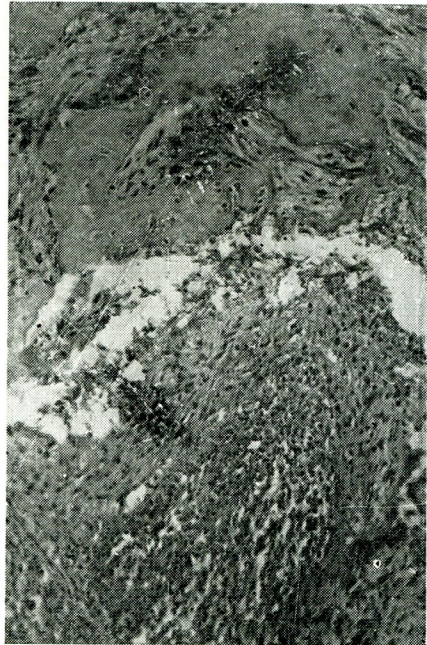
História atual: — Há 5 meses, dôr de dente, acompanhada de tumefação da face. Examinado por um dentista, foi-lhe praticada a abertura de tumor de púz e extraídos os dois pré-molares inferiores direitos. Apesar d'êste tratamento, o tumor facial manteve-se estacionário.

Exame local: — À inspeção, nota-se deformação da hemi-face direita, causada por tumefação



Reg. 1.744. — Tumefação, ocupando o ramo horizontal da mandíbula, om aspêcto e opacidade óssea, de limitação precisa, como se fosse hiperostose ou processo inflamatório crônico esclerosante. Osteomielite

localizada no ramo horizontal direito da mandíbula. A pele a êste nível é tensa e avermelhada. À palpação, o tumor é de superfície lisa, consistência dura e faz corpo com o plano ósseo. Em alguns pontos dá superfície tumerosa, percebem-se



Reg. 1.744. — Osteomielite.

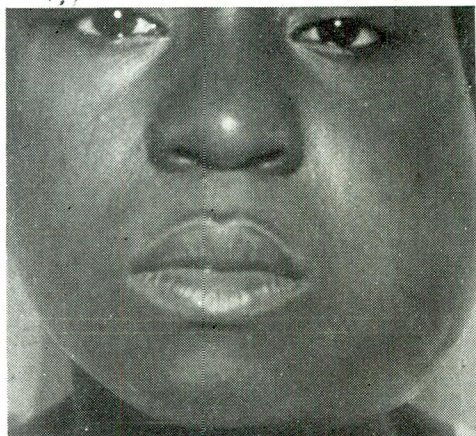
pequenos pontos de flutuação. Reações gangliares sub maxilares e sub-mentonianas. O exame endooral não fornece dados clínicos apreciáveis.

Radiografia da mandíbula: — “A tumefação ocupa a metade anterior do ramo horizontal direito da mandíbula. Tem opacidade óssea de limitação precisa, como se fosse hiperostose. Observam-se algumas áreas pequenas de fusão óssea. A imagem radiológica não nos permite a diferenciação entre processo inflamatório crônico esclerosante e uma verdadeira neoplasia. Inclina-mos para a primeira hipótese, sem que se possa afastar a possibilidade de ser um odontoma duro”. (Evaristo Machado).

Tratamento: — Com o diagnóstico de osteomielite da mandíbula, o doente foi operado em 5-11-1943. Trepanação e curetagem. Operador: Luiz Carlos e Turibio Braz.

A sequência operatória procedeu-se regularmente. Alta em ótimas condições 8 dias depois de operado.

O exame histopatológico da peça revelou: — Osteomielite não específica. (A. Fialho).

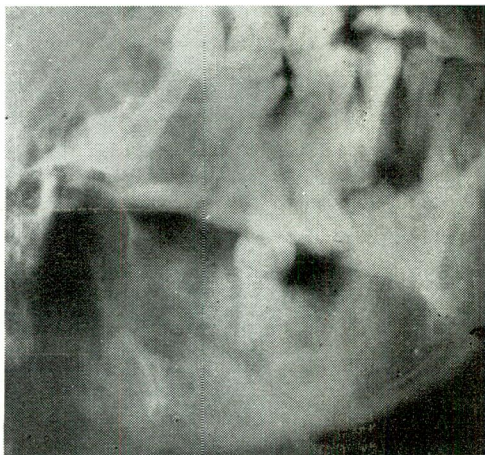


Reg. 9.988. — Grande tumor facial, oriundo do ramo horizontal da mandíbula. Osteomielite.

OSTEOMIELE

Reg. 9.988 — Mulher, preta de 20 anos, procurou o Serviço em 26-9-1947.

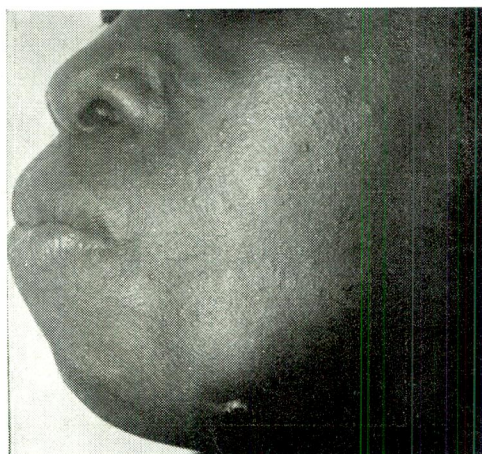
Doença atual: — Data de 7 meses. Dôr num queixal inferior esquerdo. Por êsse tempo estava nos últimos meses de gravidez. Aumento de volume da hemi-face esquerda, que veio à supuração. Após o parto, a tumefação facial tomou vulto rapidamente com intensa reação febril, aos 8 dias de puerpério. Tomou penicilina. Daí para cá, isto é, há um mês e meio, o processo estacionou como um tumor. Com injeção de vacina aplicada por dentista, reapareceram as dô-



Reg. 9.988. — O cliché mostra a extensa área de condensação não homogênea, na altura dos grossos molares, ultrapassando o bordo inferior.

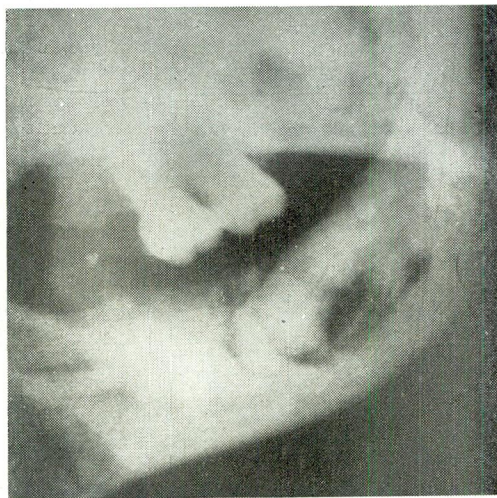
res locais. A conselho dêsse profissional, veio procurar-nos.

Exame local: — Abertura da bôca, dificultada. Abaulamento intenso da região geniana.



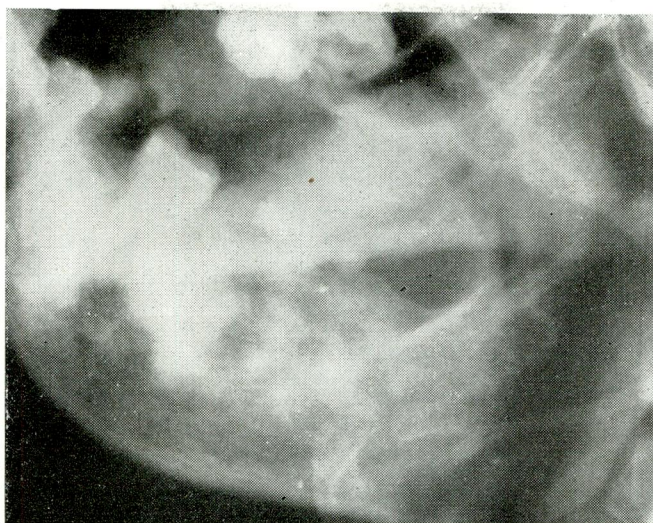
Reg. 9.574. — Tumefação facial relacionada à processo mandibular. Osteomielite.

Na face à esquerda, verifica-se a presença de globo tumor, de volume de meia laranja, cujos maiores diâmetros são aproximadamente 13 x 10, estendendo-se da arcada zigomática ao bordo in-



Reg. 9.574. — Ramo esquerdo. Imagem de condensação, não homogênea, na região dos pré e grossos molares contornada por área de rarefação óssea. Osteomielite com volumoso sequestro.

ferior da mandíbula e da mastoide à comissura labial esquerda. O tumor faz corpo com o arco

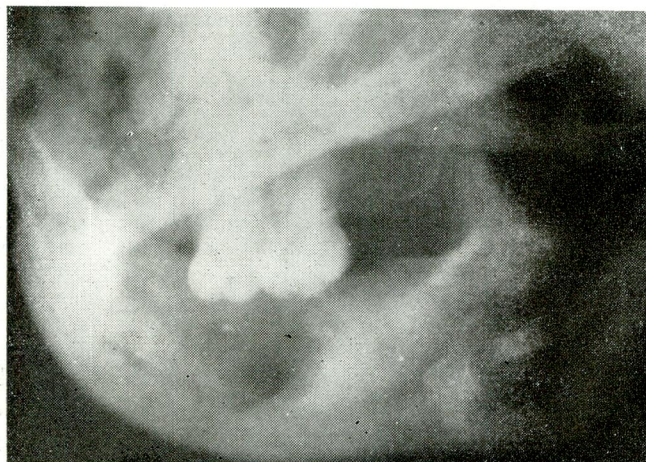


Ramo direito — Imagem de condensação não homogênea (pequenas áreas arredondadas de maior rádio-transparência) na região dos grossos molares. Osteomielite?

mandibular e é duro, fixo à pele, que o recobre e nesta, múltiplos nódulos cicatriciais, reliquat de fistulas cutâneas.

Exame radiológico: — As radiografias efetuadas (Bellot e P. A.) revelam néo-formação óssea

Tratamento: — A doente foi operada sob narcose pelo Thio-nembutal em 29-10-47. A operação consistiu em trapanção, sequêstrotomia e curetagem. Operadores: Alberto Coutinho e Amador Campos.



Ramo esquerdo — Desaparecimento de imagem de condensação descrita no exame anterior e que parecia corresponder a um sequestro.

com opacidade não homogênea (presença de pequenas áreas de rarefação) ocupando a metade posterior do ramo horizontal esquerdo proveniente da face externa e ultrapassando o bordo inferior do osso. Essa imagem apresenta contorno regular, nitido. Osteomielite condensante com intensa osteoperiostite?

Biópsia: — Osteomielite.

RESUMO

Os A. A. apresentam detalhado estudo sobre tumores da mandíbula, valendo-se do grande e variado material observado e seguido durante muitos anos no Serviço Nacional de Câncer. O assunto é tra-

tado com especial interesse à luz de dados clínicos e mediante confirmação anátomo-patológica.

Após considerações relativas à etiologia geral dos tumores da mandíbula, à interpretação dos quadros clínicos e dos meios usuais de diagnóstico e tratamento, os A. A. dão uma classificação que abranje a totalidade das formações tumorosas observadas na mandíbula emprestando assim orientação sistematizada ao estudo desses tumores. Partindo das formações que se originam nos restos dentários passam aos tumores secundários ou metastáticos para tratarem por fim das osteites fibrosas, das osteomielites, sífilis, leontíasis, as quais na mandíbula, assumem, muita vez, o aspecto clínico de verdadeiros tumores.

Após se referirem à embriologia dos dentes como elemento indispensável na compreensão das afecções de origens dentárias, passam a estudar de per si, cada variedade de tumor mandibular, apresentando documentação valiosa do ponto de vista clínico, radiológico e anátomo-patológico.

Um dos pontos mais interessantes do artigo, considerado sumariamente, é o tratamento dos tumores da mandíbula pela eletro-coagulação, técnica chamada de *Mário Kroeff*. O segmento ósseo, coagulado e deixado *in loco*, quando se elimina ao término de oito semanas em média, já deu estímulo à formação de uma ponte de tecido primeiramente fibroso, que se ossifica depois, regenerando a perda de substância, deixada com a eliminação do segmento coagulado. Páginas 50 e 51. Este método foi considerado por diversos autores como aquisição nova, só alcançada pela eletro-cirurgia, arma de que se valem os A. A. para tratamento da maioria dos tumores primitivos ou secundários da mandíbula.

SUMMARY

Making use of the great number of cases seen and followed for several years at the "Serviço Nacional de Câncer", the authors study with great detail the tumors of the jaw. The subject is studied with special care, regarding the clinical point of view and also under pathological control.

After considering the ethiology of jaw tumors, their clinical aspect and the usual means of diagnosis, and treatment, they bring forth a classification which totally incloses all jaw growths known to exist. By this a methodical study of these tumors is laid out. Starting from tumors developing from tooth germs, they go on to tumors of the mesenchyme, myeloplaxoma, myeloma, secondary or metastatic tumors. Afterwards they study osteitis fibrosa, osteomyelitis, leontiasis and syphilis which many times, when located on the jaw show clinical signs of true growths.

Need of knowledge on tooth embryology is stressed for a better understanding of dental tumors and anomalies. Following this, each type of jaw tumors is studied separately and a valuable documentary is given not only as to the clinical, but also as to the radiological and pathological point of view.

One of the most interesting facts in this paper is the treatment of jaw tumors by electrocoagulation, the so called *Kroeff* technic. The coagulated bone segment is left in place and later on, after an average of eight weeks, it is eliminated leaving a bridge of fibrous tissue which will afterwards ossify, recovering the bone loss, produced by the elimination of destroyed bone. Pages 50 e 51.

This method was considered by several authors as a new achievement which could only be done by electrosurgery. This type of surgery is used by the authors on the majority of their primary or secondary jaw tumors.



CÂNCER DAS CICATRIZES

(ÚLCERA DE MARJOLIN)

MOACYR SANTOS SILVA e
FRANCISCO FIALHO

JÁ Aulo Cornélio Celso, no século de Augusto, segundo afirmam Treves e Pack, (Surgery, Gyn. and Obst., 1930, LI, 749), nos primórdios da medicina, conhecia a possibilidade da cancerização das cicatrizes. Todavia, só em 1828 apareceu no "Dicionário da Medicina Prática" a primeira descrição detalhada e válida ainda hoje, da lesão característica da cicatriz degenerada, ou úlcera de Marjolin. Jean-Nicolas Marjolin, médico francês e então já professor de Patologia Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Paris foi o autor dessa descrição e daí, o nome por que também é conhecido o câncer das cicatrizes.

Em 1835, Hawkins, cirurgião inglês faz referências (Med. Cir. Association, London, 1835, fac. 19, pg. 19) a dois casos de cancerização de cicatriz que teve oportunidade de observar na Índia. Tratava-se de dois soldados ingleses que desenvolveram tumor maligno no dorso, em lugar antes ocupado por cicatriz proveniente de chibatadas com que foram castigados por falta militar.

Dupuytren em 1839, voltou ao assunto em suas "Lições orais de clínica cirúrgica", quando se referiu a vasto câncer que o obrigou a amputar a perna de um belga idoso, que em sua mocidade havia sido queimado por ácido sulfúrico no ponto em que surgiu o câncer. E', pois, Dupuytren o segundo autor a fazer referência ao grande período de tempo que pode decorrer entre a formação da cicatriz e sua cancerização, uma vez que Hawkins em 1835, chama atenção para o fato de seus doentes terem as cicatrizes que cancerizaram, há 11 e há 27 anos respectivamente.

Segundo Bang, Hertaux foi quem primeiro assinalou a possibilidade de as queimaduras darem origem a câncer (Tese — Paris, 1860). Broca em 1886 (Traité des tumeurs, Paris, Tomo I, pg. 220), relata que observou em soldado de 75 anos, que desde os 24 apresentava ci-

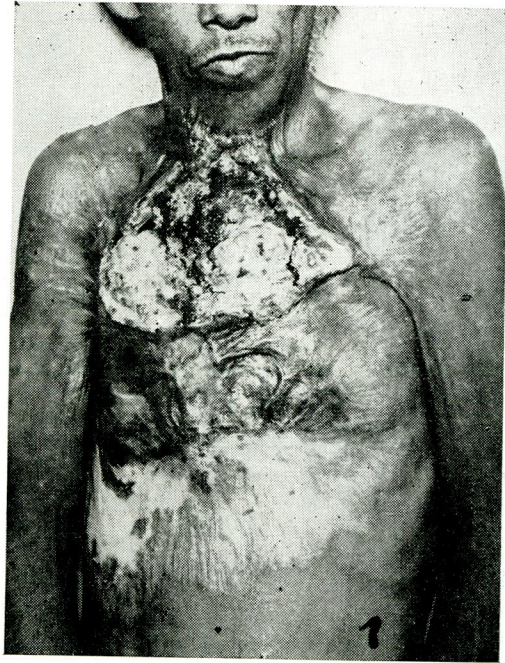


Fig. 1 — Caso nº 1. — Cicatriz extensa com retração viciosa. O tumor ocupa a porção superior da cicatriz — Carcinoma espinho celular grau 3.

catriz, o mesmo fenômeno, isto é, cancerização de cicatriz após 51 nos de existência.

Clément (Tese — Estrasburgo, 1868), chegou à conclusão que o câncer só aparece sobre queimaduras do 2º e do 3º graus, onde a destruição da pele não é

muito profunda. Foi também quem primeiro estudou as cicatrizes do ponto de vista histológico, verificando que de dois modos aí se pode desenvolver o câncer: ou lentamente com a formação de papiloma que posteriormente canceriza, ou de modo mais rápido. Aqui, forma-se cicatriz mais espessada que se ulcera e transforma em carcinoma.

As idéias de Clément foram posteriormente confirmadas pela experimentação de Bang.

Mais ou menos na mesma época do trabalho de Clément, Galard, também em tese, acentuou que particularmente as cicatrizes das queimaduras, fazem aparecer carcinomas onde habitualmente não são encontrados.

A partir de 1881, começou a ser estudado o câncer produzido pelo "Kangri", vaso de terra aquecido por carvão de madeira, que na Índia, a classe mais servil dos "Kashimiris" carrega próximo à pele desprotegida. Nesses indivíduos, o câncer produzido nessas queimaduras do "Kangri", mostrou-se no decurso de 35 anos, 4, 5 vezes mais freqüente que tôdas as outras formas de câncer. Iguamente desde longa data conhecido é o câncer dos japoneses que para aquecerem o corpo, protegendo-o do frio, carregam pequena estufa amarrada no abdome. Nos chineses, que se alimentam de arroz muito quente, freqüente é o câncer do esôfago; nas mulheres, obrigadas por costumes milenários a fazer as refeições após o homem, tal não acontece.

Em 1909, Oscar Bock observou a cancerização das cicatrizes das fistulas tuberculosas.

Entre os trabalhos mais pormenorizados sobre a úlcera de Marjolin, podem considerar-se os trabalhos de F. Bang, clínicos e experimentais (Bang, C. R. de la Soc. de Biol., T. 87, pg. 754, 1923 e Bull. Ass. Franç. p l'ét du cancer — 1923 e 1925). No último dos artigos, Bang apre-

senta sua casuística clínica — 9 casos de câncer das cicatrizes. No primeiro, fundamentalmente experimental, chama Bang atenção para o fato, que, desde o incio, o local onde se vai formar o carcinoma, apresenta características diferentes do restante da cicatriz. Acha Bang, que na prática médica, deve ser retirada cirurgicamente

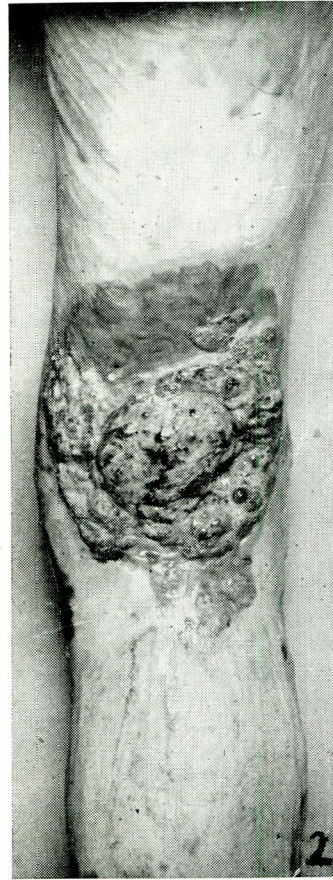


Fig. 2 — Caso 2.

tôda cicatriz espessa. Conhece também que o tecido conjuntivo da cicatriz, constitui importante barreira contra a invasão das células cancerosas, o que está de acordo com o que na prática se observa, isto é, a raridade das metástases nesses cânceres, apesar da duração. Quanto à raridade das metástases, referiram-se Treves e Pack no artigo já citado onde apresentam



28 casos de câncer de queimadura. Foi também o que pessoalmente tivemos ocasião de observar em nossos doentes.

Em 1927, Roussy, Sortou e Perrot, (Bol. Assoc. Fran. p. l'ét. Cancer, 504, 1927), relatam um caso de cancerização de cicatriz de queimadura.

Lavau, (Bull. Assoc. Franç. p. l'ét. du cancer, 1931, nº 6) refere-se a três casos de câncer de cicatrizes sem metástases, todos espino-celulares. As cicatrizes eram

2.465 carcinomas, 28 apareceram sobre cicatrizes de queimaduras; 0,3% dos baso-celulares teve a mesma origem.

CRITÉRIO:

Para catalogar nossos casos e enquadrá-los no que propomos estudar — câncer das cicatrizes — valemo-nos, como já fizeram Treves e Pack, dos postulados de Ewing. Referem-se êsses postulados, aos itens que devem ser preenchidos para que

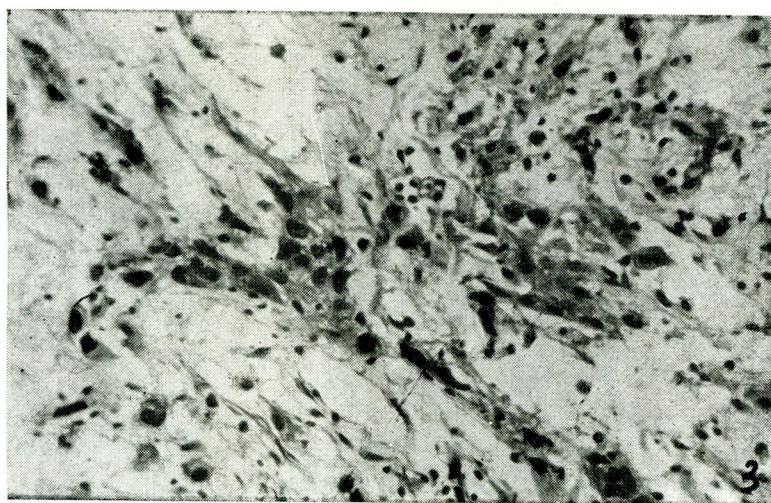


Fig. 3 — Microfotografia do tumor do caso nº 2. — Carcinoma espinocelular, grau 4.

antigas, sendo uma por queimadura, uma por fratura exposta e uma por esmagamento.

Do rápido resumo histórico que fizemos, verifica-se ser bem antigo o conhecimento do câncer das cicatrizes. O acervo bibliográfico não é todavia volumoso, principalmente no referente a estudos modernos. A casuística dos autores não é grande; a maior de que temos notícia, é a de Treves e Pack, que monta a 28 casos aparecidos no "Memorial Hospital", num período de 20 anos (1917 a 1929). Nêsse período, passaram pelo referido hospital, 1091 carcinomas espinocelulares e 1.374 carcinomas baso-celulares. Dêsse total,

se dê o justo valor ao papel de um fator na produção do câncer e adaptados a nosso caso:

- a) Existência de cicatriz.
- b) Aparecimento do carcinoma nos limites dessa cicatriz.
- c) Ausência no local da cicatriz, de qualquer fator capaz de dar origem ao tipo de câncer em questão.
- d) Que o tipo histológico do câncer seja compatível com o tecido aí existente, isto é, que não se tome tumor metastático que surja na cicatriz, por câncer autóctone.

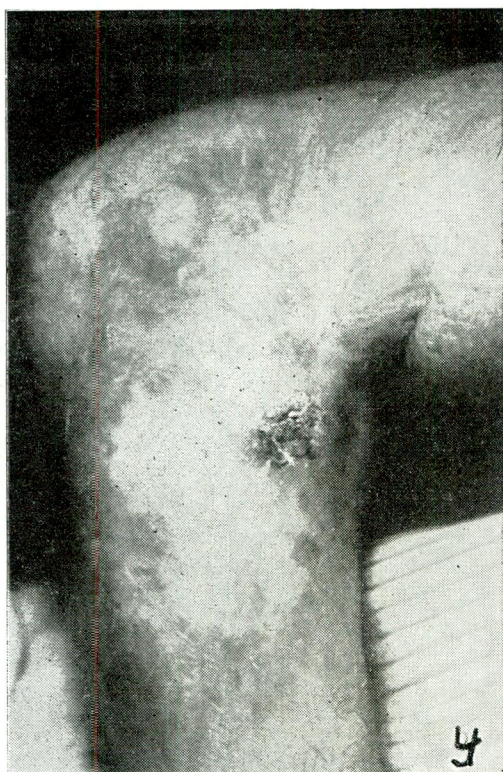


Foto 4 — Caso nº 3.

- e) Que a cicatriz exista íntegra, algum tempo antes do aparecimento do tumor, isto é, não se tomará por câncer de cicatriz o tumor que

aparece antes de ter havido cicatrização integral de uma região cutânea.

CAUSAS DA CICATRIZ

Segundo Delbet, as cicatrizes que fecham por primeira intenção, nunca dão origem ao câncer. Todavia, temos a convicção que as cicatrizes produzidas pelas queimaduras, cancerizam-se mais freqüentemente que as por outras causas produzidas. A única diferença entre a cicatriz da queimadura e as demais é a maior tendência daquela à retração; daí, estarem mais sujeitas à repuxamentos, etc.

Em todos nossos casos, por precariedade de cuidados profissionais, ocasionados principalmente por falta de recurso no lugar do acidente, houve infecção secundária das áreas lesadas, que tiveram assim, retardado de muito, a cicatrização. Em nenhum doente houve cicatrização por primeira intenção.

A duração média da cicatriz, antes de haver transformação do tecido cicatricial em tumor, é em nossos casos, 32 anos. A cicatriz que mais rapidamente sofreu cancerização, perdurou normal 17 anos. A mais antiga, existia há 50 anos.

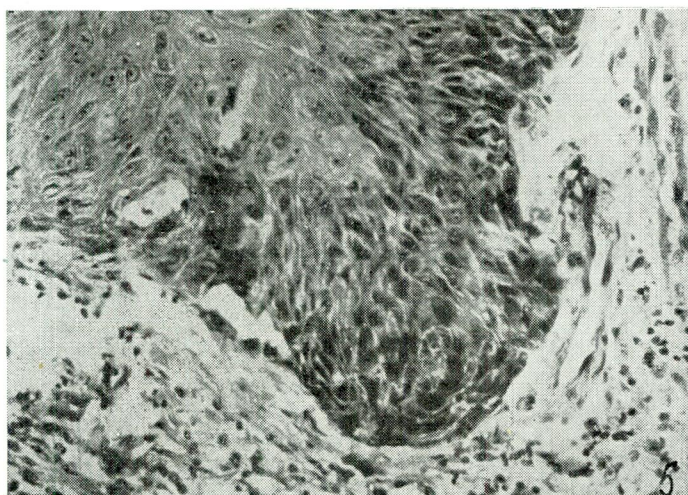


Foto 5 — Caso nº 3 — Microfotografia de área papilomatosa cancerizada. Carcinoma espino celular, grau 1.



POR QUE A CICATRIZ SE TRANSFORMA EM CÂNCER

A teoria de Virchow que julga ser o fator irritativo a principal causa do câncer das cicatrizes, parece-nos a mais plausível. O tecido cicatricial é de organização inferior. Possui escassa vascularização. Por

portância. Igualmente, podemos considerar o prurido.

O tecido cicatricial vicioso perde sua elasticidade normal e a capacidade de des-



Fig. 6 - Caso nº 4.

outro lado, nos casos como os nossos, está sujeito a distensões e repuxamentos constantes, causas que facilitam a ulceração. O simples roçar da roupa (atrito) fato só por um de nossos doentes assinalado, deve ser um fator coadjuvante de grande im-

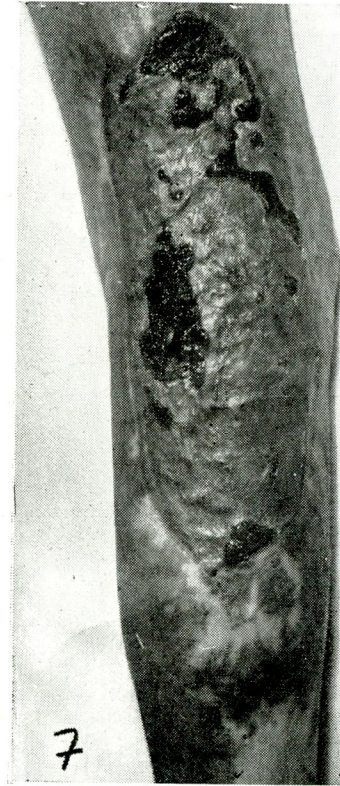


Fig. 7 - Caso nº 5.

lizar sobre os planos profundos. As ações mecânicas que aí atuam, não sofrem ate-

CASOS	Causa da queimadura	Tempo de presença da cicatriz antes de cancerização
N.º 1 — Reg. 120 do S. N. de Câncer.....	Queimadura por fogo	17 anos
N.º 2 — Reg. 6 686 do S. N. de Câncer.....	Queimadura por fogo	30 anos
N.º 3 — Reg. 6 435 do S. N. de Câncer.....	Queimadura por fogo	40 anos
N.º 4 — Reg. 743 do S. N. de Câncer.....	Queimadura por fogo	41 anos
N.º 5 — Reg. 851 do S. N. de Câncer.....	Queimadura por fogo	25 anos
N.º 6 — Reg. 1 232 do S. N. de Câncer.....	Queimadura por fogo	ignorado
N.º 7 — Reg. 218 do S. N. de Câncer.....	Ulcera da perna	ignorada
N.º 8 — Reg. 6 460 do S. N. de Câncer.....	Queimadura por fogo	50 anos
N.º 9 — Reg. 413 do S. N. de Câncer.....	Ulcera da perna	21 anos
N.º 10 — Reg. 6 036 do S. N. de Câncer.....	Queimadura por fogo	31 anos

OUTROS DADOS RELATIVOS AOS CASOS

CASOS	Localização	Tempo de doença	Traumatismo posterior à cicatriz	Idade	Côr	Sexo	Histologia	Metastases	Tratamento	Resultado
1	Parede ant. do tórax	5 meses	Não refere	30	Branca	Masc.	Carcinoma espino celular G. 3	Não	Não	
2	Regiãoopoplitéia	7 anos	Não refere	44	Branca	Masc.	Carcinoma de grau 4	Sim	Exérese eletrotérmica	Recidiva 1 ano após
3	Cotovelodireito	5 anos	Não refere	51	Branca	Masc.	Carcinoma epidermóide grau 1	Não	Exérese eletrotérmica	Bom há 3 anos.
4	Face posterior hemitórax direito	5 meses	Não refere	46	Preta	Fem.	Carcinoma espino celular ceratinizado grau 2	Não	Recusou	Obito 11 meses após caquexia.
5	Perna e coxa	1 ano	Não refere	55	Branca	Masc.	Carcinoma espino celular ceratinizado grau 2	Não	Exérese eletrotérmica	Recidiva - óbito após 10 meses.
6	Região ilíaca e dorso-lombar	2 anos	Roçar de roupa	54	Parda	Fem.	Carcinoma espino celular G. 3	Não	Exérese eletrotérmica	Bom até o presente (4 anos).
7	1/3 inf. da perna direita	4 anos	Não refere	52	Branca	Fem.	Carcinoma espino celular grau 2	Não	Amputação	?
8	Região ilíaca esquerda	2 anos	Prurido	54	Parda	Masc.	Carcinoma espino celular grau 1	Não	Recusou	
9	Perna direita	1 ano	Pancada	33	Branca	Masc.	Carcinoma espino celular grau 2	Não	Amputação	Ignorado
10	Região lombar direita	1 ano	Não refere	35	Branca	Masc.	Carcinoma espino celular grau 1	Não	Exérese eletrotérmica	Bom até o presente

nuação, sendo, pois, danosas. As ulcerações repetidas de uma cicatriz, inferiorizam-lhe ainda mais o tecido. Estabelece-se círculo vicioso.

EXAMES HISTOLÓGICOS DAS NOVE OBSERVAÇÕES

1 — Carcinoma espino-celular, grau 3. Esse tumor apresenta-se ulcerado em grande extensão, se bem que em alguns

pontos assumia caráter papilomatoso, com abundante produção de ceratina.

2 — Carcinoma espino-celular, grau 4. Trata-se de carcinoma infiltrante, desdiferenciado, acompanhado de hiperplasia epitelial do tipo papilomatoso. A derma, nos fragmentos examinados, apresenta-se bem vascularizada e menos edemaciada em alguns pontos. Os elementos do tumor atravessam-na e alcançam a hipoderma.

3 — Papiloma cancerizado. Carcinoma epidermóide, espino-celular, grau 1. Tumor parcialmente ulcerado, com infiltrado denso, linfo-plasmocitário que se

5 — Carcinoma espino-celular, grau 2. O aspecto papilomatoso é assumido pelo tumor em tôda a extensão. Há esclerose da derma, porém não muito in-

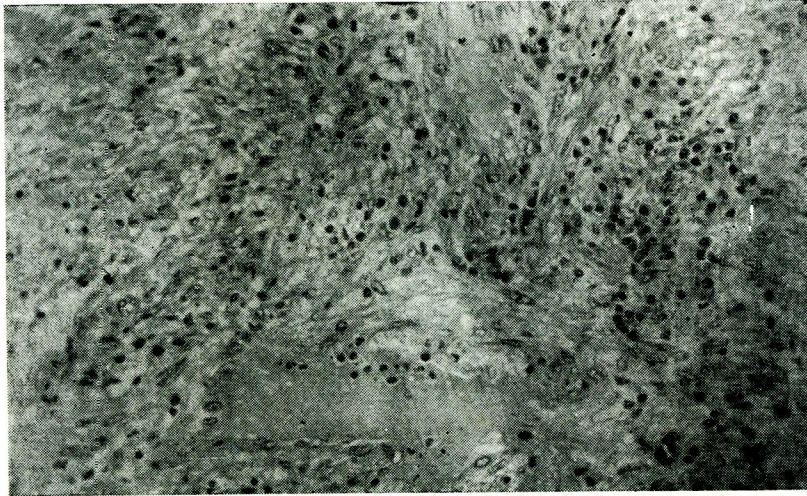


Fig. 8 — Caso nº 5 — Observam-se dilatação linfática e infiltrado linfo-plasmocitário.

observa nas papilas. A derma mostra-se intensamente esclerosada.

4 — Carcinoma espino-celular, grau 2. Blastoma diferencial, com produção de ceratina. Observa-se, também aqui, aspecto papilomatoso.

tensa, observando-se infiltração linfo-plasmocitária e dilatação dos capilares.

6 — Carcinoma espino-celular, grau 3. Tumor em grande parte ulcerado e que apresenta o caráter de infiltração predominante, constituído por elementos

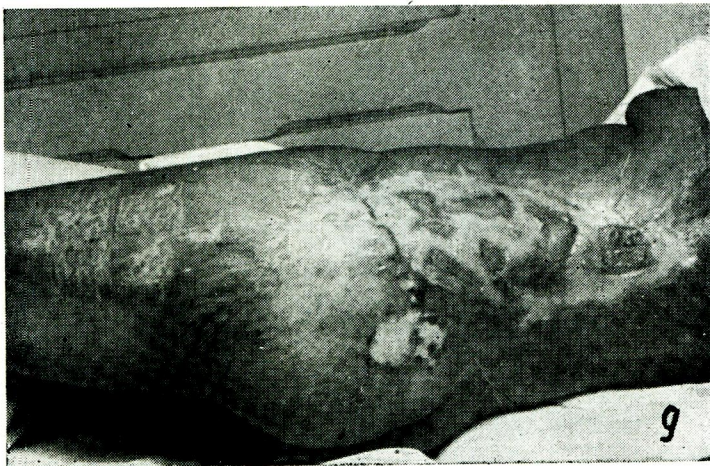


Fig. 9 — Caso nº 6.

que, em alguns pontos, atingem maturação mais desenvolvida, chegando à ceratinização, porém, em sua maioria, são menos diferenciados, dispondo-se em feiras, que tendem a se aprofundar.

broso e, em alguns pontos, avolumando-se. E' observada dilatação vascular de elementos sanguíneos e linfáticos.

- 7 — Carcinoma espino-celular, grau 2.
2. Blastoma predominantemente papilo-

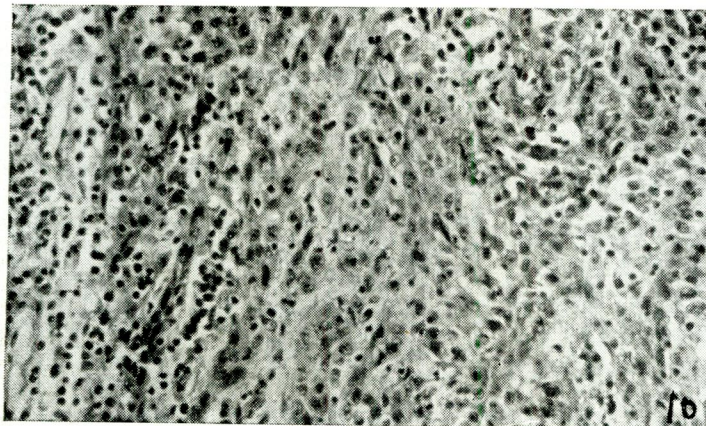


Fig. 10 — Caso nº 6 — Carcinoma espino celular, grau 3, com intenso infiltrado inflamatório.

Há esclerose do derma de regular intensidade, notando-se também, infiltrado linfo-plasmocitário, que se espalha desordenadamente, dando origem a formação em faixas pela compressão do tecido fi-

matoso, com abundante produção de ceratina, mas que apresenta, também, caráter invasor, aprofundando-se na derma, que se mostra esclerosada, até à vizinhança da hipoderma. Também é verificado o in-

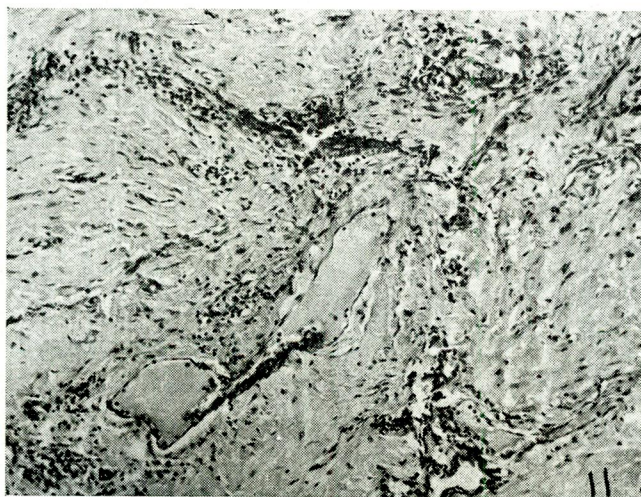


Fig. 11 — Caso nº 6 — Em pleno tecido cicatricial vasos dilatados e infiltrado inflamatório.

filtrado linfo-plasmocitário e, fato importante, observam-se dois linfáticos com embolos de tumor.

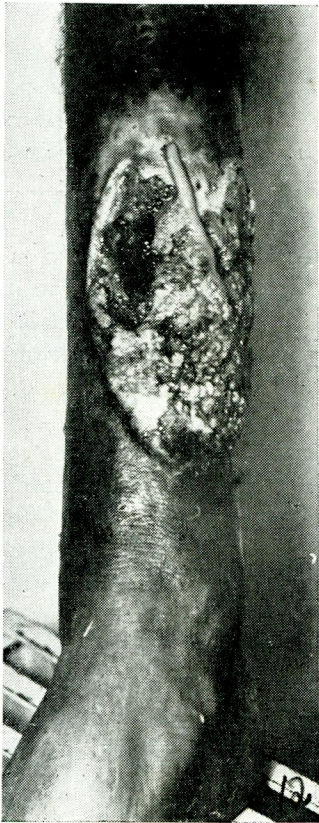


Fig. 12 - Caso nº 7.

8 e 10 - Papiloma cancerizado, espino-celular, grau 1. Há esclerose da derma, infiltrado linfo-plasmocitário e dilatação vascular.

9 - Carcinoma espino-celular, grau 2. Tumor papilomatoso, com produção de ceratina.

HISTOLOGIA DO CÂNCER DAS CICATRIZES

Confirmando o fato verificado por quase todos os autores que escreveram sobre o assunto, os tumores dos nossos doentes eram espino-celulares. Os graus, segundo a classificação de Broders, varia-

ram de 1 a 4, sendo três do grau 1, quatro de 2, dois do 3 e um do 4. Apenas em um dos nossos doentes, o do caso 5, foi observada adenopatia metastática. A raridade da metástase ganglionar é explicada, geralmente, pela esclerose, às vezes bastante intensa, que se verifica na derma. A nosso vêr isso pode desfavorecer o aparecimento de metástase, porém, sem o valor pretendido. Em nossos casos, por exemplo, o fenômeno inflamatório quase sempre estava presente, determinando dilatação de vasos e o aparecimento de infiltrado constituído por elementos linfo-plasmocitários. E mesmo que a inflama-



Fig. 13 - Caso nº 7 - Embolos tumorosos linfáticos

ção, tão freqüente nos tumores cutâneos, não surja, o organismo precisa garantir a vitalidade não só da derma, que se transforma, é bem verdade, em tecido escleroso, portanto pouco exigente, como, também, no epitélio que a recobre e cuja

nutrição é entregue ao tecido conjuntivo. Para conseguir manter a vida do tecido de revestimento, a nutrição das ci-

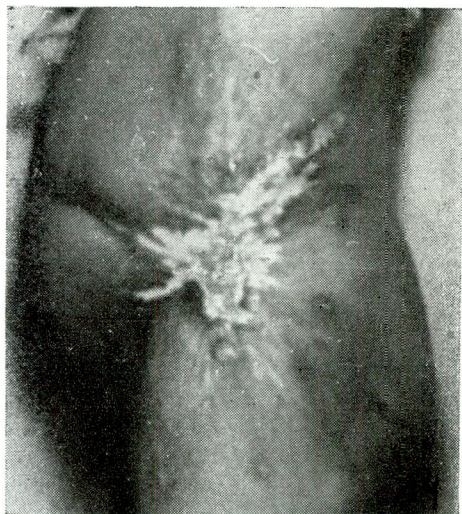


Fig. 14 - Caso nº 8.

catrizes tem que ser feita por imbibição, o que quase sempre determina aumento da circulação vizinha. Assim sendo, não é

só a esclerose da derma com pobreza vascular a início, único responsável pela raridade da metástase. Nós mesmos em um caso, o nº 7, encontramos, em linfáticos pouco calibrosos, embolos de tumor. E' talvez o modo peculiar de evolver dos tumores epiteliais da pele, com pouca propagação ganglionar — o que lhes permite aliás, alta curabilidade — o fator principal da raridade do comprometimento ganglionar.

Todos os nossos casos, com exceção de um, o número 2 — que assim mesmo apresentava hiperplasia epitelial papilomatosa — evolveram em verdadeiros papilomas, em sua maioria, ulcerados e infetados. São, portanto, no conceito de Bang e levando-se em conta os comemorativos clínicos, carcinomas latentes. E' interessante referir-se aqui, à dificuldade diagnóstica que, às vèzes, se depara para decidir da malignidade dos tumores de grau I. Para isso, contribui o fenômeno inflamatório que, como se sabe, estimula freqüentemente a hiperplasia do epitélio.



Fig. 15 - Caso nº 9.



De acôrdo com as verificações histológicas feitas em os casos apresentados, é possível verificar-se que as condições impostas por Ewing para considerar um tumor como originado em cicatriz, foram respeitadas.

PROFILAXIA DO CÂNCER DAS QUEIMADURAS E CICATRIZES

- a) — Conduzir o melhor possível o tratamento do queimado ou do indivíduo portador de lesão cutânea passível de cicatrização viçiosa.
- b) — Evitar a infecção secundária.
- c) — Favorecer a epitelização, usando nos casos indicados, sem perda de tempo, a transplantação tecidual.
- d) — Na presença de cicatriz, aconselhar ao doente cuidados especiais. Fazer irradiação das cicatrizes mais espessas e retráteis. Removê-las cirurgicamente restaurando a pele, ao menor sinal de modificação.

RESUMO

Os A. A. após breve resumo histórico sôbre o assunto, apresentam 10 casos tratados no Serviço Nacional de Câncer, que preencheram todos os postulados referidos por Ewing para que se dê o devido valor ao papel de um determinado fator na etiologia do câncer. A seguir descrevem em detalhe os resultados dos exames histológicos praticados, chamando atenção

sôbre a pouca freqüência de metástase e a maior freqüência dos carcinomas espinho celulares mais diferenciados em relação aos demais. Finalizam, descrevendo os métodos a serem seguidos para a profilaxia do câncer das cicatrizes.

RESUME

The authors after a brief historical summary upon the matter, describe 10 cases treated in the National Cancer Service, all of which fulfilled the characteristics required by Ewing for giving to a certain etiological factor its proper value.

They also describe in detail the histological examinations performed, calling the attention upon the small percentage of metastases and the greater frequency of well differentiated spindle cell carcinomas comparing with the other types.

They finish the article proposing methods to be followed to prevent cancer of scars.

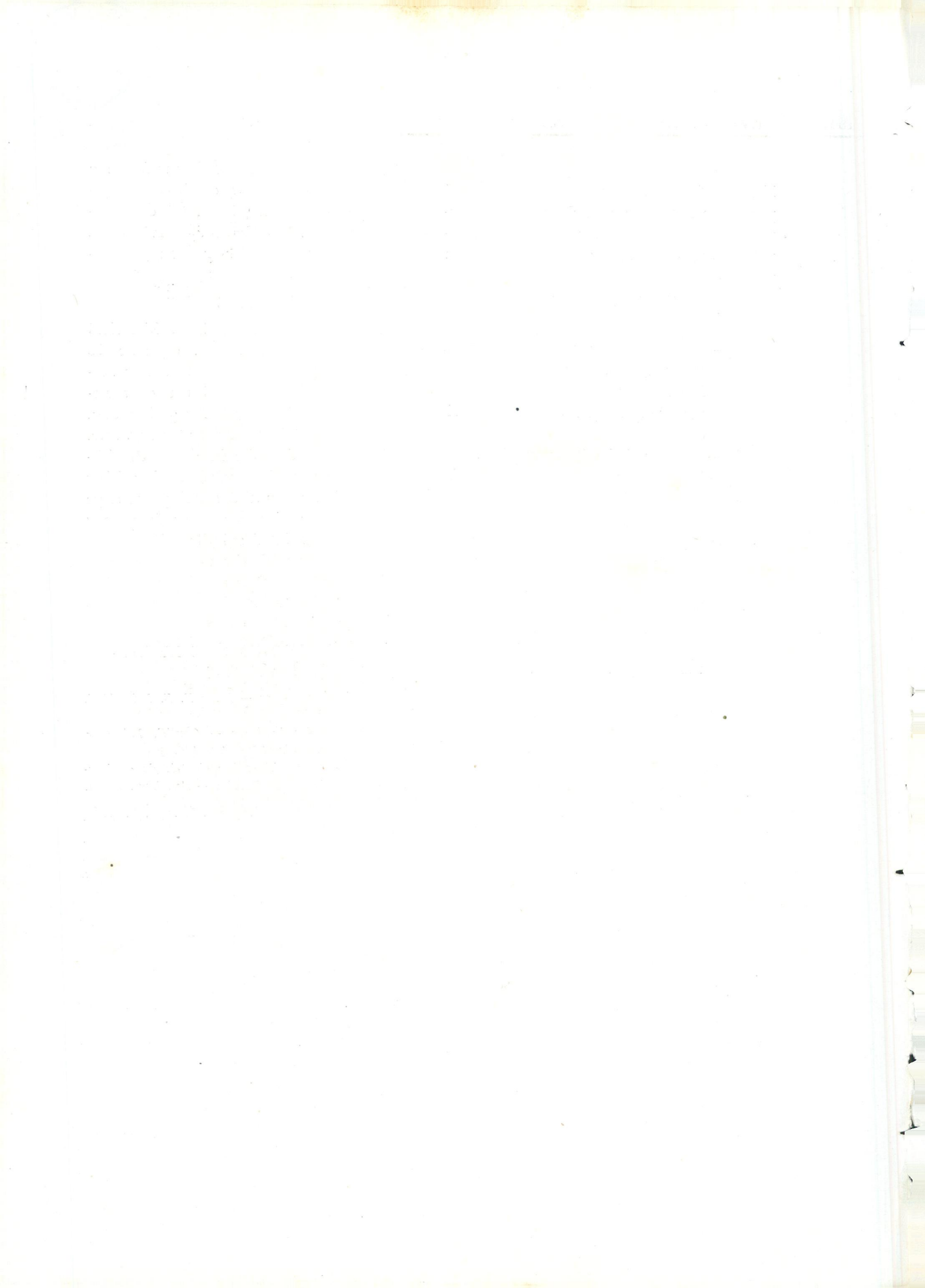
OUTRAS INDICAÇÕES BIBLIOGRÁFICAS

- Kangri burn cancer* — Neve E. F. *Brit. Med. Jour.* 2:1255, 1923
- Le cancer des brûlures* — Corrill, Paillass e Bonneau, *Jour. Chic.* 2-40, pg. 146.
- Cancer desenvolvido sôbre cicatriz de queimadura* — Antônio Carlos Pereira — *An. Bras. Derm. Sif.* 17:195, 1942.
- Carcinome développé sur cicatrice de brûlure* — *Pren-Med. Arg.* 21:2, 1934., Roffo e Gandolfo.
- Le cancer — Maladie des cicatrices* — Lumière, Masson e Cie., Paris, 1929 — *Progrès medical* 44: 1309, 1929.

SUBSTÂNCIA ANTI-CANCERÍGENA DO "SCHIZOTRYPANUM CRUZI"

Hlyneva e Roskin, (*Am. Rev. of. Soviet Med. de Nova Iorque*, 4 : 127, 1947, 1946 "apud" *J. A. M. A.* 133 :1038, 1947), verificaram que nos ratos com adenocarcinoma enxertado, a infecção com o agente causal da moléstia de Chagas, trazia cura para 70% dos casos e melhoras gerais e locais para os 30% restantes. O esquizotrípano mostrou-se ativo ainda, em relação a outros tipos de tumores experimentais.

Nos animais normais o "Schizotrypanum Cruzi", em determinado período da infecção, fixa-se nos órgãos internos, ao passo que nos portadores de tumor, aí se fixam, mostrando acentuado tropismo. O esquizotrípano invade as células neoplásicas provocando degeneração, inicialmente nucleares, que avabam ocasionando lise total.



CASOS CLÍNICOS

DOIS CASOS DE MIELOMA SOLITÁRIO

MÁRIO KROEFF e FRANCISCO FIALHO



UMA das maiores dificuldades em relação aos tumores ósseos é o modo de encarar a forma única dos mielomas — o *mieloma solitário*. Alguns autores admitem-na como autônoma, enquanto outros, consideram-na apenas, como fase inicial do mieloma múltiplo. Se se considerar a questão rigorosamente, é de fato difícil provar a existência dessa forma de tumor. Todavia, é necessário considerar alguns casos como tal, principalmente quando a evolução a isso autoriza.

O mieloma múltiplo exterioriza-se por síndrome representada por lesões osteolíticas generalizadas, hipercalcemia, hiperproteinemia, anemia, perturbações renais com albumina de Bence-Jones na urina, e às vezes, amiloidose, que pode determinar depósitos de aspecto tumoroso. É evidente que nem todos os casos apresentam esse conjunto sintomático, porém, frequentemente, há associação de dois ou mais deles. A punção da medula óssea para provar ou pesquisar a disseminação do tumor pelo esqueleto é bastante oportuna, se bem, não seja sempre suficiente para dar noção da extensão da doença, não revelando, inclusive, muitas vezes, nada de particular nas formas generalizadas. O fato de não se encontrarem lesões em outros ossos ao exame radiológico não exclui, é bem verdade, a possibilidade da existência de pequenos focos medulares ainda invisíveis aos raios X. Todavia, o controle radiográfico não deixa de ter valor. Alguns autores chegam mesmo a considerar duvidosos os casos em que, a autópsia não revela lesões macroscópicas

ósseas, pois muitas vezes, o exame microscópico de fragmentos do esqueleto mostra pequenos focos da doença. Se se levar o assunto a este extremo torna-se o problema bastante complexo e de solução difícil. É praticamente impossível fazer verificação histológica do esqueleto inte-



Fig. 1 — Grande tumor ulcerado na região supra clavicular, com destruição óssea.

ro. A nosso ver, pelo menos clinicamente, em alguns casos, o mieloma solitário deve ser admitido, levando-se em conta a inexistência de outras lesões ósseas evidenciáveis pelos raios X e dos sintomas que caracterizam a forma generalizada. A observação do paciente deverá ser rigorosa e prolongada. Esse critério é de fato o seguido por alguns autores, os quais consideram mesmo, duas formas de mieloma solitário: a que realmente é única e a que se transforma, decorrido certo tempo, em generalizada.

Do ponto de vista histológico é interessante fazer referências às novas idéias apresentadas por Jaffé e Lichtinsein. Para esses autores há três tipos histológicos de mieloma. No primeiro tipo entram-se quase exclusivamente pequenas células, sem substância intercelular, apre-

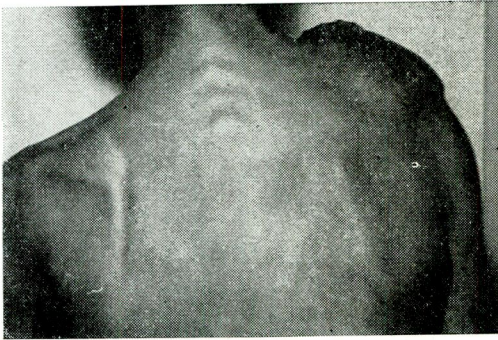


Fig. 2 — Mesmo caso da figura anterior mostrando invasão da região supra-espinal.

sentando semelhança com os plasmócitos. O segundo tipo é caracterizado por células maiores, com núcleos volumosos, ora redondos em sua maioria, ora ovóide, ora ainda, reniformes, com citoplasma acidófilo ou, às vezes basófilo e mesmo policromático. Algumas dessas células são semelhantes aos plasmócitos e, em alguns pontos, são observadas células pequenas. O terceiro tipo é representado por tumor intermediário semelhante ao de células pequenas com a presença, porém, de células cujos núcleos são maiores. Esses autores acham que a célula que origina o tumor é representante do retículo da medula e que pode apresentar variações morfológicas, de acordo com o seu grau de maturação. Essa razão faz que não aceitem a classificação antiga dos mielomas, adotada pelos americanos. Pobb Smith, representante da escola inglesa, se bem que mantendo as diversas variedades de tumor admitidas pelo "Colégio de Cirurgiões", considera o mieloma como reticulosarcoma. A imagem radiológica apresentada pelo mieloma solitário ora é a

de grande área de osteólise, ora com aspecto cístico, vacuolado, semelhante, muitas vezes, aos tumores de células gigantes. Esta última variedade torna muito difícil o diagnóstico diferencial entre os dois tipos e, apenas, uma lesão óssea com este aspecto, situada em ponto onde raramente se observou o mieloplaxoma faz com que se considere suspeita de mieloma solitário.

Segundo o que conseguimos apurar existem descritos na literatura médica 63 casos, que somados aos dois, que passaremos a descrever, perfazem 65 observações de mielomas solitários.

Observação n.º 1. Registro 6.703. — A. F., pardo, brasileiro, 49 anos, pescador. Internado no S. N. C. em 26-5-945.

História — Data sua doença de 4 meses. Filia o início da mesma a traumatismo, que sofreu no ombro direito.. Nêsse local, apareceu logo pequena elevação dolorosa que acabou por desaparecer a cabo de 15 dias. Mais tarde, na zona traumatizada apareceram, como que "veias salientes", levando-o a procurar um hospital em Cachoeira, onde nada fizeram porque "não havia pús". Não melhorou; ao contrário, formou-se aí tumefação. Ao fim de três meses internou-se num hospital em Vitória. (24-4-45). Aí retiraram um



Fig. 3 — Radiografia. Observa-se destruição da clavícula.

fragmento da lesão, que então já era verdadeiro tumor. Dalí foi encaminhado ao Instituto de Pesca, no Rio, donde nos foi remetido. Depois da intervenção sofrida em Vitória, isto é, há um

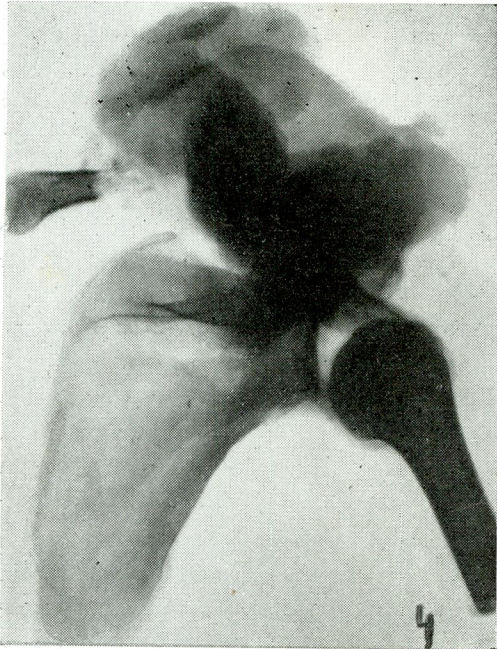


Fig. 4 — Radiografia da peça cirúrgica.

mês o tumor tem crescido rapidamente, minando líquido sanguinolento e fétido. A lesão é dolorosa, mesmo com o membro em repouso.

Exame local — Na espádua direita, observa-se volumoso tumor ulcerado, de forma arredondada, medindo 15 cms. de diâmetro. Figuras 1 e 2. O tumor toma grande parte das regiões supra e infra-claviculares, estendendo-se para fora até a cabeça do húmero e para dentro até a extremidade interna da clavícula. Pela apalpação, sente-se que a base do tumor atinge o plano ósseo subjacente, a clavícula. O fundo da ulceração é irregular, vegetante, necrosado mole e sangrante. A pele, que circunscreve a base do tumor, é infiltrada, sendo que no bordo posterior há zona de intensa vascularização. Não se palpam gânglios cervicais, nem axilares.

Exame radiológico — “Destrução dos 3/4 externos da clavícula direita a qual apresenta transparência de partes moles. O exame dos outros ossos nada de particular revelou. Ausência de imagem de metástases pulmonares”. E. MACHADO.

Biópsia — Mieloma do tipo plasmocitário.

Exames complementares — A pesquisa da albumina de Bence Jones na urina foi negativa.

Tratamento — Com o diagnóstico de mieloma solitário, sem outras lesões aparentes no esqueleto, foi decidido o tratamento cirúrgico. Não se cogitou de radioterapia, devido o grande volume do tumor e a larga superfície ulcerada e infectada, mesmo porque, não dispunhamos na época de aparelhagem radioterápica.

Amputação inter-escápulo humeral, em 15-6-1945. Operadores: MÁRIO KROEFF, JOÃO B. VIANNA e E. P. BURNIER. Anestesia peridural com solução de GUTIERREZ.

Sobre o 1/3 interno da clavícula direita a certa distância do bordo do tumor praticamos com o bisturi elétrico uma incisão até o osso. Com a rugina descobrimos a extremidade interna da clavícula, abrindo sua articulação com o esterno. A seguir, prolongamos a extremidade interna da incisão para cima, cruzando a região supra-clavicular, em sua porção interna na base do pescoço. Seccionamos, então, a pele e tecido celular sub-cutâneo, sendo necessário coagular numerosos pequenos vasos. Incisamos transversalmente a porção clavicular do músculo esterno-cleido, junto a esse osso. Prosseguindo na secção dos planos musculares (trapésio), descolamos o tumor, com o dedo, ao nível do plexo branquial e vasos sub-clavios. Durante esse tempo operatório, rompeu-se a veia cervical transversa, ao nível de sua comunicação na sub-clavía. Houve imediata aspiração de ar pela abertura do vaso. Enquanto um auxiliar comprimia com uma gaze o campo operatório, levantamos completamente a extremidade

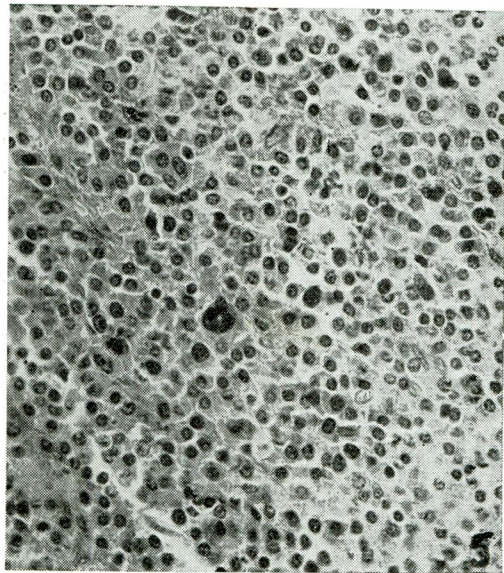


Fig. 5 — Reg. 703 — Mieloma plasmocitário. (Células pequenas de Jaffe e Lichtenstein).

interna da clavícula e seccionamos entre ligaduras a jugular interna. Descobrimos o tronco venoso branquio-cefálico que se apresentava cheio de ar. Isolamos e seccionamos, entre ligaduras, a ar-



Fig. 6 - Reg. 6.703 - Peça operatória, mostrando livre apenas a extremidade esternal da clavícula.

téria e depois a veia sub-clavica, prolongamos para fora e para baixo a incisão sobre a clavícula, levando-a até a axila e seccionando transversalmente o músculo grande peitoral. Os nervos do plexo foram injetados com novocaina a 2% e seccionados. Vasos de médio calibre que sangravam foram coagulados. A extremidade superior da incisão cutânea na região supra-clavicular foi prolongada para baixo no dorso sobre o omoplata até a ponta do mesmo e depois daí para cima até a axila, para encontrar com a incisão da face peitoral. Com o bisturi elétrico, descolamos os bordos da pele, desinserindo-a do omoplata. Logo depois o omoplata foi liberado do torax, seccionando-se os músculos largos. Retirou-se assim todo membro superior direito. Fig. 3. Sutura da pele com pontos separados de seda n.º 1. Tempo operatório uma hora.

Nota - Após a aspiração venosa de ar, o paciente sentiu forte angústia, ficando a seguir dispnéico e depois completamente inconsciente, resul-

tado da embolia gasosa pulmonar. O pulso tornou-se pequeno, arritmico e com 37 batimentos por minuto. As veias periféricas, antes quase que invisíveis, tornaram-se salientes. Extremidades frias. O reflexo óculo-palpebral desapareceu logo após a embolia, voltando cerca de 15 minutos depois. Apesar da medicação feita, inclusive tenda de oxigênio, o paciente continuou inconsciente, falecendo no dia seguinte às 16 horas. (16-6 1945). O exame da peça cirúrgica revelou: mieloma plasmocitário com adenopatias metastáticas.

Comentários - O interesse deste caso está na *clínica*, na *patologia* e no *acidente operatório*.

Clinicamente, parece tratar-se de mieloma solitário, localização clavicular, ligado seu início a traumatismo. É provável que o trauma fosse sentido, porque já havia lesão em latência e que em espádua normal passaria tal pancada talvez despercebida.

O acidente provocado pela embolia gasosa pulmonar é fato comum em cirurgia do pescoço. Este caso foi fatal, não só pela quantidade de ar aspirado por grosso vaso lesado, como pelo estado de choque operatório em que já se achava o doente. Temos tido no S. N. C. alguns casos de verdadeiras síncope, provocadas



Fig. 7 - Reg. 8.737 - Volumoso tumor da fossa ilíaca esquerda, preso aos planos ósseos. Nota-se cicatriz operatória.



por aspiração brusca de ar, quando lesadas veias calibrosas do pescoço. Todos com parada momentânea da respiração, queda do pulso que bate lentamente, como no caso presente. Fatais houve apenas 3 casos em algumas centenas de operações no pescoço.

São dignos de nota neste caso a invasão dos tecidos moles, o que dificultou o diagnóstico clínico. Este último fato é

Exame local — Tumor situado na crista ilíaca esquerda, junto à espinha ilíaca anterior e superior, com as dimensões de cabeça de fêto a termo, recoberto por pele íntegra.

Exame radiológico — “Tumor de aza do ilíaco com aspecto grosseiramente policístico, com lojas de tamanho e formas variadas. E. MACHADO.

Biópsia — Mieloma, predominantemente plasmocitário. E. FIALHO. Foi feita a punção da medula óssea e até mesmo incluído o material obtido, no entanto, não se observaram células do tipo plasmocitário.

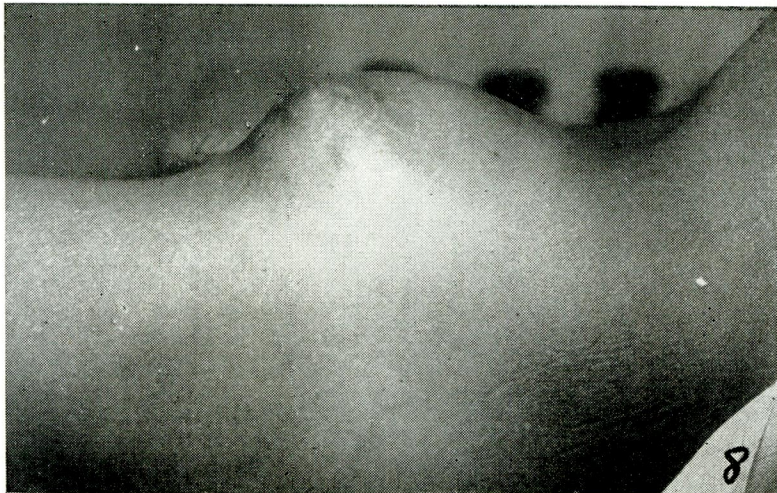


Fig. 8 — Reg. 8.737 — Mesmo caso, visto de perfil. (Crista ilíaca).

muito discutido e mesmo negado por muitos autores, porém, aqui existia sem dúvida. Infelizmente não foi possível a realização da autópsia.

Radiologicamente havia lesão osteolítica bastante extensa.

Observação n.º 2. Registo n.º 8.737 — J. F. M., branco, 52 anos, operário. Internado no S. N. C. em 17-12-1946.

História — Há 2 anos e meio observou aparecimento de tumor pouco doloroso, logo acima da região inguinal esquerda. As dores irradiaram-se para a bolsa escrotal, região lombar esquerda e sacra. O tumor aumentou gradativamente a ponto de ser obrigado a internar-se em hospital. Aí foi operado, isso 4 meses após os sintomas iniciais. Dois meses após a intervenção, reapareceu o tumor, que começou a crescer lenta e progressivamente. Decorridos dois anos, procurou o nosso Serviço.

Em 1-10-1947:

Hematimetria	4.680.000
Hemoglobinometria	94%
Hemoglobina em grs.	15,04%
Leucócitos	7.000
Basófilos	0,0%
Eosinófilos	15,0%
Neutrófilos {	
Núcleo segmentado	45,0%
Núcleo em bastão	5,0
Metamielócitos	3,0%
Mielócitos	2,0%
Linfócitos	17,0%
Monócitos	9,0%

Urina — pesquisa da albumina de Bence Jones, negativa.

Radiografias — 1-10-1947 — Ausência de alteração apreciável, em comparação com o exame anterior. 1-7-1947 — Mesmo aspecto. Ausência de alteração apreciável, a não ser talvez, ligeiro aumento (aos raios X) da massa tumerosa.

19-12-1947 — Tórax: Arcabouço torácico e campos pleuro-pulmonares de aspecto normal. Bacia: O osso íliaco esquerdo se apresenta aumentado de volume à custa de uma formação exuberante de sua metade anterior, parecendo ter tido origem na porção anterior da crista. Essa formação tem aspecto radiológico grosseiramente policístico, contendo lojas de tamanho e formas diversas. Ausência de reação perióstica ossificante. A imagem radiológica lembra a de condroma.

Crânio, face, coluna vertebral, sem alteração digna de registro. A radioscopia do esqueleto não revelou sombra anormal.

para serem então melhor apreciados os resultados roentgenterápicos, não só em possíveis reduções tumorosas, como nas imagens radiológicas.

Em 20-10-1947 — O doente foi re-internado, já com novas chapas radiográficas. Passou pela *mesa-redonda* para ser decidida a indicação terapêutica, ante a prova de resistência da lesão ao tratamento pelos raios X. O tumor, se não diminuiu, também não aumentou: opinião geral. Os limites radiológicos conservaram-se praticamente os mesmos, a cabo de 7 meses. A estrutura densa, mais osteogênica, mais calcificada, mos-

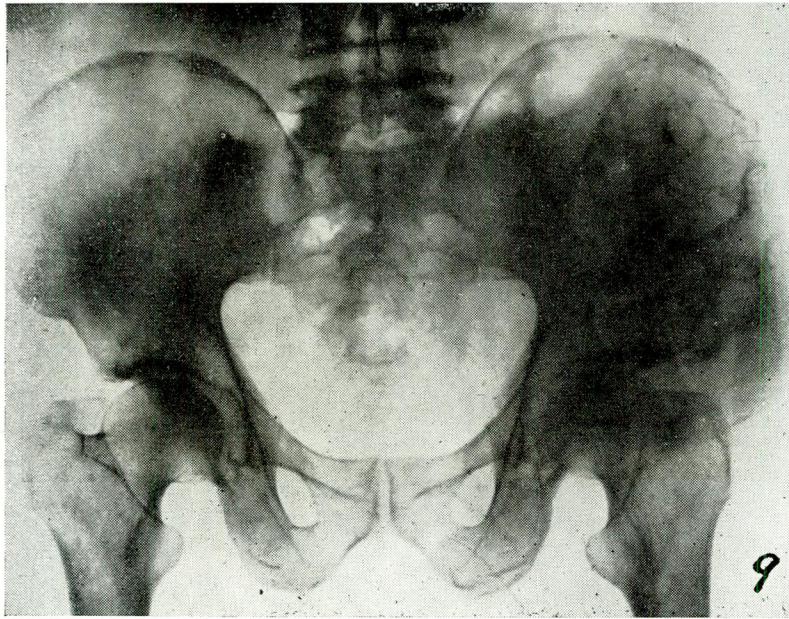


Fig. 9 — Aspecto radiológico da lesão

Tratamento — Como se tratava de mieloma e no caso de aparência único, foi indicada a radioterapia antes de qualquer cogitação cirúrgica, principalmente para se poder verificar a radiosensibilidade da lesão. Como qualquer tentativa cirúrgica seria sempre de proporções mutilantes, êsse ensaio prévio foi julgado obrigatório. Foram feitos 5.000 r. (no ar) por duas partes, distância de 50 cms., em filtro de cobre e alumínio 1,0 — terminado em 2-3-1947. Em 21-7-1947 começou nova série de aplicações, tendo sido feitos 3.645 r. Houve o aparecimento de placa de radiodermite, estando o paciente em observação, porém em estado geral precário. Ao fim do tratamento não se notou redução apreciável do tumor. Foi dada alta ao doente, aguardando-se o prazo de 40 dias

trando certa reação das partes ósseas, em confronto com as anteriores. O estado geral manteve-se sem alterações. O indivíduo sempre em regulares condições físicas, sem emagrecimento nem anemia. Localmente, certo grau de radio-dermite, com pequenas placas de mortificação na zona culminante do tumor, região inguinal. Foi levantada a idéia de pelvectomia parcial com ressecção de parte da aza do íliaco, correspondente à porção afetada, deixando-se livre, estreita faixa óssea, bastante para guardar o arco do estreito superior. Sugeriu-se também a hemipelvectomia, aqui dificultada pelas condições de desvitalidade da pele do hipogástrio. A *mesa-redonda*, por maioria, decidiu pela abstenção cirúrgica, dado o aspecto de

estacionamento da lesão depois do tratamento pelos raios X e dado o bom estado geral do doente que não demonstrava sinais de debilidade. Eis o que ficou registado na sessão do dia 1 de novembro de 1947: — “Visto o doente pela *mesa-redonda* ficou decidido:

1.^o) — não fazer a inter-iliaco-abdominal, porque a ulceração radio-necrótica atinge grande porção da parede abdominal; 2.^o) apesar de ter o diagnóstico histológico sido o de mieloma, não parece clinicamente, pois até hoje não houve qualquer outra localização óssea. Não parece, tam-

3-11-1947 — Re-examinado pela “Mesa-Redonda”, ficou resolvido manter o doente sob vigilância.

27-11-1947 — O Serviço foi informado que a placa de rádiodermite está maior e mais dolorosa.

O doente acha-se, assim, em vigilância, esperando oportunidade para sofrer possível pelvectomia parcial ou semi-total.

Êste caso apresentava evolução clínica mais longa que a do outro, tendo sido praticada punção esternal, que nada de particular revelou. O esqueleto também não apresentava alterações ao

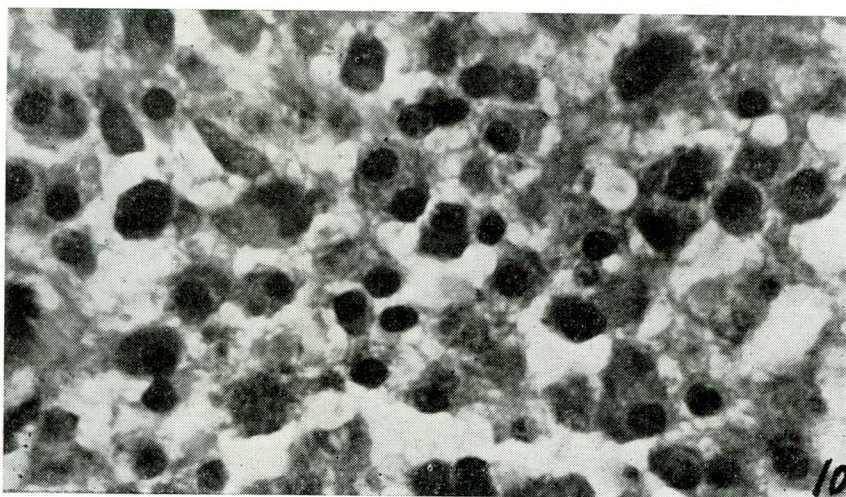


Fig. 10 — Microfotografia do tumor. Mieloma do tipo plasmocitário

bém, mieloma pois não respondeu ao *test* radioterápico, e ainda, porque a imagem radiológica lembra o mieloplaxoma, hipótese levantada pelo radiologista (E. MACHADO); ainda porque o tumor está estacionário e o estado geral é perfeitamente bom.

Foi sugerida também a ressecção parcial do tumor com ressecção óssea da aza do ilíaco, o que não foi aceito, porquanto o polo inferior do tumor assenta sobre o plexo vâsculo-nervoso inguinal, e a invasão óssea vai junto ao acetábulo. E ainda porque admitida a hipótese de mieloplaxoma, com a dose radioterápica que recebeu, já deve ter sua evolução debelada. Como 3.^a conduta foi lembrada a exérese de tôda porção cutânea de rádio-necrose, com enxertia consecutiva até poder aguardar melhores condições locais de operabilidade, o que não foi aceito.

exame radiológico. Não foi encontrada albumina de Bence Jones. Trata-se, portanto, de mieloma solitário, segundo o critério que defendemos no início do trabalho.

Sumário

Os autores, após discutir o conceito atual do mieloma solitário, admitem sua existência. Descrevem duas observações deste tipo de tumor, que somadas às 63 outras citadas na literatura médica, elevam êste número a 65. Ambos os tumores eram constituídos por células semelhantes aos plasmócitos, recapitulando assim o

tipo chamado plasmocitário. Em o primeiro dos casos é interessante referir o extenso comprometimento dos tecidos moles e as adenopatias metastáticas.

RESUME

After discussing the present belief regarding solitary myeloma the authors admit it's existence, at least as to a clinical point of view for one should not carry to far the possibility of the existence of small focuses of the disease wich could be discovered by microscopic examination of bone fragments throughout the body.

Solitary myeloma should be admitted considering the growth of the tumor, the non existence of other bone lesions

acknowledged by X rays and absence of symptoms peculiar to multiple myeloma.

After considering certain facts as to the histological point of view, the authors end up reporting two cases of solitary myeloma at the National Cancer Service. This brings to 65 the total number of cases so far registered in medical literature.

Bibliografia

Cutler, M. Buschke, F. Cantril, S. T. — *The course of single myeloma of bone* — 62:918, junho 1936. Gootrick, S. T. — *Solitary myeloma — Review of Sixty — one case* — *Radiology* 45:385, outubro 1945 — Hellner, — *Die Knochenschwüste — Julius Springer* — 1938. Sabrazis, J. — *Jeamehey, G. — Mathey. Cornat, R. — Les tumeurs des os. Masson edit. 1932. Lichtenstein, L. e Jaffe, H. — multiple myeloma — Arch. path. 44:207. Snapper, I — Maladies osseuses — Masson edit. 1938.*

A nosologia do câncer não se resolve com os simples quadros clínicos descritos nos livros clássicos: essa erudição insuficiente é a principal causa dos diagnósticos errôneos ou das decisões terapêuticas inoportunas (HUGUENIN).

A diatermo coagulação é habitualmente o tratamento de escolha do câncer das radiodermites. (Serviço Nacional de Câncer).

O uso indiscriminado dos hormônios para o tratamento do câncer, põe em perigo os pacientes. Atualmente o método está ainda no domínio puramente experimental. A testosterona por exemplo, pode melhorar certos casos de câncer da mama e fazer outros piorarem. Enquanto não se souberem maiores detalhes sobre o assunto, não se devem empregar os esteróis para tratamento do câncer da mama. (Serviço Nacional de Câncer).

DIAGNÓSTICO PRECOCE



DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DO LÁBIO

LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA JÚNIOR

"A disease known is half cured"
(Provérbio inglês).

O diagnóstico precoce é atualmente o principal meio de que dispomos para aumentar a percentagem de cura do câncer, pois permite submeter o doente a tratamento adequado ainda na fase de doença local.

Quanto mais precoce o diagnóstico, maiores serão as probabilidades de cura definitiva.

O início de qualquer afecção labial chama desde logo a atenção do doente, que via de regra, procura aconselhar-se com o médico ou com o dentista. Êstes deverão possuir conhecimentos suficientes para diagnosticar ou pelo menos suspeitar o câncer, encaminhando o doente a Serviço especializado onde o mesmo poderá ser convenientemente examinado e tratado.

O início do câncer do lábio, a pesar de aparente é quase sempre insidioso. Atinge de preferência o lábio inferior de indivíduos já de certa idade, em sua maior parte do sexo masculino; incide sobre mucosa anteriormente de aspeto normal ou sobre lesão preexistente, quase sempre leucoplásica ou hiperqueratósica.

É indiscutível o papel que cabe às irritações repetidas, físicas, químicas ou mecânicas, na etiologia do câncer do lábio. A exposição ao sol e às intempéries (marinheiros, lavradores), o uso do cachimbo, os traumatismos produzidos por fragmentos dentários, são reais fatores etiológicos em grande número de casos.

Na mucosa normal, o primeiro sinal de câncer é quase sempre pequena ulceração, tumor, ou placa de infiltração.

Nas placas de leucoplasia, a degeneração maligna se manifesta, ora por fissuras ou endurecimentos, ora por irregularidades na superfície da placa, até então lisa e regular.

É justamente nesta fase que o diagnóstico poderá trazer maiores benefícios para o doente, pois além de tratar-se de lesão inicial de pequenas dimensões, não há

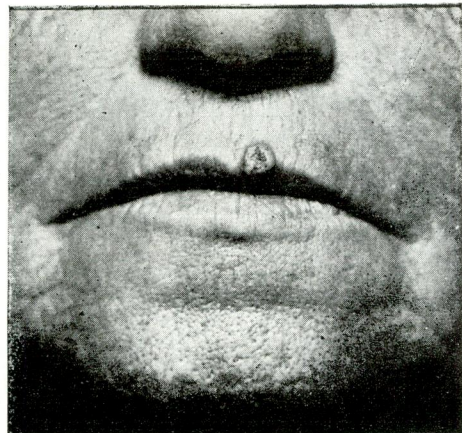


Fig. 1 — Forma rara de carcinoma. Doente do sexo feminino portadora de carcinoma espinocelular do limite cutâneo mucoso do lábio superior. (Arquivos do S.N.C.).

ainda comprometimento ganglionar, que de regra, no câncer do lábio, só se faz tardiamente.

Inúmeras são as afecções cujo aspeto pode levar à confusão com o câncer. Entre elas, destacam-se a sífilis, a tuberculose, a blastomicose etc.

O diagnóstico definitivo do câncer do lábio não oferece dificuldade. Basta que recorramos ao exame histológico de pequeno fragmento da lesão. A obtenção

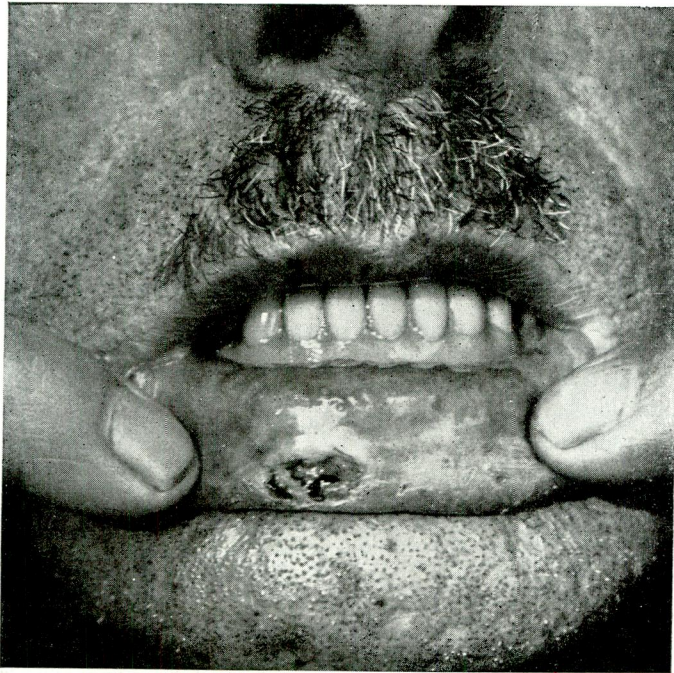


Fig. 2 — Doente do sexo masculino. Placa de leucoplasia em franca degeneração maligna. Observa-se abaixo da leucoplasia, nítida ulceração cujo exame histológico revelou: carcinoma espinocelular. (Arquivos do S. N. C.).

dêste fragmento constitui intervenção sempre fácil e inócua, desde que preceda de poucos dias o início do tratamento. É preciso porém levar em conta que apesar de ser a biópsia intervenção simples,

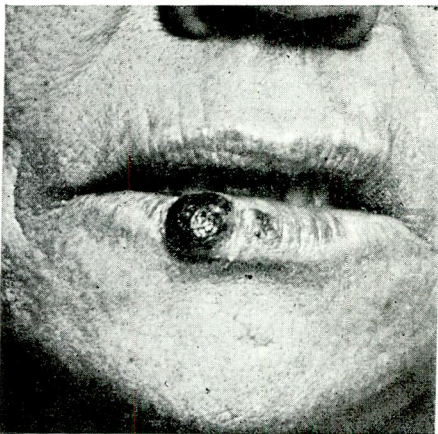


Fig. 3 — Aspeto pouco frequente do carcinoma espinocelular, exuberante, simulando lesão angiomatosa. (Arquivos do S.N.C.).

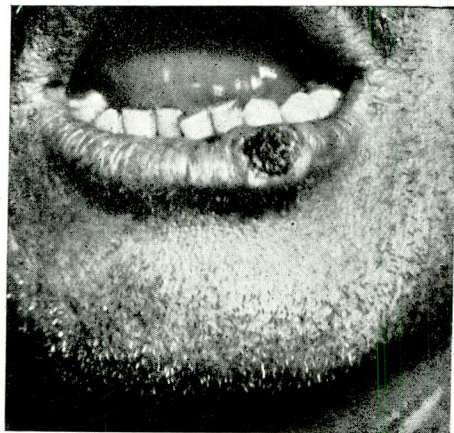


Fig. 4 — Lesão ulcerosa do lábio inferior, de bordas infiltradas e elevadas. Ausência de adenopatias. Diag. histológico: carcinoma espinocelular. (Arquivos do S.N.C.).

seus resultados poderão muita vez despistar o médico pouco avisado. Quando não é praticada em ponto conveniente e com técnica apropriada, dá resultados negativos em lesões blastomatosas clinicamente



diagnosticadas. Quando o diagnóstico clínico de câncer não for confirmado pela histologia, deve o médico repetir a biópsia, salvo nos casos em que o exame histológico afastar definitivamente a hipótese de lesão maligna.

Com o auxílio da clínica e da anatomia patológica, podemos fazer o diagnóstico precoce do câncer, orientar o tratamento do doente e contribuir eficientemente dessa forma para a melhoria da percentagem de cura.

GÁS DE MUSTARDA E CÂNCER

A principal ação sistêmica dos gases de mostarda, nitrogenados ou sulfurados, é a de ocasionar a morte das células. A susceptibilidade celular depende de sua capacidade proliferativa. Daí ser sobre os elementos figurados do sangue e sobre a mucosa do aparelho digestivo, que se fazem sentir os primeiros sinais de sua ação citotóxica.

Inicialmente julgou-se que a lesão provocada pelos gases de mostarda era causada pela liberação intracelular do ácido clorídrico da molécula, para depois, comprovar-se que a ação citotóxica se assemelhava em muitos sentidos a dos R.X.

A administração de doses tóxicas de gás de mostarda provoca lesões em todos os órgãos e sistemas dos mamíferos, ao passo que uma dose limiar, só atua nos tecidos com tendência franca à proliferação. Todas essas propriedades, aliadas à ação sobre o tecido linfóide, deu a idéia de aplicar-se a substância nas neoplasias do tecido linfático. Duas variantes químicas, dos compostos ditos gases de mostarda, têm especial importância: o cloridrato de tri-beta cloretilamina e o cloridrato de bi-beta cloretilamina.

Essas substâncias são cristalinas, solúveis prontamente nas soluções salinas e podem ser administradas na veia.

Goodman (J. A. M. 132:126, 1946) estudou a ação do gás de mostarda em 67 pacientes, sendo que bons resultados foram

obtidos na doença de Hodgkin, linfossarcoma e leucemia. Alguns casos radio-resistentes melhoraram, sendo que, às vezes, a responsividade à radiação pôde ser restabelecida.

A dose útil de gás de mostarda é muito próxima da dose tóxica, daí a necessidade de grande cautela durante o tratamento. Os primeiros sinais nocivos se fazem sentir sobre a medula óssea: agranulocitose, trombocitopenia e anemia.

Os casos de doença de Hodgkin, melhoram, quando tratados pelo gás de mostarda, mais rapidamente que quando se emprega a radioterapia, porém de maneira menos duradoura.

Se bem não cure a doença Hodgkin, é de grande utilidade nela o gás de mostarda, principalmente se atentarmos na possibilidade de novos derivados mais ativos e menos tóxicos.

Maiores detalhes sobre o assunto podem ser encontrados:

Science 103:409, 1946 — a ação biológica e aplicações terapêuticas dos Betas cloretilaminas e sulfitos;

J. A. M. A. 132:263, 1946 — Terapêutica com o gás de mostarda nitrogenado; Lancet 1:899, 1947 — Gás de mostarda nitrogenado na doença de Hodgkin; J.A.M.A. 135:98, 1947 — Gases de Mustarda; J.A.M.A. 135:651, 1947 — Gás de mostarda no tratamento da micose fungoide.



DIVULGAÇÃO



"PESQUISAS SÔBRE O CÂNCER"

ATIVIDADES DO 4.º CONGRESSO INTERNACIONAL *

Antônio Prudente de Moraes

As atividades do 4.º Congresso Internacional de Pesquisas sobre o Câncer podem ser apreciadas em duas partes: a primeira refere-se à organização da Comissão Internacional de Pesquisas e a segunda, aos trabalhos científicos propriamente ditos, incluindo minha contribuição pessoal.

A) COMISSÃO INTERNACIONAL DE PESQUISAS SÔBRE CÂNCER

Durante o Congresso fui designado por sua Comissão Executiva para tomar parte, como representante do Brasil, nas reuniões que se processam para a formação da Comissão Internacional de Pesquisas.

Com a finalidade de estabelecer acordo entre os Delegados dos diversos países, a constituição, relações e finalidades da Comissão, foram realizadas reuniões diárias dos representantes de 14 nações (1 de cada país). A maior dificuldade deparada, foi a existência da "União Internacional contra o Câncer", com sede em Paris, fundada em 1933, por ocasião do 1.º Congresso Internacional de Câncer. A "União Internacional" é um órgão que em seu programa engloba todos os aspectos da luta contra o câncer.

Como membro da Comissão Executiva Internacional e solidário com o grupo de representantes das nações latino-ame-

ricanas, defendi em plenário, o ponto de vista de se constituir a Comissão de Pesquisas, dentro do quadro da União Internacional.

Tendo saído vencedor o ponto de vista favorável à União, foram estabelecidas as bases da nova organização, que sob a forma de uma recomendação foi redigida pela Comissão de Representantes Nacionais e aprovada pelo Congresso Internacional de Pesquisas. E' o seguinte o texto da moção: "Um corpo representativo, formado por um membro eleito de cada uma das 44 nações representadas no Congresso Internacional de Pesquisas sobre Câncer. Esse grupo de representantes nacionais recomenda que o Congresso concorde com os seguintes princípios:

1) Que no conceito de pesquisas em cancerologia se inclua todo o esforço no sentido de aumentar conhecimentos sobre tumores malignos, quer por realizações clínicas, experimentais, ou por quaisquer outros meios;

2) Que a Comissão seja formada por um membro de cada país representado no Congresso, com igualdade de voto. Outras nações, não representadas, serão aceitas sob idênticas condições;

3) Que a principal fonte de financiamento seja a governamental;

4) Que cada Governo seja convidado a enviar um representante nacional, isto é, pessoa dedicada à pesquisas sobre câncer, com mandato de três anos, o que equivale dizer, devem as representações

* Relatório apresentado ao Sr. Ministro da Educação e Saúde, pelo Prof. Antonio Prudente, representante do Ministério no 4.º "Congresso Internacional de Pesquisas sobre o Câncer".

ser substituídas após este prazo; que os Governos, depois de dois anos, juntamente com o seu predecessor, sem todavia ter direito a voto antes de substituí-lo definitivamente. ;

5) Que a Comissão se reúna anualmente e que essas reuniões não se realizem dois anos consecutivos no mesmo país;

6) Que seja constituída uma Comissão Executiva, formada no máximo, por 7 membros e no mínimo, por 5, com substitutos, de acordo com o seguinte critério: 1 da América Latina, 1 da Ásia, 1 dos E. U. da América do Norte, 2 da Europa;

7) Que a primeira Comissão Executiva fique assim constituída: América Latina — Dr. Millán (México); Ásia — Dr. Khanolkar (Índia); U. S. A. — Dr. Cowdry (Europa); — Dr. Maisin (Bélgica) e Dr. Haddow (Grã-Bretanha).

8) Que a Comissão de Pesquisas forme parte integrante da União Internacional, substituindo sua Comissão Científica; que a Comissão de Pesquisas, dentro da organização da União Internacional, tenha a máxima liberdade de ação para atingir sua finalidade e que tenha poderes próprios para solicitar e distribuir fundos (essa resolução foi aprovada pela União);

9) Que o 4.º Congresso Internacional solicite a ratificação, pelos respectivos Governos, dos representantes nacionais aqui reunidos em seus cargos da Comissão Executiva.

De acordo com o item 9 das recomendações aprovadas pelo 4.º Congresso Internacional de Pesquisas sobre Câncer, minha designação como membro da Comissão Internacional, fica na dependência de confirmação do Governo Brasileiro.

B) TRABALHOS CIENTÍFICOS

Os trabalhos científicos consistiram de relatórios sobre os temas oficiais, comunicações, exibição de filmes científicos e

exposição de trabalhos e material ilustrativo.

a) *Relatórios e comunicações*: Entre os trabalhos que se referiram às pesquisas sobre a origem do câncer, alguns merecem menção, dada a excepcional importância.

1) *Virus* — Apesar da especificidade do vírus, demonstrada por *Peyton-Rous*, para o sarcoma da galinha, e da existência dos tumores das plantas, (de origem bacteriana — “crown galls” de *Erwin Smith*), os pesquisadores, nos últimos tempos, vinham se afastando cada vez mais da hipótese de ser o câncer causado por vírus. O próprio *Peyton Rous*, expondo ao Congresso o seu ponto de vista atual, focalizou com sua alta autoridade, a importância que deve ser atribuída ao vírus, mostrando as relações que tem com vários tumores, desde simples associado até o papel de agente causal.

Um fato de grande importância veio abrir novas sendas para a pesquisa cancerológica no que se refere ao vírus. Trata-se do chamado “fator leite” (“milk factor”), descoberto por *Bittner* e hoje, admitido por muitos, como um vírus. Sabe-se que ratos de linhagens pouco suscetíveis ao câncer mamário, desde que amamentados por uma fêmea de linhagem muito suscetível, apresentam alta incidência do tumor. Essa predisposição é transmitida através de várias gerações.

Em seu relatório ao Congresso, *Bittner* diz que três fatores interferem na origem do câncer mamário espontâneo do rato. São eles: estímulo hormonal; suscetibilidade hereditária e o “milk factor”. Segundo este mesmo autor não há linhagem de ratos que possa ser — *não cancerosa*, — desde que esteja sob a influência do “milk factor”, mais o estímulo hormonal adequado.

Baseados no fato de ser o “milk factor”, um agente filtrável e sedimentável,

propagado às células novas e possuir propriedade antigênica, podemos considerá-lo como agente infeccioso ou vírus.

As últimas experiências de *Bittner* sugerem que o "milk factor" gera o câncer da mama do rato por ação sobre o metabolismo hormonal.

Ficou também estabelecido neste Congresso, que a *doença de Hodgkin* é causada por vírus filtrável. *Grand* extraiu esse agente de derrames pleurais e tecido linfóide de portadores da doença. A atividade do "vírus" pôde ser demonstrada pelo que causa nas culturas de tecidos de gânglios linfáticos de pintos, de ratos e de homens. Nas células linfóides e reticulares, faz aparecer inclusões específicas que provocam rápida degeneração celular. Pela ultracentrifugação é possível tornar o agente mais potente.

2) *Substâncias cancerígenas* — O estudo das substâncias cancerígenas continua intensamente. *Haddow*, *Boyland*, *Lacassagne* e outros, procurando interpretar a ação dessas substâncias, chegaram à conclusão que podem ser cancerígenas ou inibidora da cancerização. Tudo depende do tipo metabólico. Segundo o que *Lacassagne* expôs ao Congresso, para haver cancerização é preciso que haja fixação de moléculas tóxicas na célula, o que nos leva a uma aproximação com a teoria eletrônica da cancerização.

O trabalho de *Greech* mostrou que se pode obter certa imunização contra os hidrocarbonetos cancerígenos por meio de anti-sôros, obtidos pela injeção de conjugados hidrocarboneto-proteínas.

Estudos interessantes de *Orr* foram apresentados sobre o chamado período latente de carcinogênese química. *Orr* chegou à conclusão que o agente cancerígeno não age diretamente sobre as células, transformando-as em malignas, mas sim, sobre o meio ambiente, causando uma série de alterações que permitem o aparecimento de células malignas. Essas alterações va-

riam, podendo ser de caráter hiperplástico ou necrótico.

Segundo *Pullmann*, a atividade carcinogênica depende da concentração eletrônica da molécula de determinada região celular. Estudando inúmeras substâncias, alguns autores chegaram à conclusão que é preciso uma concentração eletrônica mínima de 1,29 elétrons para haver atividade carcinogênica.

3) *Citologia*. O estudo comparativo de células normais e malignas pelo microscópio eletrônico foi feito por *Porter* e *Thompson*. Esses autores mostraram que o citoplasma das células tumorosas apresenta maior quantidade de componentes granulares de densidade maior.

Nettleship estudou por meio de cortes seriados, uma série de casos de câncer incipiente. Em todos, o tecido onde o tumor surgiu, estava em fase de involução, mostrava alterações atróficas e tecido cicatricial. Parece que a origem é multicelular, dentro da área de alterações precancerosas. Estudando, de outro lado, sarcomas produzidos em cultura de tecidos por meio de metilcolantreno, o mesmo autor diz que a transformação das células normais em malignas, é gradual. Transplantando esses tumores para animais, verificou que o grau de anaplasia é tanto maior quanto mais tempo a cultura estiver em contacto com o metilcolantreno. Acha que os estudos devem prosseguir, visando os tecidos e não as células.

4) *Hormônios*. *Loschutz* e seus colaboradores mostraram que certos cetosteróides têm ação sobre os fibromiomas uterinos. Entre eles estão a progesterona e a testosterona. Segundo *Dobriner*, os hormônios esteróides além de sua função na fisiologia sexual, têm papel importante na regulação metabólica dos hidratos de carbono, proteínas e eletrólitos. Já foram individualizados 42 esteróides diferentes. É possível, hoje, pela espectroscopia infra-

vermelha, identificar os esteróides eliminado predominantemente pelos cancerosos.

Adair e seus colaboradores fizeram uma série de exames clínicos e de laboratório em pacientes portadores de câncer da mama em estado avançado, e sob tratamento pelos hormônios sexuais. Com androgênios, além dos fenômenos conhecidos de virilização, encontrou hipercalemia e edemas. O esfregaço vaginal mostrou inúmeras células de tipo basal. Os estudos citológicos e citoquímicos mostraram condensação do núcleo e do citoplasma, assim como proliferação corretiva. Com estrogênios observaram perturbações gastro-intestinais e hemorragias uterinas.

Riesco mostrou que os estrogênios podem ser causa do carcinoma endometrial.

Prudente apresentou os primeiros resultados de 5 anos no tratamento do câncer da mama com hormônio masculino. (Os detalhes serão dados mais adiante).

Nathanson empregando estrogênico, no tratamento do câncer da mama, observou bons resultados nas pacientes de idade avançada. Êste mesmo autor demonstrou que a castração dos pacientes de sexo masculino é favorável nos casos de câncer mamário.

5) *Tratamento*: — De acôrdo com os dados apresentados por *Walters*, da Mayo Clinic, os resultados da cirurgia, no tratamento do câncer do estômago, são pouco lisonjeiros. Para melhorar é preciso intensificar a campanha em favor do exame periódico. Também não são muito animadores os resultados apresentados por *Rahausen* com respeito ao tratamento das metástases ganglionares do pescoço.

..*Mos* propôs um novo método para tratamento dos cânceres da pele, que permite um contrôle exato. Consiste na excisão cirúrgica após fixação com pasta de cloreto de zinco.

Eddy ocupou-se dos novos analgésicos usados para minorar as dores que surgem nos casos avançados de câncer.

O *metopon* é um derivado de morfina com ação mais persistente do que ela e menos tóxico. E' um produto americano. Os alemães também vêm usando um novo analgésico que é um produto sintético, mais ativo do que a morfina: o *amidone*.

A técnica de irradiação por meio dos raios X ou do radium também foi focalizada, mostrando-se alguns progressos feitos nêsse terreno. *Del Regato* introduziu um sistema para irradiação transvaginal, no câncer do colo do útero, com resultados animadores.

O preparado usado na Inglaterra com a denominação de H 11 não tem dado resultados muito compensadores. Segundo *Williams* e *Walters*, entre 1.371 casos tratados, apenas 6 se tornaram assintomáticos.

Nas culturas de aspergilos e penicilos existem substâncias nocivas para alguns tumores, substâncias essas que poderão ser empregadas no tratamento do câncer, como demonstrou *Rhoads*.

Outras substâncias foram empregadas por diferentes autores, no tratamento do câncer. Algumas forneceram resultados favoráveis que justificam um estudo mais acurado. Entre elas podem citar-se a uretana, as cloretilaminas (gazes de mostarda) e o ácido fólico.

Hauschka refez as experiências dos autores russos, *Roskin* e *Khyneva*, acerca das propriedades cancerolíticas do "tripanosoma cruzi". Segundo êsse autor, o crescimento do tumor é retardado quando se infecta o animal. As culturas mortas pelo calor, entretanto não provocaram regressão, observando-se apenas necroses com lesões graves do fígado e rins.

6) *Aparelhos produtores de eletrons.*

Por meio desses aparelhos pode-se realizar o tratamento do câncer da mesma forma em que se emprega os raios X e rádioio, pois a ação destes últimos é devida, em última análise, à formação de eletrons secundários.

Pelas experiências feitas, o tipo de aparelho que melhor se presta à terapêutica é o *Betaton* alimentado por tensão de 22 milhões de volts. Os eletrons são projetados em forma de jato. A intensidade que se pode obter é suficiente para tratamento do câncer, produzindo uma ionização igual à fornecida por 100 roentgens por minuto de raios X. A penetração depende da energia eletrônica. Os tecidos vizinhos ao tumor podem ser poupados inteiramente.

O emprêgo da energia eletrônica no tratamento do câncer trará possivelmente, dentro de pouco tempo, uma depreciação dos aparelhos de raios X e do rádioio.

7) *Rádiosótopos.* Durante o 4.º Congresso Internacional, o Presidente Truman deu publicidade à sua resolução de permitir a exportação dos isótopos radioativos. Apesar das dificuldades existentes para a aplicação imediata desses elementos, é possível agora o seu uso tanto para pesquisas como para terapêutica. Até agora, na terapêutica, os resultados mais animadores se referem ao emprego do fósforo radioativo nas doenças do sistema hematopoiético (policitemia, mieloma múltiplo, leucemia e doença de Hodkin). No câncer da tireóide o iodo radioativo tem-se mostrado de grande utilidade, principalmente no tratamento das metástases.

b) *Exposição de trabalhos e material científico.*

Durante os dias do Congresso foi franqueada ao público uma exposição de trabalhos e material científico concernente aos tumores malignos.

Nos salões do Hotel Jefferson, em St. Louis, vários congressistas expuseram documentação tendente a demonstrar suas descobertas, concepções ou orientações.

Métodos para diagnóstico e tratamento do câncer estavam aí demonstrados por meio de esquemas, fotografias e material adequado.

Estudos microscópicos e ultra-microscópicos foram apresentados nos próprios aparelhos utilizados.

c) *Filmes cinematográficos.* A exibição de filmes científicos sobre câncer contribuiu enormemente para o êxito do Congresso, permitindo uma apreciação mais objetiva de certos detalhes das técnicas empregadas, tanto em laboratórios, como em cirurgia, ou outras formas de tratamento.

c) *CONTRIBUIÇÃO PESSOAL*

Dentro de minhas possibilidades pessoais, procurei dar ao Brasil algum realce durante o Congresso. Para isso compareci sistematicamente às reuniões dos representantes nacionais, apresentando um projeto de organização da Comissão de Pesquisas dentro do quadro da União Internacional, o que foi aceito em princípio. Tomei parte também de todas as reuniões da União Internacional e, das realizadas pelo grupo de representantes dos países latino-americanos. Assisti às sessões científicas dentro das possibilidades de tempo, discutindo os trabalhos. Apresentei um trabalho original, em língua inglesa, intitulado "Testosterone propionate in the treatment of mammary cancer", no qual apresentei os primeiros resultados de mais de 5 anos, obtidos por meio do tratamento com este hormônio. O referido tratamento foi por mim iniciado em 1939.

As conclusões a que cheguei são as seguintes:

1) Os resultados de 5 anos obtidos por meio do propionato de testosterona após mastectomia, em casos operáveis de

câncer da mama, são muito melhores do que os obtidos só com operação.

2) Casos inoperáveis obtiveram resultados extraordinários com o uso de grandes doses de propionato de testosterona.

3) O emprego das altas doses de propionato de testosterona no tratamento do câncer da mama deve ser preconizado.

Tomei parte também na Exposição dos Trabalhos, mostrando por meio de fotografias e gráficos, aspectos da Campanha contra o Câncer em São Paulo, e dos serviços já existentes, assim como os planos do futuro Instituto Central da Associação Paulista de Combate ao Câncer.

AÇÃO ANTICANCERÍGENA

Segundo os trabalhos de Juvenal R. Meyer, do Instituto Biológico de São Paulo, o extrato aquoso das formas adultas do cogumelo vulgarmente conhecido por "orelha de pau", tem ação anticancerígena. O extrato do cogumelo (Polyporus cinnaba-

rinus) é preparado fervendo durante dez minutos as formas adultas, na proporção de 1:6 partes de água. As proteínas animais destróem total ou parcialmente essa atividade; daí a dificuldade de utilizá-lo em injeções.

A BIÓPSIA

A biópsia deve ser feita nos bordos da lesão, no limiar da zona aparentemente sã. Assim será evitada a colheita de material necrosado e examinadas estruturas riais do tumor, seu modo de extensão, sua intensidade de proliferação e as reações dos tecidos circunvizinhos. Somente dêsse modo poder-se-á obter da biópsia os elementos dela esperados. E' possível que nos cânceres "fechados" como no câncer mamário

por exemplo, seja a biópsia causa adjuvante de esflorescência metastática mais rápida. Por êsse motivo deve recorrer-se à biópsia per-operatória. Nos cânceres ulcerados dos tegmentos ou das cavidades naturais não deve temer-se seja a biópsia seguida de disseminação metastática. Entretanto o espaço de tempo decorrido entre ela e o início do tratamento, não deve ser longo. (Serviço Nacional de Câncer).

PERDA DE SANGUE DURANTE AS OPERAÇÕES

Baronofsk, Treoloar e Wangenstein, (Surgery, 20 : 761, 1946), verificaram, quando procuravam comprovar a exatidão dos métodos empregados para avaliar a perda sanguínea durante as operações, que a determinação que se faz baseada no ganho de peso de esponja que absorve sangue, é bastante certa. De interêsse são os

dados obtidos em média. Perdem-se: 25,8 cc. nas apendicectomias, 82,9 cc. nas herniografias, 179,4 cc. nas colecistectomias, nas gastrectomias sub totais, por úlcera, 499,8 cc., por câncer, 455,6 cc.; nas tireoidectomias, 405,6 nas mastectomias, 415,4 cc. e nas lobectomias ou pneumonectomias, 1.399 cc.

PERGUNTAS E RESPOSTAS



A Revista Brasileira de Cancerologia pretende principalmente ser órgão de divulgação dos ensinamentos fundamentais relativos ao câncer.. A "seção de perguntas e respostas", estará pois aberta a todos aqueles que necessitarem qualquer tipo de esclarecimento.. Através de suas colunas, enquanto não afluírem perguntas específicas, dúvidas realmente surgidas na prática clínica diária, serão ventiladas, a critério da redação, questões de ordem geral, quase que de conhecimento obrigatório por parte do médico prático.

Os médicos em geral, muito especialmente os do interior, poderão, recorrendo à experiência do corpo clínico do Serviço Nacional de Câncer, desfazer dúvidas e ficar a par dos recentes progressos da cancerologia.

Qualquer correspondência nesse sentido poderá ser enviada para a Redação da Revista, seção "Perguntas e Respostas".

O CÂNCER É HEREDITÁRIO?

SÉRGIO AZEVEDO

A relação entre herança e câncer, começou a ser estabelecida quando os primeiros pesquisadores observaram diversos casos da doença numa mesma família, casos êsses que se repetiam, muita vez, através de duas ou mais gerações.

Citam-se a respeito, exemplos clássicos: *Cholewa* acompanhou uma família em que a mãe morreu de carcinoma da mama e do útero. De suas 10 filhas, sete foram acometidas de câncer do útero, duas de câncer da mama e outra de câncer do ovário.

WARTHIN relata o caso de outra família na qual através de três gerações, 27 membros sofreram de câncer. Na família de *BROCA*, em três gerações, houve 26 casos de neoplasias.

K. H. BAUER (1940) estudou a incidência do câncer em uma família, encontrando em cinco gerações de 257 pessoas, 32 portadores de câncer.

Nas clínicas de câncer, alguns casos dessa natureza também se encontram, mas em compensação, a maioria dos doentes,

nada revela nêsse particular, muito embora acurada investigação seja feita nêsse sentido. Nos animais de laboratório, e, particularmente, ao que se refere ao camundongo, a predisposição ao câncer era considerada hereditária. Os interessantes trabalhos experimentais de *SLYE*, de *LYNCH* e os de *LITTLE* e *KORTEWEG*, em relação ao câncer da mama do camundongo, que tantas analogias apresenta com o câncer humano, assim faziam crêr. Êsses pesquisadores, mediante o cruzamento de animais da mesma família, através de diversas gerações, conseguiram obter raças puras de camundongo cromosomicamente idênticos, nos quais, todos ou pelo menos, grande número dêles, eram acometidos espontâneamente de câncer da mama.

Estudos posteriores de *LITTLE* e *MURRAY* vieram entretanto demonstrar que em tais casos, a suscetibilidade ao câncer não se transmite segundo as verdadeiras leis mendelianas. Pensou-se então na existência de outros "fatores genéticos extracromosômicos", o que foi plenamente confirmado pelas experiências de *BITT-*

NER, que demonstraram não se achar em causa a simples herança de genos.

Esse investigador fazendo amamentar camundongos nascidos de mães pertencentes à raça onde o câncer tinha alta incidência, por nutrizes de raça com baixa ocorrência da doença, verificou menor suscetibilidade ao câncer, apesar da predisposição hereditária.

Por outro lado, AUDERVONT demonstrou que crias provenientes de raça de camundongos com baixa incidência de câncer da mama, quando amamentados por nutrizes com alta incidência, são acometidos de cancer numa proporção que pode variar de 0 a 15%.

Êsses resultados experimentais vieram esclarecer, que ao lado do fator herança, existe outro elemento veiculado pelo leite, sem o qual, a glândula mamária não sofre certas transformações necessárias à degeneração maligna.

Pesquisas inúmeras têm sido feitas para identificar o fator transmissível pelo leite, mas até agora ignora-se se o mesmo pertence à categoria dos hormônios, dos fermentos ou dos vírus.

Não resta, porém, a menor dúvida que, ao lado da predisposição hereditária, diversos outros elementos representados principalmente pelos estrogênios, concorrem indubitavelmente para a criação do chamado "complexo cancerígeno".

A própria predisposição hereditária pode ser condicionada a fatores endócrinos, influenciando direta ou indiretamente sobre os genos.

E' o que se pode deduzir, por exemplo, das verificações de CRAMER e HORNING,

os quais notaram em certas raças de camundongos, correlação entre o grande aumento da hipófise e a tendência hereditária ao desenvolvimento do carcinoma da glândula mamária. Sugerem êstes autores que as variações da atividade funcional da hipófise são responsáveis pela maior ou menor facilidade com que o cancer se desenvolve nessas mesmas raças.

Ainda, em relação à tendência hereditária ao câncer, recentes aquisições no domínio da genética experimental, mostram que essa não se relaciona ao indivíduo no seu todo, sendo antes, uma peculiaridade herdada de órgão.

Assim, a grande tendência hereditária expressa na percentagem de incidência do carcinoma da glândula mamária no camundongo, aplica-se tão somente a êste tipo de carcinoma, mas não ao câncer de outros órgãos, nem ao sarcoma, que é neoplasia do tecido conjuntivo.

Na espécie humana, o que há é uma *predisposição*, um certo grau de receptividade ao mal, que tanto pode ser herdado como adquirido no decurso da existência. Um indivíduo geneticamente cancerizável não está portanto sujeito ao fatalismo do câncer, do mesmo modo que aquele sem qualquer tara genética, pode em determinadas condições, adquirir a chamada constituição cancerosa, mercê dos inúmeros agentes reconhecidos hoje como cancerígenos, que vão desde o alcatrão da hulha, até os hormônios sexuais e certos princípios fisiológicos do organismo, desvirtuados em sua estrutura química normal por profundos vícios metabólicos, ainda por determinar.

A indolência parece constituir caráter intrínseco do tecido neoplástico. Todavia o câncer pode ser doloroso desde seu início, seja pela localização, pelas perturbações intercurrentes (hiperplasia ou inflama-

ção da circunviiznhança, fenômenos vasculares) pela distensão dos tecidos que ocasiona, ou por causas que ainda nos escapam (HUGUENIN).



RESUMOS, CONDENSADOS E ANÁLISES

CIRURGIA

FÍSTULA VÉSICO VAGINAL CAUSADA POR IRRADIAÇÃO

Gray H. Twombly e Victor F. Marshall (*Surgery: Gynecology and Obstetrics* 83: 348, 1946), propõem nova técnica para cura de fístulas vésico-vaginais consequentes a radioterapia do colo uterino por câncer. O tratamento dêsse tipo de fístulas é problema particularmente difícil, por várias razões: 1.^o) — precária irrigação sanguínea local, causada pela exagerada irradiação; 2.^o) — falta de elasticidade dos tecidos na área irradiada e disseção muito difícil, como resultado da acentuada fibrose; 3.^o) — risco de lesar ureteres, caso os bordos da fístula se encontrem no ponto de implantação dêles.

A técnica proposta consiste em aproveitar parte da mucosa da parede posterior da vagina para oclusão da fístula. A intervenção é essencialmente uma colpocele parcial, abrangendo todo o terço superior da vagina; para isso é necessário que o útero tenha sido obliterado pela irradiação ou previamente removido, mediante histerectomia.

Preliminarmente é feita ampla cistostomia alta; uma vez identificados os orifícios ureterais, aí são colocados dois catéteres, como ponto de reparo. Em seguida, um auxiliar introduz um dedo no reto, impelindo a parede posterior da vagina de encontro à bexiga. O futuro retalho é delimitado na mucosa da parede posterior da vagina através da fístula, utilizando-se para isso um bisturi fino e de cabo longo. Coloca-se então a paciente em posição litotômica e disséca-se toda a mucosa do terço superior da vagina, exceto na área do retalho, previamente de-

limitada. É necessário que, ao redor do retalho, haja uma superfície cruenta de 2 cms., no mínimo. Suturam-se os bordos externos dessa área cruenta com pontos separados de "catgut" cromado, ficando assim a mucosa vaginal anterior afrontada com a posterior, no terço superior da vagina. Dessa maneira leva-se o retalho previamente delimitado ao encontro da fístula. Coloca-se de novo a paciente em decúbito dorsal e, através da incisão da bexiga, sutura-se o referido retalho aos bordos da fístula, empregando-se "catgut" cromado em pontos separados, com 1 cm. de distância entre si. Toda atenção deve ser dada aos orifícios dos ureteres, para não incluí-los nessa sutura, caso se encontrem junto aos bordos da fístula. Fecha-se a bexiga com a técnica habitual, deixando-se um dreno nos. 22 a 28 na extremidade superior da incisão. A bexiga é presa aos músculos reto e à fascia, por um ponto de "catgut" cromado, de maneira a mantê-la num nível um tanto elevado, afastando-se, assim, o peritônio da fístula recém-formada. Para se obter perfeita drenagem da bexiga coloca-se a paciente em decúbito ventral, se possível durante 10 dias. Caso essa posição não seja tolerada, é aconselhável a drenagem constante com fraca sucção, durante 2 semanas, após o que, retira-se o dreno suprapúbico. Tanto os pontos da vagina como os da bexiga são eliminados espontaneamente.

A técnica exposta, que em em última análise é a soma de vários detalhes de outras técnicas já conhecidas mas ainda não empregadas em conjunto, oferece várias vantagens: mínimo dano à vascularização local; facilita-

de em se evitar lesões dos uretères; fechamento da fístula sem tensão dos tecidos; dissecação relativamente fácil; adequada drenagem da bexiga no período postoperatório, sem que haja corpo estranho irritando a área refeita.

Os A.A. apresentam 3 casos tratados dessa maneira, com excelentes resultados. Em todos êles as fístulas tinham sido causadas por excessiva irradiação (curie e roentgenterapia associadas). Agravando as dificuldades, (nos 3 casos em questão), o orifício de um dos ureteres se achava situado junto ao bordo da fístula. Com a técnica referida, a cura foi completa e definitiva, o que parece indicar o valor do método, apesar do pequeno número de casos apresentados.

AMADOR CORRÊA CAMPOS.

LIPOSARCOMA DA MAMA

Arthur Purdy Stout e Max Bernaake
— *Surg. Gyn. Ob.* 38 : 219, Agosto 1946.

Dadas as controvérsias existentes sobre a questão do grau de malignidade do liposarcoma mamário, os A.A. se propõem estudar casos já publicados, apresentar um novo e discutir a questão do tratamento.

Na monografia de *Geschikter* sobre afecções da mama, são mencionadas 3 mulheres de 52 a 65 anos de idade, que apresentavam tumor mamário de 8 ou mais cms. de diâmetro, de crescimento muito rápido. Todos os casos evoluíram rapidamente para uma terminação fatal. *Geschikter* afirma que os liposarcomas podem produzir metástases ganglionares, e que apesar de radiosensíveis, são dificilmente curados pelas irradiações. Os casos apresentados por *Livendahl*, por *Adair* e *Hermann*, terminaram fatalmente em es-

paço de tempo variável. Outros casos publicados não se apresentaram tão malignos. *Delage* e *Massabiau* descrevem o caso de uma doente de 52 anos que teve um tumor mamário rotulado de mixolipoma, pesando 1,700, grs. Seis anos depois, apareceu-lhe nódulo de recidiva. Dez anos após a primeira operação, havia na mama 5 nódulos, que na opinião da doente, se assemelhavam a um saco cheio de laranjas. Foi feita a mastectomia, sendo os tumores novamente rotulados como mixolipomas. Na opinião de *Deaver* e *Mefarlaud* e dos A.A., tratava-se de um liposarcoma.

A doente de *Neumann*, de 60 anos, era portadora de tumor no hemisfério interno da mama esquerda. Após excisão, o tumor recidivou, sendo novamente extirpado um ano após. Houve nova recidiva, seguida dez meses depois, de nova intervenção. Tratava-se de tumor mixóide, com muitas células com inclusão de gotículas gordurosas. Na última recidiva, o tumor era do tamanho de uma maçã, atingindo, porém, não invadindo o cório. A paciente de *Werkel*, de 26 anos apresentava um tumor na margem da glândula mamária, que em 6 meses atingiu o volume de 9 x 5,5 x 3,5 cms. Era um tumor encapsulado e apresentava células vacuoladas, algumas com aspecto gigante. *Werkel* diagnosticou o tumor como lipoma. *Borst*, que também o examinou, considerou-o verdadeiro sarcoma-lipoblástico. O resultado final não foi publicado.

A paciente de *Fox*, tinha 58 anos quando sofreu mastectomia por tumor encapsulado da mama, nela presente há 2 meses. Não foram encontradas metástases ganglionares e a doente se achava bem 5 meses após a operação. O tumor foi diagnosticado como liposarcoma; não foram fornecidos outros detalhes. *Cheatle* e *Culter* referem também um caso de liposarcoma mamário de pequeno volume, que se assemelhava a tecido gorduroso

embrionário. A microfotografia mostra muitas células redondas, vacuoladas, algumas com núcleos volumosos de aspecto bizarro.

Há na literatura médica, dois outros casos de liposarcoma, ao que parece, desenvolvidos no estroma de adenofibrosarcoma. No caso de Binkert, um tumor do tamanho de uma cabeça humana, pesando 3 quilos, cresceu na mama esquerda de uma mulher de 39 anos, em menos de um ano. Praticada a operação radical, foram encontradas metástases axilares. Em 5 meses houve recidiva sobre a cicatriz e metástases na axila oposta, sendo então praticada mastectomia radical direita e remoção do nódulo sobre a cicatriz, à esquerda. O tumor primitivo era um adenofibrosarcoma com estroma liposarcomatoso em alguns pontos. A recidiva e as metástases, eram liposarcomas com muitas células gigantes bizarras, porém sem elemento epitelial. Um outro caso semelhante ao de Binkert, foi publicado por Hinterberger. Uma moça de 25 anos percebeu na mama direita um tumor do tamanho de uma cereja, que, em 1 ano, atingia o volume de uma laranja. O tumor foi excisado e durante os 6 anos que se seguiram, foram feitas 5 intervenções por recidiva. Os tumores iniciais eram fibroadenomas com estroma sarcomatóide. No quinto espécime, havia tecido lipoblástico entre os nódulos de fibroadenosarcoma recidivante. Nunca foram observadas metástases.

O caso observado pelos A.A. era o de uma judia de 43 anos que apresentava tumor móvel, de 2,5 x 1,7 cms., no quadrante súpero externo da mama esquerda. Os gânglios axilares não se mostravam aumentados e os exames complementares foram normais (radiografia do torax, V.H.S. Wassermann e hemograma).

Praticada a exérese do tumor por um dos A.A. em 8/12/45, foi a peça enviada

a exame histológico que revelou: aglomerado de células de tamanho e forma diversas, com certo número de células gigantes, multinucleadas e de aspecto bizarro. O estroma era fibroso e constituído de fibras ora espessas, ora delicadas, de aparência mixóide, apesar da coloração pelo mucicarmim, não ter sido característica. A coloração pelo Scharlach R demonstrou em algumas células, gotículas de lipóides. O tumor era circunscrito, porém sua periferia invadia em pequena extensão o tecido mamário vizinho. Diagnóstico: liposarcoma mixóide parcialmente diferenciado. O estudo dos casos publicados mostra-nos que o liposarcoma da mama é tumor que algumas vezes evoluciona de modo maligno, dando metástases por via linfática e sanguínea e que leva à morte.

Em outros casos, a natureza infiltrante do tumor torna-se patente, pelas recidivas locais repetidas que produz, após excisão incompleta. Ocasionalmente o intervalo entre a excisão do tumor e o aparecimento de recidivas é bastante longo, sendo que há casos aparentemente curados pela excisão simples do tumor, com pequena porção do tecido mamário vizinho.

O estudo de considerável número de liposarcomas levou os A.A. à conclusão de que podem os mesmos ser divididos em duas grandes categorias: os que apresentam considerável grau de diferenciação e não produzem metástases e os que são pouco diferenciados, (que podem apresentar vários tipos de metaplasia), e produzem metástases em 40% dos casos. Para a primeira categoria, a forma ideal de tratamento seria a excisão larga; entretanto para o 2.º grupo, dever-se-ia usar processo cirúrgico mais radical, dada a capacidade potencial que tem o tumor de produzir metástases.

LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA JR.

TUMORES MALÍGNOS DO COURO CABELUDO

Frederick A. Figi — Surg. Clinics of North America — 859, 1946. O A. faz estudo dos diferentes tipos de blastomas do couro cabeludo, referindo-se, especialmente, aos métodos de tratamento que usou.

Tumores malignos primitivos — Os carcinomas baso ou espino-celulares constituem a maioria das lesões malignas primitivas do couro cabeludo. Na maior parte das vezes, são de origem cutânea, porém, em algumas ocasiões, os carcinomas espino-celulares originam-se de cistos sebáceos, em áreas de actinodermite ou em cicatrizes traumáticas, especialmente secundárias à queimaduras.

O traumatismo repetido das lesões inflamatórias é considerado fator etiológico de grande importância. Devido sua evolução lenta, os carcinomas do couro cabeludo produzem metástases muito tardiamente. Os gânglios palpáveis, muita vez, são de natureza inflamatória. As metástases ganglionares localizam-se de preferência nas regiões da nuca, mastoidéa ou occipital. As lesões têm maior tendência à infiltração em superfície do que em profundidade.

Os carcinomas baso celulares frequentemente estendem-se por continuidade ao couro cabeludo das regiões frontal e temporal. São lesões quase sempre superficiais, de evolução muito lenta. Algumas vezes, enquanto progridem na periferia, cicatrizam em sua parte central, ocupando frequentemente grande extensão, sem prejudicar a mobilidade do couro cabeludo sobre os planos profundos. A perfuração do crâneo após invasão da apronevrose, ocorre quase sempre após tratamento incompleto, principalmente pelas irradiações.

Os carcinomas do couro cabeludo devem na opinião dos AA. ser tratados de preferência pela cirurgia. As lesões super-

ficiais pequenas podem ser eletrocoaguladas ou excisadas; as mais extensas, quando móveis, podem ser excisadas a bisturi comum ou elétrico, cobrindo-se a perda de substância com enxerto livre, imediato, ou outro qualquer tipo de plástica. As lesões fixas devem ser extirpadas a bisturi elétrico, procedendo-se a eletrocoagulação da lesão óssea e em seguida à irradiação complementar pelo “rádium”, “radon” ou raios X. Esse tipo de tratamento deve ser precedido de estudo radiológico minucioso do crâneo. As lesões que já invadiram o osso, porém ainda não se estenderam à meninge, devem ser tratadas do mesmo modo. Todavia, devem nêstes casos praticar-se a craniectomia, removendo extensão suficiente do crâneo. O risco de meningite é menor com este tipo de operação que após a eletrocoagulação da lesão óssea sem exposição da duramater. Após a remoção da táboa óssea deve lançar-se mão da radioterapia em todos os casos.

A reparação plástica só deverá ser feita de 6 meses a 1 ano após a operação, devido as possibilidades de recidiva. A separação espontânea do sequestro ósseo após coagulação é bastante demorada levando em média, de 12 a 18 meses. Na opinião do A., a recidiva de lesões do couro cabeludo é muito mais frequente após irradiação simples do que após cirurgia. Além disso, baseado em publicação de Pendergross, Hads e Graff, o A. é de opinião que a irradiação de lesões muito extensas acarreta grande risco pelas complicações intracranianas que pode produzir. Os melanomas do couro cabeludo são lesões muito pouco frequentes. Podem originar-se em “nevi” pigmentados da região, ou constituir extensão de lesões das regiões vizinhas. São lesões de aspecto pigmentado característico, crescimento, rápido e que produzem precocemente metástases. O tratamento cirúrgico ou radioterápico só traz benefício quan-

do praticado em fase muito inicial. Em muitos casos porém, tanto a cirurgia, como as irradiações, constituem métodos de tratamento paliativo de grande valor.

Segundo Caylor, cerca de 3,4% dos cistos sebáceos do couro cabeludo tornam-se malignos, frequentemente do tipo espinocelular. Após os carcinomas, são os fibrosarcomas os tumores malignos mais comuns. Seu ponto de origem é muita vez difícil de determinar. Apresentam-se clinicamente como tumores arredondados, de consistência firme, não ulcerados. A maior parte dos tumores deste tipo que o A., viu era de grau 1 e 2 (Broders). As lesões mais malignas são quase sempre mais moles e vasculares do que as menos malignas. O tratamento dos fibrosarcomas deve ser idêntico ao dos carcinomas.

O linfoblastoma primitivo do couro cabeludo (doença de Hodgkin) é excepcional, sendo menos raras, as lesões secun-

dárias à essa doença. O tratamento é unicamente radioterápico.

Tumores malignos secundários — As metástases cutâneas do couro cabeludo podem ser secundárias a vários tipos de tumores malignos, de localizações diversas. Há entretanto, alguns blastomas particularmente propensos à produção de metástases nesta localização. Um dos principais é o hipernefroma, cujas metástases muita vez aparecem antes dos sintomas iniciais da doença primitiva. As lesões do estômago, "colon", mama, brônquios e próstata, constituem pontos onde se originam as metástases do couro cabeludo. O mieloma múltiplo frequentemente invade o crânio e secundariamente o couro cabeludo.

Os tumores metastáticos ora são isolados, ora múltiplos.

LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA JR.

DIAGNÓSTICO

CARCINOMA INFILTRANTE DA BEXIGA

Hugh J. Jewett de Blatimore, em artigo publicado no J.A.M.A. 134:496, 1947 aponta como principais causas do baixo índice de curabilidade do carcinoma infiltrante da bexiga: 1) a preexistência de metástases, 2) a extensão extravesical da lesão, 3) as complicações intercorrentes, 4) a destruição ou extirpação incompleta da lesão primitiva.

Os ensinamentos de recentes observações cadavéricas, permitem à clínica, excluir ou reconhecer metástase ou extensão extravesical em elevada percentagem de casos, o que facilita avaliação mais rigorosa da eficiência de qualquer método de tratamento.

As metástases, ou a extensão extravesical, indica período avançado de doença, incurável, por qualquer método terapêu-

tico. Quatro são os motivos por que ainda se observam grande número de casos em período tão avançado: a) o câncer vesical, de regra, tem início insidioso e crescimento silencioso; b) os pacientes, e muitas vezes os próprios médicos, não dão durante tempo mais ou menos longo, aos sintomas iniciais (hematúria, irritação vesical), a significação que merecem. Num trabalho recente sobre 103 casos observados no Johns Hopkins Hospital, o A. verificou que 31% dos doentes na ocasião do 1.º exame, apresentavam sintomas datando de 2 semanas e meia a 6 meses, enquanto que 50% deles, há mais de 1 ano. c) Após o diagnóstico, o tratamento conservador empregado é muitas vezes insuficiente. d) Quando a lesão é pequena e sésil, passa muitas vezes despercebida.

Resumindo, o A. cita como principais causas gerais do baixo índice de cu-

rabilidade: o diagnóstico tardio e a ineficácia do tratamento.

Para estudar as condições que presidem a extensão extravesical do tumor e o aparecimento de metástases, o A. e George H. Sling, dividiram 107 casos autopsiados de carcinoma vesical infiltrante, em três grupos: a — invasão limitada a submucosa; b — invasão atingindo, porém não ultrapassando a "muscularis"; c — invasão além da "muscularis".

Determinaram então em cada grupo, os casos com metástases, os com invasão linfática local isoladamente, e os com fixação perivesical do tumor. Verificaram assim, a maior frequência das metástases e da extensão extravesical no grupo C, o que explica a baixa curabilidade nesse grupo. Nos 89 casos do grupo C, foram encontradas metástases regionais ou à distância em 52.

Com a colaboração de S.S. Blackman do Departamento de Patologia, o A. fez em 1945, valendo-se de uma série de autópsias, um estudo crítico da histopatologia desses tumores e de suas metástases. Dos 107 casos, foram examinados 97. Apenas 48, apresentavam praticamente o mesmo grau de diferenciação celular em diferentes cortes; em 26 havia variação do grau de diferenciação celular. Nos 21 restantes, o tumor primitivo era papilar em alguns pontos, epidermoide em outros, havendo em alguns deles variação considerável no grau de diferenciação.

Em 53 casos de carcinoma epidermoide ou papilar, conseguiu o A. demonstrar variações no grau de diferenciação celular no mesmo tumor, o que torna impossível uma classificação baseada em tal critério.

Propõe a divisão desses tumores em três grandes categorias: carcinomas epidermoides, carcinomas papilares e carcinomas indiferenciados, mostrando a correlação existente entre a estrutura histológica e a profundidade de penetração da lesão.

O diagnóstico dos tumores infiltrantes da bexiga será feito tanto mais precocemente, quanto mais importância se der a sintomas tais como a hematúria e a irritação vesical, principalmente quando em doentes acima dos 40 anos.

Em publicação anterior o A. mostra que 3,2% das mortes por câncer, são causadas pelo câncer vesical.

Nos 107 casos observados, a hematúria existia em 61,7% e a irritabilidade vesical (polaciúria, disúria e usualmente piúria), em 31,8%. Um ou outro sintoma, porém não ambos, estava presente em 81,3% dos casos.

O diagnóstico só poderá ser completo quando se pratica a cistoscopia, a biópsia e a palpação bimanual. A palpação bimanual no homem, deverá ser retoabdominal sob anestesia profunda, o que permite um completo relaxamento muscular. Na mulher, é suficiente o exame ginecológico.

Além disso, o exame radiológico do torax, da coluna e da bacia, o pielograma descendente e a laparotomia exploradora para exame da bexiga, gânglios e fígado, completam os dados necessários para o estudo do caso.

LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA JR.

TUMORES DAS GLÂNDULAS SUBLINGUAIS

P. Desaire — Rev. Belge sc. med., 14: 178, 1942 apud Surg. Pyneec. & Obst. 1946, 83: 118 —

Os tumores das glândulas sublinguais são raros. Desde 1925, o Centro Anti-Câncer da Universidade de Liège teve conhecimento de um único caso. Tratava-se de um homem de 45 anos de idade, que, 5 semanas antes do primeiro exame percebera formação tumerosa indolor no assoalho da boca, de crescimento aparente-

mente rápido. O exame revelou tumor medindo 3 x 2 cms., na metade direita do assoalho bucal, estendendo-se do freio lingual à altura do 2.^o molar. A mucosa que o recobria mostrava-se apenas elevada. O tumor porém parecia estar um pouco adiante dos músculos subjacentes. Ausência de adenopatias submaxilares. Foi feito o diagnóstico de provável tumor misto de glândula sublingual, praticando-se a excisão do tumor sob anestesia local e em seguida, radiumterapia. O exame histológico revelou um carcinoma de glândula salivar, de tipo cilindromatoso; não houve recidiva após o 6.^o ano de tratamento. O A. encontrou apenas 17 casos publicados de tumor sublingual, 14 dos quais, classificados como tumores mistos. Dêstes, 6 recidivaram após a excisão, e em dois apareceram metástases pulmonares. É impossível segundo o A., distinguir histologicamente tumores com evolução benigna dos que apresentam manifestações malignas; por conseguinte, é de opinião que todos os tumores da sublingual devem ser considerados malignos.

LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA JR.

DIAGNÓSTICO DOS NEOPLASMAS ÓSSEOS

Bradley L. Coley-Surg. Clin. of North America 410 — 1946.

Com o progresso da patologia, da radiologia e da química, tornou-se possível, na maior parte dos casos, a identificação dos tumores ósseos. Apesar disso, ainda é grande a percentagem de casos inadequadamente tratados, seja por erro, ou impossibilidade diagnóstica. O diagnóstico dum lesão óssea deve basear-se nos seguintes fatores: a) história; b) exame clínico; c) radiológico; d) hematológico; e) histológico.

História e exame clínico — Deve insistir-se sempre na importância da análise

cuidadosa e do exame clínico meticoloso, pois, constituem ambos os dados, a base sobre que se devem apoiar os outros exames. A dor, sintoma dos mais constantes e precoces nos tumores ósseos, deve ser encarada como sintoma suspeito até que outros exames complementares venham confirmar ou excluir o diagnóstico de tumor maligno. A tumefação aparece sempre mais tarde que a dor; ambas são progressivas, com grandes variações, dependentes da capacidade de crescimento da lesão. A impotência funcional é também variável. Os tumores benignos raramente causam dor intensa, e ao contrário dos malignos, nunca produzem dor quando a parte lesada se acha em repouso. A tumefação causada pelos tumores benignos evolui muito lentamente, permanecendo muitas vezes, aparentemente estacionária. A relação entre os tumores ósseos e traumatismos anteriores ainda é assunto em discussão. O A. julga ser o traumatismo fator etiológico de grande importância, principalmente dos tumores de células gigantes.

Pelo exame clínico, os tumores benignos apresentam em geral limites mais ou menos nítidos, não há infiltração das partes moles circunvizinhas; não se percebem alterações cutâneas, aumento de circulação colateral, nem alterações da temperatura. A localização dos tumores tem importância: os tumores de células gigantes originam-se constantemente nas extremidades dos ossos longos; o sarcoma osteogênico tem grande preferência pela região metafisária; o endotelioma, que também pode começar nesta região, tende a progredir ao longo da diáfise e a invadir de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ do comprimento do osso. A sensibilidade à pressão, em muitos casos pequena, é sinal frequente nos tumores malignos e raro nos benignos.

Exame radiológico — Há em muitos casos sérias dificuldades na interpretação das imagens radiológicas das lesões ósseas.

Exames de laboratório — O exame histopatológico é em geral o último passo para o diagnóstico das lesões ósseas. Em muitos casos, anátomo-patologistas de renome, não conseguem chegar a diagnóstico de certeza. Justamente nessas ocasiões é que adquirem grande importância os demais exames (clínico, radiológico), mostrando ao médico o caminho a ser seguido no tratamento.

ESQUEMA DA ORIENTAÇÃO DIAGNÓSTICA.

QUADRO N.º 1 —

a) queixa principal, dor (caráter — noturna?), tumefação, impotência funcional.

b) início dos sintomas (brusco, insidioso, progressivo, intermitente).

c) doenças anteriores.

d) traumatismos.

e) antecedentes hereditários.

2) exame clínico metuculoso.

A) Geral

a) tumor primitivo (mama, tireóide, próstata, rim etc.)

b) presença de deformidades ósseas, neurofibromatose, pigmentação, linfadenopatia, esplenomegalia, anemia.

B) Local :

a) Inspeção (tumefação, deformidade, cor da pele, localização do tumor, em relação à região do osso.

b) palpação (presença de tumor, mobilidade, consistência, limites)

c) mensuração (circunferência do membro em níveis determinados em comparação com o lado são).

3) Exame radiológico

A) Local —

B) Geral : torax e outros ossos.

4) Exames de laboratório

a) Contagem de elementos figurados do sangue.

b) Ex. urina (incluindo pesq. da albumose).

c) Soro diagnóstico da sífilis.

d) Dosagem de cálcio, fósforo, e fosfatase alcalina (e ácida se há suspeita de ca. da próstata), dosagem de proteína plasmática (mieloma).

5) Biópsia (por punção ou a céu aberto).

QUADRO N.º 2 — BLASTOMAS :

BENIGNOS : — Central — Condrosarcoma (Jaffe); Condroma; Mixoma, Fibroma; Cisto ósseo; T. benigno; células gigantes; Xantoma.

Central e cortical — Angioma; Osteoma osteóide.

Cortical — Osteoma — Exostose; Osteocondroma; Condrodisplasia (Ollier).

MALIGNOS : — Primitivos :

Monosteóticos — Sarcoma osteogênico; Endotelioma (Ewing); Reticulosarcoma; Liposarcoma.

Poliosteóticos — Mieloma plasmocitário; Mielocitoma; Eritroblastoma.

Metastáticos — Mama; Rim; Tireóide; Próstata; Pulmão etc.

Lesões inflamatórias : — Piogênica (abscesso de Brodie); Sifilítica; Tuberculosa; Osteite crônica esclerosante; Miosite ossificante (post-traumáticas); Cisto hidático dos ossos (parasitária).

Lesões metabólicas — (granulomas lipóidicos) — Granuloma eosinófilo; Doença de Hand-Schüller Cristian; Doença de Gaucher; Doença de Niemann — Pick; Doença de Letterer — Siwe.

Lesões circulatórias — Calcínose.

Lesões endócrinas — Hiperparatiroidismo (Recklinghausen).

Lesões de etiologia incerta — Doença de Paget; Dipsia fibrosa; Mielorreostose; Osteopetrose; Osteopoiquiose.

LUIS CARLOS DE OLIVEIRA JR.

RADIOTERAPIA

RADIOTERAPIA DO CÂNCER DA PÁLPEBRA

O trabalho apresentado por *A. B. Hemt*, (Am. J. Roentgenol. Rad. Therapy, Springfield Ill. p. 160. J. A. M. A. 134 : 637, Junho, 1947). baseia-se na obser-

vação de 100 pacientes escolhidos entre 134 examinados de 1930 a 1946. O carcinoma da pálpebra incide de preferência em doentes de idade avançada, sendo $\frac{3}{4}$ deles de mais de 60 anos. Os homens são pouco mais susceptíveis que as mulheres.



Cerca de 4/5 das lesões localizam-se na pálpebra inferior ou nas proximidades do canto interno, sendo $\frac{3}{4}$ delas representadas por carcinomas baso-celulares de crescimento lento. O carcinoma espinocelular, embora menos frequente, é lesão mais grave, e tem tendência à maior incisão local, e à produção de metástases nos gânglios e glândulas submaxilares. O carcinoma da pálpebra pode ser eficazmente tratado pela roentgenterapia fracionada, ou pelo rádio em contato. O tratamento de escolha dos nevi e papilomas deverá ser a fulguração cuidadosa. A exérese cirúrgica de carcinomas volumosos e vegetantes da pálpebra antes de iniciada a roentgenterapia, permite tratamento mais

eficiente da base do tumor e menor irradiação do globo ocular e tecidos são circunvizinhos, pelos raios primários e secundários. Dos 100 casos de carcinoma da pálpebra revistos nos últimos quinze anos 4 terminaram fatalmente. Os insucessos terapêuticos dependeram: do grau de desenvolvimento da lesão, da insuscetibilidade dela à roentgenterapia anterior inadequado dos doentes). A roentgenterapia distribuição da irradiação e do controle inadequado dos doentes. A roentgenterapia superficial é terapêutica eficiente do câncer da pálpebra pois preserva ao máximo os tecidos são, e injúria pouco o globo ocular.

LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA JR.

PATOLOGIA

CÂNCER DA CÉRVICE: PROPAGAÇÃO AOS PARAMÉTRIOS E VAGINA

M. Fernandez — Colmeiro (Gynec. et Obstét. 1947, 46, 180-187) estudou a propagação do câncer da cérvix aos paramétrios e vagina, compulsando as observações de 2.110 doentes tratados na Fondation Curie de Paris, no período de 1920 a 1939, inclusive. Sua principal finalidade era verificar a frequência dessa propagação e — visto ser o colo do útero um órgão mediano — determinar se o câncer tem localização e crescimento simétricos, ou se tende a progredir mais para um lado do que para outro. Chegou à conclusão que não há tal simetria: a localização da neoplasia na metade esquerda do colo é muito mais frequente (ou precoce) que na metade direita. Da mesma maneira são muito mais observadas as propagações parametriaes e vaginais para a esquerda do que para a direita.

Suas percentagens foram calculadas sobre 2.099 doentes, visto ter eliminado do estudo 11 observações, por deficiência de dados. É de opinião que o câncer da

cérvix, não tratado, invade sempre paramétrios e vagina, pois em 1757 desses casos (83.7%) havia infiltração parametrial, e em 1532 (72.9%) foi observada também propagação vaginal.

Em 53 pacientes só uma das metades da cérvix estava tomada pelo tumor, enquanto que a outra se apresentava livre; 38 vezes (71.6%) a localização foi à esquerda e 15 (28.3%) à direita. Em 295 doentes a neoplasia se achava mais desenvolvida numa metade do que noutra. Por exemplo: se já havia destruição da metade esquerda do focinho de tenca, a metade direita, embora infiltrada, ainda conservava a forma anatômica. Pois bem, em 212 desses casos (71.9%) a predominância do desenvolvimento se fizera sentir à esquerda; em 83 (28.1%), à direita. O mesmo se dá com as propagações parametriaes bi-laterais, em que o tumor se mostrou mais desenvolvido à esquerda em 64.6% (508 casos), contra 35.3% (278 casos) da direita.

O A. discorda da opinião de Kramann e Bienhüls, que justificam a predominância da infiltração cancerosa à es-

querda, pela assimetria de número e dimensões das vias linfáticas em ambos paramétrios; ficaria assim explicado a tardia invasão do reto e bexiga, pela quase total ausência de linfáticos nas faces anterior e posterior do útero. Alega o A. que a propagação se faz mais frequentemente por contiguidade; e, dada a frouxidão do tecido celular latero-cervical, praticamente não oferece êle resistência à marcha do tumor. Os septos véxico-útero-vaginal e cérvico-vagino-total, ao contrá-

rio, só tardiamente são vencidos pela neoplasia, devido sua resistente textura (tecido conjuntivo denso).

Embora justifique a predominância de invasão parametrial e vaginal à esquerda, pela maior frequência de localização esquerda do tumor primitivo, o A. não explica o porque dessa última frequência, por êle de sobejo demonstrada com os dados citados em seu trabalho.

AMADOR CORRÊA CAMPOS.

MISCELÂNEA

TERAPÊUTICA ENDOCRÍNICA NO CARCINOMA DA PRÓSTATA

J. A. Campbell Colstm e Herbert Brendler (J. A. M. A. 134: 848, 1947).

A administração de estrogênios isoladamente, ou associada à orquidectomia, ocupa lugar de destaque no tratamento do carcinoma da prostata. Com êsses métodos de tratamento observa-se regressão da lesão primitiva em 75% dos casos e das metástases em 45%. Supõe-se que êsse efeito inibidor seja devido à influência do tratamento endócrino sôbre o equilíbrio enzimático celular, provàvelmente mais acentuado, sôbre as células jovens, de crescimento ativo.

A pesar das inúmeras observações clínicas e das intensas pesquisas de laboratório, até o presente momento ainda não foi publicado nenhum caso clinicamente curado pela terapêutica endócrina isolada. A regressão obtida com o tratamento endócrino numa apreciável percentagem de casos, levou os A.A. a acompanhar 7 casos, considerados inicialmente como já avançados para terapêutica cirúrgica radical. A administração de estrogênio, (1 a 2 mgs. por dia), por espaço de tempo variável, (6 semanas a 6 meses), fêz regre-

dir a lesão e permitiu intervenção cirúrgica radical em todos os casos. Não houve morte operatória. Apenas 2 doentes tiveram complicações decorrentes de estreitamento no local da anastomose. Um único paciente faleceu, de recidiva e metástases, um ano após a operação.

LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA JR.

FATORES ETIOLÓGICOS DO CARCINOMA DO PENIS

Robert Schrek e Hermann Lenowitz (*Câncer Research*, Vol. 7, n.º 3, 1937) tecem interessantes considerações sôbre os fatores raciais, a higiene sexual precária mostrando à luz das estatísticas, o papel que desempenham as doenças venéreas, os fatores raciais, a higiene sexual precária e a falta de circuncisão, chegando às seguintes conclusões: a) as doenças venéreas (sífilis e blenorragia) ou são causas predisponentes ao carcinoma do penis ou existe algum outro fator que predispõe às doenças venéreas e ao câncer; b) o carcinoma do penis, aparece com muita frequência nos negros, em menor escala nos brancos, e é desconhecido entre os judeus.



Nesses, o fato pode ser explicado pela prática religiosa da circuncisão nos primeiros dias do nascimento, o que torna desnecessário formular para o caso, a hipótese de uma imunidade racial adquirida; c) a falta de asseio sexual como causa predisponente ao carcinoma do pênis, (alta incidência da sífilis e da blenorragia entre os negros, indivíduos que têm hábitos de higiene muito deficientes) é evidente por si só, pois a falta de limpeza dos órgãos genitais predispõe às balanites e a outras lesões inflamatórias, ponto de partida para posterior cancerização; d) a circuncisão constitui proteção contra o câncer do pênis, desde que seja praticada precocemente, como por exemplo, na raça judaica. Fato importante é que apesar dos judeus não prezarem muito as regras da boa higiene sexual, sendo mesmo entre eles alta a incidência das doenças venéreas, praticamente não são acometidos de lesões malignas do órgão. A circuncisão, não permitindo acúmulo de esmégma, importante causa de irritação, desfavorece o aparecimento do câncer do pênis.

SÉRGIO AZEVEDO.

PUBERDADE PRECOCE POR TUMORES DA GRANULOSA

Duperrat, Guny e Auclair (Bull. Assoc. franç. p. l'étud du cancer — T. 33 — N.º 2 — 1946), estudando o assunto, referem-se preliminarmente, à tese clássica de Varangot (1937) que contem os resumos de 12 observações relativa à puberdade precoce por hiperfoliculinemia.

Desde então, raras observações têm vindo à publicidade, pelo que os AA. resolveram escrever, a respeito, de um caso assaz demonstrativo. Ei-lo: M. R. de 5 anos, apresenta em fevereiro de 1945, hemorragia vaginal que dura 13 dias. No fim de 5 semanas, esta hemorragia se re-

pete durante 15 dias. Em seguida, novas "regras" após um intervalo de 3 semanas. Ao mesmo tempo, os pais notam que o ventre da menina aumenta progressivamente de volume. O exame feito em 18 de junho de 1945 pelos A. A., revela: menina de 5 anos e meio, anormalmente desenvolvida em relação à idade; altura de 1,30 m.; peso, 28,500 k; abdome aumentado de volume, ponteagudo. À palpação, sente-se tumor localizado entre a região umbelical e o apêndice xifóide; som surdo à percussão, indolor, pouco móvel. Mamas muito desenvolvidas, não existindo, entretanto, pilosidade pubiana ou axilar. A vulva conserva caráter infantil; não é a doente psicologicamente madura. Havia pois, no caso presente, tumor abdominal e síndrome de puberdade precoce, que apesar de dissociada, fazia lembrar tumor da granulosa. Por diversas circunstâncias não puderam ser praticadas as necessárias dosagens hormonais. Foi radiografado o esqueleto, evidenciando-se a ossificação do pisiforme, o que normalmente só se processa após o 10.º ano de vida.

Intervenção (sob anestesia pelo éter), que consistiu de laparotomia mediana sub-umbelical. Em seguida foi exteriorizado um tumor cístico, do tamanho aproximado de um melão, desenvolvido à custa do ovário direito. Feita a castração direita. Peritonização dos côtos. Parede em 3 planos. Cura sem acidentes. Re-examinada três meses mais tarde, a criança apresentava bom estado geral, as metroragias cessaram e as mamas regrediram. A peça operatória era constituída de numerosos cistos cheios de líquido claro: notava-se ainda a presença de algumas vesículas amareladas e translúcidas. Ao exame histológico, encontrou-se em tôda a extensão dos cortes, tendência ao agrupamento foliculóide das cédulas granulosas, com aspecto típico da primeira variedade histológica da classificação de Varangot "macro e micro-foliculóide".

Os A.A. mostram que os tumores da granulosa apresentam uma grande homogeneidade: o sintoma dominante, é a metrorragia periódica. Os outros sinais são constituídos, ora por tumor abdominal, ora por dôres, ora pelo desenvolvimento das mamas. A pilosidade, geralmente só aparece mais tarde. Depois de certo número de meses, o quadro clínico é completado por síndrome quádrupla: *genital* (metrorragias e tumor pelviano); *morfológico* (desenvolvimento exagerado das mamas, da vulva e aparecimento de pilosidade pubiana e axilar; a hiperfoliculinemia sempre está presente); *estatural*: (aumento exagerado do crescimento e do peso com ossificação acelerada do esqueleto); *psíquica* (maturação do psiquismo). Como complicação do quadro pode se dar a torsão ou ruptura do tumor. O cisto ovariano geralmente é unilateral; seu aspecto é liso, mamelonado; não dá metástases. Por vezes, observa-se pequeno derrame ascítico.

A intervenção cirúrgica provoca: desaparecimento das metrorragias, regressão das mamas, volta do caráter ao estado infantil. Quase sempre permanecem os pêlos pubianos e axilares. As recidivas só surgem quando a exérese do tumor é incompleta. Prognóstico vital: excelente.

SÉRGIO AZEVEDO.

RESULTADO DO PROGRESSO MÉDICO NO TRATAMENTO DO CÂNCER

S. T. Nathanson — *N. England J. M.* 229 : 468, 1943. Apud *Surg. Gyn & Obst.* 78 : 183, 1944.

Há atualmente provas irrefutáveis da curabilidade do câncer em suas diversas localizações. Esta publicação estuda as possibilidades de cura das formas mais comuns de câncer. O autor passa em revista

as principais contribuições à literatura, e analisa estatísticas de grandes centros médicos de todo o mundo. Estas se acham reunidas no quadro anexo.

O desaparecimento dos sinais clínicos de câncer é aceito como critério de cura. Concordou-se em considerar como cura clínica, a ausência de manifestações da doença durante período arbitrário de 5 anos. Em alguns casos, êste período pode ser diminuído, enquanto que em outros, deve ser aumentado. A elevada curabilidade do câncer da pele, é devida às facilidades de seu diagnóstico e tratamento por qualquer dos métodos clássicos. No câncer da mama, a maior parte dos casos é representada por lesões operáveis. Há acôrdo unânime em considerar a amputação total como método de escolha. Deve ser praticada sempre que possível. O grau de curabilidade do câncer da cavidade bucal e do trato respiratório, varia com a localização da lesão primitiva. Os resultados finais relativos ao câncer do lábio, referem-se somente às lesões que se originam na mucosa. As lesões da mucosa bucal aqui relacionadas, dizem respeito apenas às lesões oriundas da face interna das bochechas.

PERCENTAGENS DE CURA DE 5 ANOS EM FORMAS COMUNS DE CÂNCER.

PÉLE

Baso celular	48% — 68%
Epidermóide	39% — 56%

MAMA

Absoluta	22% — 28%
Relativa	30% — 51%

CAVIDADE BUCAL

Lábio	59% — 70%
Mucosa bucal	26% — 31%
Gengivas	27%
Inferiores	15% — 60%
Superiores	33% — 74%

PÁLATO

Duro .. 44% (cura de 3 anos)	
Mole .. 20% (" " " ")	
Língua	14% — 37%
Assoalho bucal	18% — 32%
Amígdala	15% — 32%

TRACTUS RESPIRATÓRIO

Faringe :

Nasofaringe	18% — 30%
Mesofaringe	15%
Hipofaringe	6% — 12%

LARINGE :

Operáveis :

Laringofissura (casos iniciais) ..	80%
Laringectomia total	55%
Inoperáveis	27%

GLÂNDULA TIREÓIDE :

Casos iniciais	70%
Todos os tipos	26%

TUBO GASTRO-INTESTINAL

Estômago :

Absoluta	5%
Relativa	15% — 30%

CÓLO :

Absoluta	29%
Relativa	38% — 81%

RETO :

Absoluta	25%
Relativa	38% — 73%

APARELHO URINÁRIO

Bexiga	16% — 55%
Rim	19% — 33%

ÓRGÃOS GENITAIS MASCULINOS :

Penis	35% — 40%
Testículo	15% — 53%
Próstata :	
Todos os casos	8%
Operáveis	50% — 58%

ÓRGÃOS GENITAIS FEMININOS :

Vulva	26% — 32%
Vagina	30%
Colo do útero	20% — 40%
Endométrio	35% — 45%
Operáveis (cirurgia)	48% — 70%
Operáveis e inoperáveis. (irradiações)	35% — 45%
Ovário	16% — 35%

SARCOMAS :

Melanoma maligno	22% — 42%
Fibrosarcoma	18%
Sarcoma osteogênico	19% — 39%

O câncer das gengivas refere-se às lesões que incidem na mucosa que recobre os alveolos dentários superiores ou infe-

riores. A percentagem de cura do câncer da língua, é maior nas lesões da porção anterior do órgão. As lesões das amígdalas e do faringe, dão percentagem baixa de cura porque em geral só são diagnosticadas tardiamente, por ocasião do aparecimento de metástases ganglionares cervicais.

O carcinoma intínseco do laringe, evolve lentamente, é operável, e dá percentagem de cura relativamente elevada; entretanto, as lesões que se estendem além do laringe ou se originam no hipofaringe, são raramente passíveis de tratamento cirúrgico.

O câncer da tireóide é em geral descoberto após tireoidectomia praticada por outros motivos. O prognóstico se modifica pela frequência de invasão vascular, metástases ganglionares e disseminação à distância. Quando diagnosticado ainda em fase operável, o câncer do tubo gastro intestinal é curável. Aproximadamente 50% dos doentes de câncer do estômago são operáveis, mas infelizmente, apenas metade desses são passíveis de um tratamento cirúrgico radical. A percentagem de operabilidade no câncer do cólon é elevada; a localização da lesão altera a proporção de casos de cura. A percentagem de cura de 5 anos nas lesões da metade direita do cólo é de 51-71%, nas do cólo transverso de 40%, e, nas do esquerdo de 38%. O câncer do reto é atualmente operável em 50-75% dos casos, com mortalidade de 7-13%.

As cifras que representam o câncer do aparelho urinário, como aliás no câncer em geral, dependem do tipo e da extensão da lesão, do grau de malignidade, da operabilidade e da rádio sensibilidade. Os doentes de câncer dos órgãos genitais masculinos raramente buscam tratamento na fase inicial, o que explica a baixa percentagem de cura nessas localizações. Na mulher, as lesões dos órgãos genitais diferem quanto ao tipo histoló-

gico, extensão, rádio sensibilidade, e acessibilidade ao tratamento cirúrgico ou radiológico, sendo o tratamento delas, modificado por êstes fatores. A curabilidade dos sarcomas é em geral pequena, sendo difícil seu contrôle, pela facilidade que têm de produzir metástases por via sanguínea.

Em conclusão, o autor pleiteia por uma uniformização dos métodos de publicação dos resultados terapêuticos, para que se possam comparar diretamente séries de casos de cada uma das clínicas, e chegar a métodos terapêuticos mais eficientes.

LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA JR.



CANCER DO ESTÔMAGO

O câncer do estômago mata mais que o câncer de qualquer outro órgão. Cerca de 38.000 pessoas são anualmente nos EE. UU., por êle vitimadas. Quando se medita no assunto e se verifica que um quinto de tôdas as mortes por câncer são devidas ao do estômago, tem-se vontade de fazer algo para reduzir essa alta mortalidade. Em cada dezoito minutos, o câncer do estômago mata uma pessoa nos EE. UU.

Gilson Colby Engel, professor da clínica cirúrgica da Universidade de Pensilvânia julga ser possível diminuir a mortalidade por câncer gástrico. Para isso aconselha:

1) Exame clínico anual incluindo exame radiológico do estômago. 2) As pessoas idosas devem ser educadas no sentido de procurar o médico sempre que apresentam sintomas gástricos perdurando duas semanas e quando sentem-se cansadas e sem apetite. 3) Deve fazer-se sempre exame radiológico do estômago de todos os pacientes que se sentem abatidos, inapetentes e

que se queixam de indigestão. 4) Qualquer paciente com lesão orgânica do estômago, pode ser tratado clinicamente, apenas durante quatro semanas, e não mais, repetindo-se então o exame radiológico. 5) Deve operar-se todo paciente com úlcera do estômago, desde que após 4 semanas de tratamento médico, permaneça a úlcera, embora assintomática. 6) O câncer gástrico, diagnosticado pelos Raios X ou pela gastroscopia, deve ser sempre operado e a operação deve ser ampla.

A escolha da anestesia para a cirurgia abdominal não pode ser estabelecida de maneira esquemática. Mais importante que o agente anestésico empregado e o método da anestesia, é a perícia e o critério do anestesista. Cada caso deve ser considerado separadamente e sempre que possível idealizada uma anestesia "sob medida" para uma determinada operação. Sempre a segurança do paciente deve ser o principal objetivo. (J.A.M.A.. 135:751, 1947).

NOTICIÁRIO



IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE PESQUISAS SÔBRE O CÂNCER

Em St. Louis, Missouri, EE.UU., realizou-se o IV Congresso Int. de Pesq. sôbre o Câncer. O Congresso foi patrocinado pela "American Association for cancer Research" e presidido pelo Dr. Shields Warren, de Boston, e pelo Dr. Sidney Farber. Foram membros do Congresso: Dr. V. R. Khanolkar, Bombaim Índia; Dr. J. Maisin, Louvain, Bélgica; Dr. John J. B. Ilnier, Minneapolis, Minnesota; Dr. Ignacio G. Guzman, México, D. F.; Dr. Walter M. Simpson, Ann Arbor, Michigan; Dr. Alexander Haddow, Londres, Inglaterra; Dr. A. Lipschutz, Santiago do Chile; Dr. Arthur W. Ham, Toronto, Canadá; Dr. Antoine Lacasagne, Paris, França.

As comunicações científicas foram de dois tipos:

1.º) — relatórios, a convite da comissão executiva, 2.º) — comunicações breves.

Foram tratados os seguintes temas:

3 de Setembro — a) Aspectos gerais das pesquisas sôbre o câncer; cirurgia do

câncer; terapêutica radiológica. b) etiologia do câncer.

4 de Setembro — c) Etiologia do câncer (substâncias cancerígenas; química e câncer.

5 de Setembro — e) Hormônios e câncer; f) biologia do câncer.

6 de Setembro — g) A física nuclear em relação ao câncer; h) o câncer e o doente.

Houve uma exposição científica sôbre câncer, em que a Comissão recomendou que se focalizasse: a) os resultados das pesquisas de laboratório e clínicas; b) o material e o equipamento usado nas pesquisas; c) as organizações que têm por fim a pesquisa.

O professor Antônio Prudente, Catedrático da Escola Paulista de Medicina e Diretor da Associação Paulista de Combate ao Câncer, representou oficialmente o Brasil no Congresso. A contribuição que levou para êsse certame de excepcional importância para o mundo, versou sob o tema — Hormônios e Câncer.

RESENHA DA LUTA CONTRA O CÂNCER NO BRASIL

Sob êsse título, acaba de aparecer, editado pelo SERVIÇO NACIONAL DE CÂNCER, um volume de mais de 400 páginas, apresentado pelo Dr. Mário Kroeff, Diretor do Serviço, com as seguintes palavras à guisa de prefácio:

"Esta publicação, não possuindo caráter propriamente científico, constitui, entretanto, um repositório dos principais fatos e ocorrências de interesse informativo e educacional, no setor da luta contra o câncer, no Brasil.

Precidida de um bosquejo histórico, são aqui passadas em revista, numa transcrição pura e simples, as iniciativas mais importantes de combate àquêle flagelo, em nosso meio, sob forma de noticiário da imprensa leiga, entrevistas, referências, discursos, notas, palestras educativas radiofônicas, conferências populares, notícias de congressos e sociedades científicas, ao lado de Decretos-leis, regimentos, providências diversas de ordem administrativa, informações sôbre a criação de Ligas,

Institutos, Associações e Órgãos de luta contra o câncer nos Estados.

Ainda mais, pela matéria que encerra, esta publicação é um documentário dos esforços desenvolvidos, entre nós, pelo "Serviço Nacional de Câncer", em prol da criação de um órgão Central de combate ao Câncer, à altura de nossas necessidades.

Se, como Diretor do Serviço Nacional de Câncer, não conseguirmos a instalação de um Instituto de Câncer, pelas dificuldades de ordem burocrática e outras tantas que se nos vêm antepondo, ficará, ao menos, aqui registada a soma dos nossos esforços, desde 1926 até a presente data.

Em 1931, foi frustrada nossa primeira iniciativa de caráter oficial, quando depois de conseguida a verba de 200 mil cruzeiros e terminada a construção de um pavilhão anexo ao Hospital da Triagem, depois chamado "Estácio de Sá", acabou sendo o mesmo cedido para outro fim (Clínica Propedêutica Cirúrgica da Faculdade de Medicina).

Em 1936, recomeçando outra ordem de providências, conseguimos nova verba de 200 mil cruzeiros para a construção de outro pavilhão, destinado à sede de um Serviço de Câncer. Este objetivo foi colimado em 1938 com a inauguração do "Centro de Cancerologia", modesto na arquitetura mas esmerado quanto à organização. Vários anos se passaram, sem que fosse possível ampliar essa pequena célula de combate ao Câncer, primeiro núcleo oficialmente criado no Rio de Janeiro.

Com a passagem dos Serviços de Saúde Pública para a Administração Municipal em 1939, o Centro de Cancerologia, quando mais necessitava de ampliação, viu, naquêlê ato que reduziu a sua autonomia, obstáculo ao seu desenvolvimento.

Em 23 de setembro de 1941, pelo Decreto-lei n.º 3.643, foi finalmente criado o "Serviço Nacional de Câncer", para todo país, retornando, pois, o Serviço, novamente à jurisdição do Governo Federal.

Foram baldados todos os nossos esforços, em largo período de tempo no sentido da aquisição de um próprio, pertencente à Prefeitura e sito à Praça Cruz Vermelha, para ser instalado um grande Instituto-Hospital, aproveitando-se o arcabouço de cimento armado ali existente e um projeto de construção, já elaborado, para aquêlê local.

Com a transferência em 1942, do Hospital Estácio de Sá, para a Polícia Militar, vimos periclitatar tôda a organização já encetada e ameaçada de extinção, por falta de local, para onde se transferir o Serviço Nacional de Câncer.

Para não haver solução de continuidade, o Serviço Nacional de Câncer foi alojado, provisoriamente, à rua Conde de Lage, n.º 54, velho casarão inadaptável às finalidades hospitalares, onde aguarda até hoje destino melhor, de acôrdo com seus elevados objetivos.

As precárias condições de alojamento, no entanto, não impediram que, entre outras medidas em prol da luta contra o câncer em nosso meio, fôsse enriquecido o patrimônio do S.N.C., com precioso material referente a diagnóstico e tratamento da doença: rádio, radon, aparelhagens de Raios X., eletro-cirurgia, etc.

De outro lado, jovens técnicos aperfeiçoaram-se em tão complexa especialidade, podendo já o Serviço contar com uma pleiada de médicos especializados, nos diversos setores da cancerologia.

Não deixou, também, o S. N. C. de acumular um documentário de real valor, constante de fichas, observações clínicas, peças anátomo-patológicas, coleção de lâminas microscópicas, museu em cêra, etc., que muito tem contribuído para o ensino da especialidade a médicos e estudantes, em cursos promovidos pelo Departamento Nacional de Saúde.

Pugnando sempre por melhores instalações, necessárias ao desenvolvimento das atividades do S. N. C., sugerimos ao Governo, em 1944, numa entrevista que

mantivemos com o Presidente da República, em presença do Dr. Arnaldo Guinle, a aquisição do patrimônio da Fundação Gaffrée-Guinle, pelo preço de custo de há 23 anos e sem prejuízo da campanha anti-venérea.

Assentada, de comum acôrdo, essa transação para no Hospital daquela Fundação ser instalado o Serviço Nacional de Câncer, aguardámos durante 3 anos a decisão final, esperando a transferência e lutando no desconforto com falta de material e com prejuízo para os próprios doentes que procuravam nosso Serviço, ainda na fase de curabilidade. E a transação não foi afinal realizada, deixando o Governo de efetuar por Cr\$ 11.000.000,00 a aquisição de um patrimônio que monta a mais de cinco vêzes êsse valor.

Ao em vez da aquisição do Hospital da Fundação Gaffrée-Guinle, o S. N. C. passa agora a ocupar uma dependência do referido Hospital, em virtude do contrato de arrendamento celebrado em 31-5-1946 (D. O. 3-6-1946) entre aquela Instituição e o Ministério da Educação e Saúde, enquanto aguarda sua séde definitiva.

Agora, só nos resta esperar, por mais alguns anos, a ultimação das obras do arcabouço de cimento armado da Praça Cruz Vermelha, já pleiteada outrora e hoje obtida por doação do ex-prefeito Philadelpho de Azevedo, em janeiro de 1946, com a condição expressa de ser ali instalada

a séde do Serviço Nacional de Câncer, com um grande Instituto, sob pena de reverter o próprio à Prefeitura, se não fôr cumprida esta obrigação.

Oxalá, o atual Governo possa atender às solicitações dos servidores do S. N. C., dotando êste órgão oficial, de séde condigna, com a instalação de um Instituto Nacional de Câncer, convenientemente aparelhado, a exemplo do que fazem outros países civilizados, para que o mesmo se torne fonte de apredizagem e aperfeiçoamento de nossos técnicos, tanto da Capital como do Interior do país, cuidando, ao mesmo tempo, da assistência dos doente, que hoje morrem a míngua de recursos médicos, como procurando na pesquisa, a solução do magno problema que tão de perto interessa à nossa gente e quiçá aos próprios destinos da humanidade”.

À matéria de que trata o livro cujo prefácio acima transcrevemos, acha-se distribuída, nos seguintes capítulos :

I — Esbôço histórico das primeiras atividades em prol da luta contra o câncer no Brasil ; II — Centro de Cancerologia ; II — Serviço Nacional de Câncer ; IV — Instituições de amparo e assistência aos cancerosos ; V — Pelas corporações científicas ; VI — Entrevistas relativas ao combate contra o câncer ; VII — Educação e propaganda ; VIII — Referências da imprensa leiga às atividades do Serviço Nacional de Câncer ; IX — Ligas, Sociedades e outras organizações de combate ao câncer no País.

CURSO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA SÔBRE CÂNCER

Inaugurado foi, no dia 22 de setembro, sob os auspícios do Serviço Nacional de Câncer, um Curso de Extensão Universitária para médicos e estudantes, conforme programa abaixo. As inscrições foram gratuitas.

O Curso, que foi orientado pelo Dr. Alberto Coutinho, durou 10 semanas. As aulas teóricas foram dadas no Anfiteatro da Fundação Gaffrée-Guinle (Rua Mariz e Barros, 775) às 2.^{as}, 4.^{as} e 6.^{as}, das 14 às 15 horas e as práticas, no Serviço

Nacional de Câncer que funciona no Hospital Gaffrée-Guinle.

PROGRAMA

PARTE GERAL.

- 1) — Panorama atual e retrospectivo da cancerologia no Brasil, (aula inaugural).
- 2) — Etiopatogenia do Câncer.
- 3) — Diagnóstico clínico e anatomopatológico do câncer. Aplicação de outros métodos de laboratório.
- 4) — Método de tratamento do câncer: Cirurgia, eletro-cirurgia, roentgen-terapia e curieterapia. Tentativas de tratamento clínico.
- 5) — Profilaxia do câncer.

PARTE ESPECIAL.

- 6) — Câncer cutâneo.
- 7) — Câncer do aparelho digestivo: boca, esôfago, estômago, colons, reto e anus. Pâncreas e vias biliares.
- 8) — Câncer do aparelho respiratório: seio maxilar, laringe e bronco-pulmonar.
- 9) — Câncer ginecológico: vagina, ovário e mama.
- 10) — Câncer genital masculino: próstata, penis, e testículo.
- 11) — Câncer urológico: rins bexiga e uretra.
- 12) — Câncer dos gânglios linfáticos.
- 13) — Câncer glandular: parótida, sub maxilar, tireóide, supra-renais e hipófise.
- 14) — Câncer dos ossos.
- 15) — Câncer do sistema nervoso.

VIAGEM A CURITIBA

Cumprindo uma das finalidades do Serviço Nacional de Câncer: de estimular, cooperar e levar ensinamentos, o Dr. Mario Kroeff, acompanhado dos Drs. Alberto Coutinho, Jorge de Marsillac e da educadora Camila Furtado Alves, foi a Curitiba a convite da "Liga Paranaense de Combate ao Câncer".

O diretor do Serviço Nacional de Câncer e seus assistentes fizeram as seguintes conferências:

- 1) Estado atual do tratamento do câncer — Dr. Mario Kroeff.
- 2) Valor da Educação profissional e popular na luta contra o câncer — Dr. Alberto Coutinho.
- 3) Meios clínicos e especializados no diagnóstico precoce do câncer — Dr. Jorge Marsillac.
- 4) Papel da mulher na luta contra o câncer — Camila Furtado Alves.

Os componentes do "Rotary Club" de Curitiba, compreendendo o papel que a educação popular desempenha na luta contra o câncer, assumiram espontaneamente o compromisso de formarem um rosário de educação, transmitindo, de rotariano a rotariano todo o aprendido em relação aos primeiros sinais da moléstia e do valor do conhecimento geral do problema por parte do público.