

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

Setembro, 1947

Número 1

 PODE SAIR DA BIBLIOTECA

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

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

Solicita-se permuta com Revistas Médicas.

SUMÁRIO

	Página
APRESENTAÇÃO	5
ARTIGOS ORIGINAIS	
O fator tempo em Roentgenerapia. — Álvaro Ozório de Almeida	7
Critério atual no tratamento do câncer da mama. — Antônio Prudente	11
Câncer e gravidez. — Sarcoma da parede abdominal com várias recidivas ligadas a gestações. — Mário Kroeff	30
Câncer do lábio e da língua. — Tratamento radioterápico — Resultados. — Nelson Carvalho	41
CASOS CLÍNICOS	
Tumores neo-mamários. — Alberto Coutinho	49
Sobre um caso de granuloma eosinófilo do húmero. — Francisco Fialho	56
DIAGNÓSTICO PRECOCE	
Diagnóstico precoce do câncer da pele. — Sérgio Azevedo	61
DIVULGAÇÃO	
“Radon”: Considerações. — Antônio Pinto Vieira	69
PERGUNTAS E RESPOSTAS	
O câncer é curável? — Mário Kroeff	73
RESUMOS, CONDENSADOS E ANÁLISES	
Diagnóstico	75
Cirurgia	77
Radioterapia	80
Patologia	83
Miscelânea	84
NOTICIÁRIO	
Sociedade Brasileira de Cancerologia	87



APRESENTAÇÃO



A Revista Brasileira de Cancerologia aparece para satisfazer dispositivo de lei, reflexo certamente de uma necessidade médico-social em nosso meio.

O Decreto que instituiu o Serviço Nacional de Câncer, com atribuições em todo território brasileiro, no que diz respeito às atividades anti-cancerosas em geral, determina a edição de uma revista de cancerologia.

Por motivos alheios à vontade da direção do S.N.C., só agora, com o presente número, é atendida essa determinação. A Campanha Nacional contra o Câncer passa a possuir deste modo um órgão apropriado à difusão de suas atividades científicas e educacionais.

A Revista Brasileira de Cancerologia, entre seus objetivos principais, tem o de tornar conhecidos os trabalhos elaborados no S.N.C. Visa ainda interessar mais de perto a classe médica no grande problema, levando periodicamente aos clínicos e cirurgiões, o fruto da experiência do S.N.C., onde, desde alguns anos, um grupo de profissionais cultiva a especialidade e trabalha em prol do aperfeiçoamento dos meios de diagnóstico e tratamento de doença tão complexa, mas tão cheia de interesse humano e científico.

Levando ao conhecimento de todos os clínicos do País, não só as últimas aqui-

sições no domínio da Cancerologia, como principalmente difundindo noções básicas e essenciais aos práticos, no que tange ao diagnóstico precoce da doença, cumprirá a Revista Brasileira de Cancerologia tarefa de grande alcance médico-social, cooperando desse modo na Campanha Nacional Contra o Câncer.

Quando todos os clínicos se compenetrarem de que a chave do problema do câncer está no diagnóstico precoce da doença e orientarem seus doentes no sentido de uma terapêutica especializada, oportuna e adequada, a mortalidade decrescerá enormemente.

A Revista Brasileira de Cancerologia, além de contar com seu corpo de redação, composto dos médicos do Serviço Nacional de Câncer, espera ter a colaboração dos profissionais pertencentes às Instituições Anti-cancerosas já incorporadas à Campanha Nacional Contra o Câncer, bem como a dos sócios da Sociedade Brasileira de Cancerologia e a de todos os cientistas que de algum modo se interessam pelo importante problema.

O estudo do câncer, intrincando-se com os mais amplos e complexos processos da patologia humana, e em virtude de suas variadas localizações e sequelas, reclama a cooperação especializada de todos os ramos da medicina, tanto dos interessados na ex-

perimentação, quanto dos devotados aos recursos terapêuticos, quer sejam cirúrgicos, radioterápicos ou medicamentosos.

Mas, não só aos médicos cabe a iniciativa de defesa do público contra tão nefasto inimigo do gênero humano. É problema de profundo alcance médico-social, exigindo a participação de todos que estiverem em condições de sentir e compre-

ender a gravidade da ameaça que hoje traz apreensiva tôda a humanidade.

Assim, as páginas da R. B. C. ficam abertas a qualquer movimento em pról da educação do público, alertação do individuo, estudo da doença e melhora das técnicas de tratamento.

MÁRIO KROEFF



ARTIGOS ORIGINAIS

O FATOR TEMPO EM ROENTGENTERAPIA *)

ÁLVARO OZÓRIO DE ALMEIDA

A O INICIAR a "Holmes Lecture" em 18 de maio de 1945, feita perante a "New England Roentgen Society" e publicada no número de dezembro de 1946 do "Radiology", *George Holmes* diz, com toda a sua autoridade: "Nós todos falamos do fator tempo, mas o que sabemos sobre êle? Os intervalos de tempo (de aplicações de Raios X) são frequentes vezes determinados pelas conveniências do doente e do aplicador. Nenhum de nós procurou saber o que aconteceria se um intervalo de tempo fosse fixado e estritamente seguido. Não há nenhuma dúvida quanto à importância do fator tempo na determinação dos resultados finais. Pois que necessitamos melhor conhecê-lo, abre-se nêsse caminho um fecundo campo de investigação".

Êsse trecho de *Holmes* exprime bem o sentir geral e explica o aparecimento de numerosos trabalhos sobre o fator tempo. Mas por que as esperanças em melhorarem a eficiência dos Raios X não se fixam em outras de suas características como comprimento de onda ou a intensidade com que é administrada? Que outras possibilidades podem oferecer êses estudos?

Fóra da radioterapia, a eficácia de muitas medicações, não só dependem da grandeza da dose administrada, como também da sua distribuição no tempo. Lembremos as medicações anti-sifilíticas; sobretudo lembremos as aplicações da quinina no paludismo, em que o efeito ob-

tido depende do valor da quantidade total administrada, do valor de cada dose parcial e dos intervalos de tempo entre as doses parciais. O máximo de eficácia, a experiência fixou em uma certa quantidade de quinina dividida em tantas doses administradas com intervalos determinados, todo êsse conjunto especificamente adaptado a cada forma de paludismo. Vemos assim qual a importância do tempo de administração na obtenção de bons resultados finais.

Nes Raios X a dose D é medida em Roentgens (r) segundo a relação $D = ixt$, sendo i a intensidade medida em r por minuto e t o tempo. A dose é pois o produto de dois fatores a saber:

i = fator intensidade.

t = fator tempo.

Se agora dividirmos a dose total em n doses parciais d , conservando-se i invariável, teremos cada dose parcial:

$$d = ixt/n$$

e a dose total se conservará invariável segundo a relação:

$$D = nxd = n \left(ix \frac{t}{n} \right) = ixt$$

Quando se faz n aplicações de Raios X, há $(n-1)$ intervalos de aplicações; se chamarmos u a duração de cada intervalo, a soma de todos êses intervalos será igual a $(n-1)u$. O tempo total de aplicações da dose D dividido em n doses parciais d , será pois:

$$T = t + (n-1)u$$

O que se chama fator tempo é T que no caso de aplicações fraccionadas é soma de duas parcelas a saber: t tempo real de aplicação de raios X e $(n-1)u$ soma dos tempos entre as aplicações.

*) Comunicação feita à Sociedade Brasileira de Cancerologia e perante ela verbalmente desenvolvida e comentada pelo autor.

A expressão fator tempo só é legítima no caso de uma única aplicação de raio X; mas por uma extensão de linguagem tão comum em ciência, conserva-se a mesma expressão para o caso em que se trata da soma de tempos embora cada um desses tempos seja por sua vez fator em outras expressões.

Definido o que é fator tempo podemos agora perguntar por que se voltamos para seu estudo com o fim de melhorar a eficácia das aplicações de raios X? O emprego de raio X de comprimento de onda cada vez menor não poderia aumentar cada vez mais sua eficiência?

A experiência mostra que a ação dos raios X não varia quando o comprimento de onda varia de 2,4 Å: (equivalente a 5 kilovolts), até muito além de 1 milhão de volts ou seja quando se trata de ação dos raios gama do rádio.

O valor de λ (comprimento de onda) só influencia a penetrabilidade dos raios X, o que permite levar esses raios X bem fundo no corpo humano quando se os emprega de pequeno comprimento de onda ou, ao contrário, limitar sua ação à pequenas espessuras de pele ou mucosa, poupando tecidos situados mais para além, quando se os emprega de maiores comprimentos de onda.

Quanto aos efeitos qualitativos e quantitativos de iguais doses de raios X, são eles perfeitamente iguais, quer sejam raios duros ou raios moles. A escolha de λ é pois apenas uma questão de técnica radiológica e não de efeito bio-físico.

"A conclusão que a natureza da reação não é influenciada pelo comprimento de onda do feixe incidente é apoiada por considerações físicas. Quando os raios X e gama são absorvidos, um "electron" primário é expulso do átomo que se absorveu. Esse electron, cuja velocidade depende do comprimento de onda do feixe incidente, colide com átomos ao longo de sua trajetória, libertando centenas ou

mesmo milhares de electrons secundários, e assim prossegue até esgotar toda sua energia e entrar em repouso. A extensa ionização produzida desse modo é o ponto de partida de uma série de reações biológicas que produzem lesões ou a morte das células. Se, pois, os mesmos números de electrons secundários são produzidos por ambos os raios moles ou duros; se, por outras palavras, o mesmo grau de ionização se produz, deve esperar-se que as reações biológicas sejam as mesmas. E quando a grandeza da ionização é maior em um caso do que noutro, deve esperar-se tão somente uma diferença na grandeza da reação e não na sua natureza." (*Packard v. 1,465, Biological effects of irradiation*).

Na verdade todas as tentativas feitas com o fim de melhorar os resultados da aplicação dos raios X pela elevação da voltagem não deram os resultados desejados, o que já podia ser previsto, desde que pela aplicação dos raios gama produzidos por muitas gramas de rádio no Instituto de Câncer de Paris (o que equivale a voltagem maior do que 2 milhões de volts), não se colheu melhores resultados do que aqueles obtidos com voltagens médias.

Todas essas considerações e fatos afastam a influência do comprimento de onda, mas nos conduzem outra vez a considerar somente os elementos contidos nas fórmulas $D = ixt$ e $D = n \left(ix \frac{t}{u} \right)$. Essas fórmulas mostram que os efeitos dependem da grandeza da dose D e possivelmente para um mesmo valor de D , da variação do tempo de aplicação e dos intervalos de aplicação. O primeiro problema que então se apresentou foi estabelecer a relação entre a dose física de Raio X, (D), e os efeitos biológicos observados. Esse problema é muito simples em farmacologia: os efeitos tóxicos de uma substância administrada a um indivíduo aparecem para uma certa dose, crescem com ela e a morte sobrevem quando a dose

atinge um certo valor. Se a mesma experiência se estende a muitos indivíduos semelhantes de uma população homogênea, verifica-se a existência de uma variação de resistência individual que obedece às leis do acaso: no grupo, as percentagens de indivíduos com cada resistência se distribuem em relação às doses segundo a clássica curva em forma de sino. Devemos entretanto ter bem em mente que todo e qualquer indivíduo em experiência recebe a mesma dose e foi submetido à mesma concentração da droga em estudo; aqui o que determina a forma de curva assinalada é tão somente a resistência individual que varia.

O problema é muito mais complicado para os raios X. Aqui há também uma variação da resistência individual (*Zupping*) mas sobretudo há variações de efeito que são devidos à própria constituição dos raios X e que condicionam a sua maneira de agir. Para bem compreender tal ação podíamos imaginar o que aconteceria a uma população ideal em que todos os indivíduos apresentassem o mesmo grau de resistência aos Raios X, e a uma determinada substância tóxica. Se a uma metade dessa população se aplicasse os Raios X, e a outra se administrasse a substância tóxica, veríamos que para esta última metade no momento em que a droga atingisse uma concentração mortal morreriam todos os indivíduos ao mesmo tempo, pois que, por hipótese, todos os indivíduos reagiriam da mesma maneira.

Na metade da população submetida aos Raios X, veríamos, ao contrário, que já ao começar sua aplicação, alguns indivíduos estariam mortalmente atingidos; esse número cresceria com o desenvolvimento da dose, de tal modo, que se a dose fosse representada no eixo dos X e as percentagens de mortos no eixo dos Y, obteríamos uma curva com a forma de S alongado; essa curva na qual se eliminaram por hipótese as variações de resistência individual, é consequência da maneira de

agir dos Raios X. Digamos logo que a explicação real e indiscutível desse fato reside na ação descontínua dos Raios X. que em seus efeitos se assemelham àquela produzida pelos impactos de um bombardeio.

Na verdade, os Raios X são constituídos de grãos isolados de energia, os ftons, que atravessam o espaço em todos os sentidos e podem ou não chocarem-se com uma célula viva; depois ao atravessarem essa célula e no caso de serem absorvidos por um átomo podem dele arrancar um "electron"; esse "electron" cria *trassados ionizados* (ionization loci) e esses destroem as células quando as atingem em um ponto mortal. Se pudéssemos traçar no tempo as percentagens progressivamente crescentes produzidas por um bombardeio lançado ao acaso sobre uma população, obteríamos uma curva semelhante àquela que se obtém na ação dos Raios X. Ainda mais, veríamos que uma vítima, no início do bombardeio, poderia cair atingida por duas ou mais balas ao lado de indivíduos que atravessariam o bombardeio sem serem atingidos, segundo as leis do acaso.

O mesmo se passa com os Raios X., a dose em r lançada sobre a população em estudo é uma dose total que atravessa o espaço ocupado pela população considerada; mas em frações desse espaço da ordem de grandeza de uma célula há variação sensível do número de impactos ou, em outras palavras, da dose. Em resumo, para uma dose administrada de Raios X., haverá células em maior número que recebem essa dose; haverá outras que recebem doses muito maiores do que aquela dose média administrada e outras que recebem doses muito menores ou mesmo não recebem nenhum Raio X. Esse fato é muito grave quando se trata de destruir a última célula de um câncer para que ele não mais se desenvolva.

A digressão feita define bem o problema e mostra que só é possível estabelecer uma relação fixa entre as doses e os efei-

tos decorrentes, quando não nos limitarmos a estudar a ação sobre uma ou poucas células, mas ao contrário recorremos a uma numerosa população como é o caso do revestimento cutâneo, das células dos testículos, ou a algumas centenas ou milhares de ovos de *Drosófila* ou de *Áscaris*. Então e só então verifica-se que, para um determinado material, há uma relação invariável entre a dose aplicada e os efeitos observados; essa relação tem um caráter estatístico e independente das variações individuais e do acaso dos impactos dos raios X. Para exemplificar, podemos definir a dose mortal como sendo a dose que mata 50% da população considerada. Na fórmula $D = ixt$, D tem um caráter estatístico e é independente das variações individuais da população em estudo e do modo de agir dos Raios X. Nessa fórmula para uma mesma dose fixada quando aumenta t diminui naturalmente i e tanto se pode atribuir então os resultados obtidos à variação do fator tempo como à variação do fator intensidade. Mais se conservarmos i invariável e fraccionar-

mos t poderemos então observar e estudar a ação do fator tempo.

Obedecidas as condições acima assinaladas veremos que quanto t varia, embora conservando a mesma dose, os efeitos variam também; aqui temos pois em toda a sua pureza a verificação de que o tempo de aplicação de uma determinada dose de Raios X., é um fator dessa ação e um elemento a ser considerado em seus resultados. E as teorias que procuram explicar esse fato são variáveis desde a hipótese da existência de substâncias tóxicas geradas pelo Raios X., até aquelas de adaptações de caráter defensivo; todas essas explicações pretendem esclarecer os efeitos observados e suas variações sob a influência do tempo em que é aplicado. Pensamos como *Holmes* que de seu estudo poderão advir grandes progressos no tratamento do câncer; e pensamos que ainda maiores promessas existem no estudo simultâneo do fator tempo com as fases de desenvolvimento celular e da distribuição dos tempos de sua maior sensibilidade aos Raios X.

FÈOCROMOCITOMA

Normalmente a glândula supra-renal contem 0,4 mgr. de adrenalina por grama de glândula. Nos casos de tumor cromafínicos ou fèocromocitoma da médulo-suprarenal, esta taxa pode chegar a 20 mgrs. por grama (Mac Keith 1944). J.M.K. Spalding publicou no Brit. Med. J. de 26

de abril de 1947, mais um caso de fèocromocitoma operado, enquanto que Alexander Brunschwig de Chicago, no J. A. M. A. 134 : 253 (Maio) 1947, historia os 5 casos de fèocromocitomas que teve ocasião de observar e operar a partir de 1937.

CRITÉRIO ATUAL NO TRATAMENTO DO CÂNCER DA MAMA

ANTONIO PRUDENTE *

A evolução da medicina é constante apesar de muitas vezes ser lenta. A orientação terapêutica em relação às doenças torna-se rotina durante muito tempo para, de um momento a outro, ser inteiramente modificada. Frequentemente essas bruscas mudanças não se devem a descobertas sensoriais, mas são produzidas por uma série de progressos, em outros setores da medicina, bases para novos caminhos.

O tratamento do câncer da mama passou por uma fase de puro empirismo, em que a simples aparência clínica do tumor condicionava a extensão e o critério da exérese cirúrgica. Essa fase prolongou-se até fins do século passado.

Em 1876 Charles Moore apresentou, em Londres, um trabalho em que preconizava a chamada amputação radical da mama. Lister, na Inglaterra, e Volkmann, na Alemanha, por volta de 1870, já realizavam o esvaziamento ganglionar da axila, parecendo ter sido este último, o primeiro a praticar a ressecção dos músculos peitorais. Em 1894, Willy Meyer e Halsted publicaram concomitantemente, nos E. Unidos da América, o método da mastectomia radical, chamado em monobloco, que, com ligeiras variantes, vem sendo usado, nestes últimos 50 anos, em todo mundo. A observação clínica levou os referidos autores a essa solução considerada radical.

Com o correr dos tempos, bases patológicas vieram reforçar o prestígio dessa intervenção. O próprio Halsted contribuiu enormemente para isso.

Stiles e Heidenhaim já haviam estudado o modo de propagação do tumor na

própria mama. Coube a Handley - (I) demonstrar que o câncer mamário se propaga em rosário dentro dos vasos linfáticos (*permeation*), atingindo assim os gânglios regionais. Esse mecanismo de formação de



Fig. 1. — Cisto-adenocarcinoma papilífero. Grau I de malignidade histológica.

metástases não exclui a possibilidade das mesmas se darem por deslocamento de êmbolos formados no tumor. Entretanto, o que interessa sobremaneira é que, com essa nova aquisição, estabeleceu-se que os tecidos intermediários entre o tumor primitivo e as metástases axilares, não estão livres de células cancerosas. Sabendo-se também, graças às pesquisas anatômicas de Sappey, que os linfáticos da glândula mamária se comunicam de um lado com os da pele e do outro, através da aponevrose,

(*) Diretor da 1.^a Clínica de Tumores da Associação Paulista de Combate ao Câncer.

com os dos músculos subjacentes, é fácil compreender os fundamentos da mastectomia em monobloco de Halsted.

A princípio os cirurgiões iam muito longe nas suas indicações operatórias. Tu-

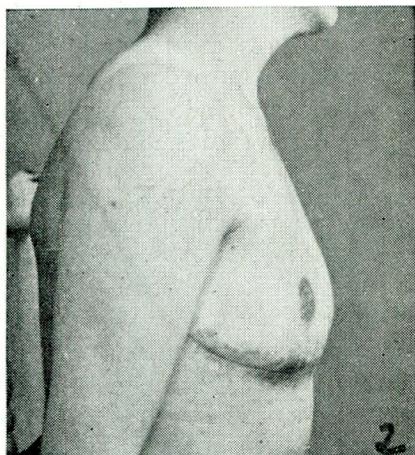


Fig. 2. — Mastectomia plástica. Transplante de tecido adiposo e enxerto livre da areola e mamila.

mores muito extensos, invadindo a musculatura peitoral e formando blocos metastáticos na axila, eram operados pelo método de Halsted. Essa orientação se traduzia nas estatísticas da época. De acordo com as exigências da regra de Volkmann, então em voga e que estabelecia o prazo de 3 anos para considerar curado um caso de câncer, os resultados eram muito pouco compensadores. Assim é que no próprio serviço de Volkmann (1873-1878), a percentagem de cura apenas atingiu a cifra de 11%.

Graças a Halsted, Bloodgood, Handley, Hartmann e outros, a questão da operabilidade em relação à mastectomia radical, foi posta em seus verdadeiros termos. Atualmente a grande extensão local do tumor, com fixação da glândula nos planos profundos, assim como a formação de bloco metastático na axila, são contra-indicações operatórias.

Trabalhos mais recentes mostram que a cirurgia isolada cura clinicamente (5 a

nos) cerca de 50% dos casos (Adair, Geschickter). (2-3). Veremos adiante como esse resultado pode ser ultrapassado, empregando-se concomitantemente a testosterona.

Deve reconhecer-se que a intensa campanha social contra o câncer contribuiu poderosamente para essa melhora de resultados.

No entanto, pode-se deduzir do que ficou dito, que apenas uma parte dos casos de câncer da mama, nas condições em que se apresentam ao cirurgião, pode aproveitar realmente da operação de Halsted. Os demais são na verdade inoperáveis por essa técnica, apesar de muitas vezes terem tumores ressecáveis.

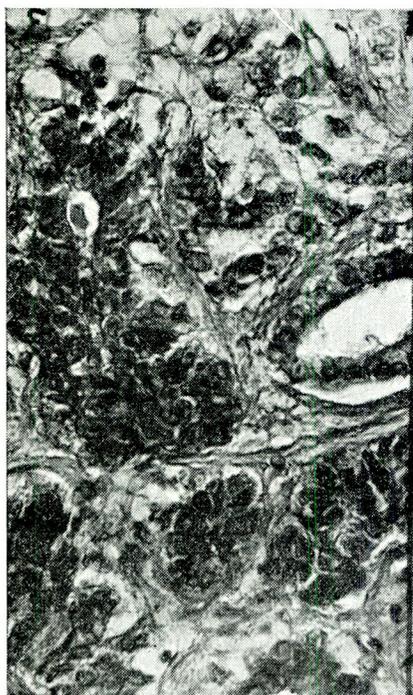


Fig. 3. — Carcinoma adenomatoso. — As células neoplásicas agrupam-se em blocos mostrando a estrutura de dutos glandulares. Grau II de malignidade histológica.

A necessidade de nova técnica que ampliasse as possibilidades da cirurgia no tratamento do câncer da mama já vinha

se fazendo sentir desde muito. Em 1897, Roberts propoz em Nova-Iorque que se praticasse sistematicamente a amputação inter-escapulo-torácica em todos os casos de carcinoma mamário recidivado, formando um bloco tumeroso na axila. Infelizmente a sugestão não encontrou eco. Uma ou outra tentativa esporádica foi logo esquecida, considerando-se os resultados como desastrosos. Em 1933, resolvemos encarar o problema de maneira mais resoluta, chegando após 14 anos a conclusões que, a nosso vêr, justificam uma alteração do critério de operabilidade.

Passando para o extremo oposto do problema, pode-se talvez sugerir outras modificações do critério operatório. Isso se refere aos chamados cânceres circuns-

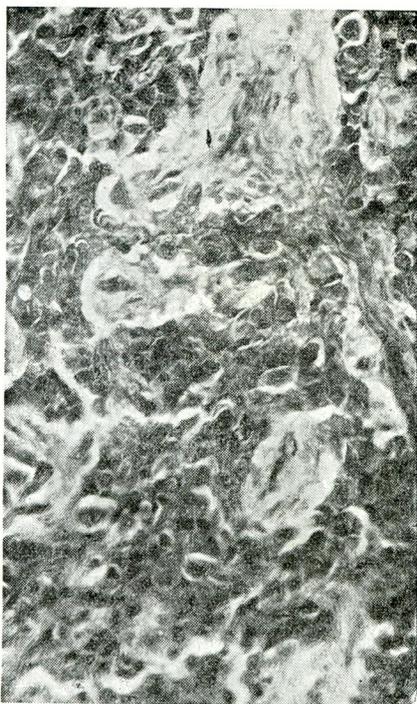


Fig. 4. — Carcinoma sólido. Grau III de malignidade histológica.

critos da mama e tumores cuja malignidade é apenas suspeitada (*border-line tumores*). Como em tais tumores não se observam

metástases a não ser que os mesmos fiquem sem tratamento durante período muito longo, surge a idéia, já proposta por alguns, de se praticar uma simples mastec-

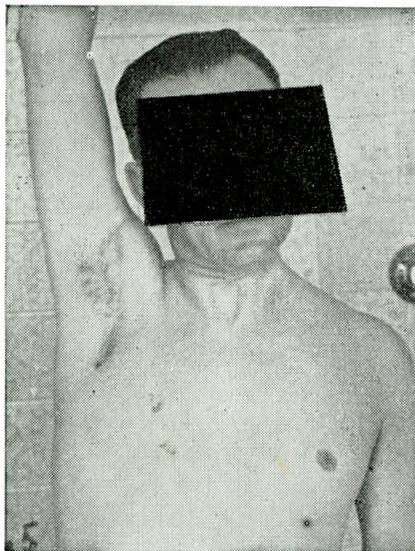


Fig. 5. — Resultado funcional obtido com a operação de Halsted em homem. — Sobrevida de 6 anos.

tomia. Essa orientação possibilita nas mulheres moças, uma operação reconstrutiva concomitante, criando-se uma verdadeira mama artificial. Essa intervenção por nós realizada, pela primeira vez em 1935, foi denominada amputação plástica da mama ou mastectomia plástica.

Necessitamos também dar um balanço no valor das operações secundárias realizadas no câncer mamário recidivado (extirpações de recidivas mamárias ou axilares e esvaziamento ganglionar supra-clavicular).

O aperfeiçoamento da radioterapia, o melhor conhecimento da radiosensibilidade dos diferentes tipos de câncer da mama, também contribuem atualmente para melhor orientação terapêutica.

Finalmente as relações das glândulas sexuais com o câncer da mama, abrindo novo capítulo, vieram alterar de tal for-

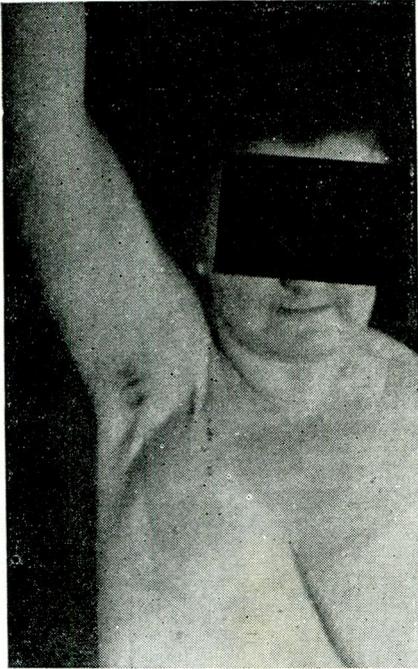


Fig. 6. — Resultado funcional obtido com incisão transversa da axila, na operação de Halsted. — Sobrevida de 7 anos.

ma os termos da equação que a hormonoterapia poderá modificar profundamente o critério terapêutico em face desses tumores.

Juntando-se aos fatos já expostos certas possibilidades que nos oferece a eletrocirurgia, justifica-se uma verdadeira revisão do assunto, procurando sistematizar-se a orientação que deve ser seguida atualmente para o tratamento do câncer mamário.

Operabilidade e critério na escolha dos métodos operatórios

Um tumor maligno é operável quando sua extirpação completa é compatível com a vida de seu portador, oferecendo-lhe a intervenção possibilidades de cura clínica. Esta definição traça os limites entre a operabilidade e a simples ressecabilidade. Esta é apenas condicionada pelas possibilidades técnicas de extirpação.

No câncer da mama, pode a ressecabilidade ir muito além da operabilidade, pois há sempre uma propagação neoplásica que escapa à inspeção clínica, mas que os fundamentos patológicos nos levam a admitir, devendo ser também considerada na avaliação da operabilidade.

A evolução dos cânceres mamários é muito variável, mas a clínica mostra que, em grande número de casos, a doença segue marcha mais ou menos constante, permitindo a sua classificação segundo o estágio de evolução clínica. Apesar das classificações clínicas já existentes, para facilitar a compreensão das modificações introduzidas na terapêutica, julgo acertada a seguinte :

Estádio I — Tumor localizado na glândula mamária.

Estádio II — Gânglios axilares móveis.

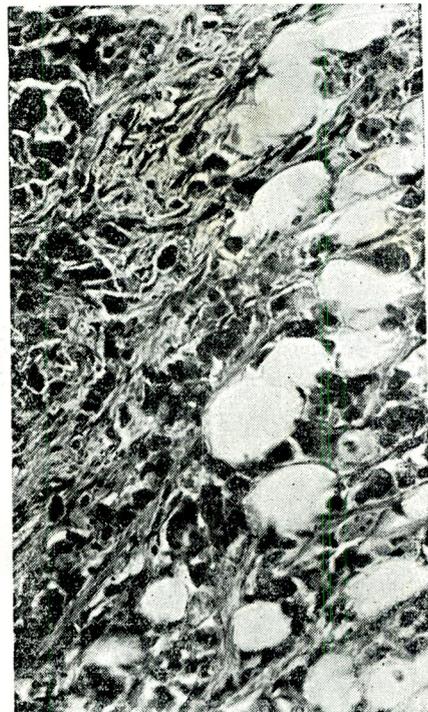


Fig. 7. — Carcinoma difuso ou meristematoso. Grau IV de malignidade histológica.

Estádio III — Bloco ganglionar fixo na axila.

Estádio IV — Gânglios supra-claviculares móveis.

Estádio V — Bloco ganglionar supra-clavicular, fixação completa do tumor mamário à parede torácica, disseminação cutânea, metástases distantes.

ser utilizada em mulher na menopausa, que apresenta carcinoma de crescimento lento, limitado à mama, cujo exame histológico faz apenas suspeitar de malignidade ou grau I (adenoma maligno), principalmente em se tratando de tumor papilífero intra-cístico, encontrado em casos de mastopatia fibrosa crônica, ou de carcinoma intra-duto pròpriamente dito (comedo câncer). Impõe-se nesses casos a radioterapia

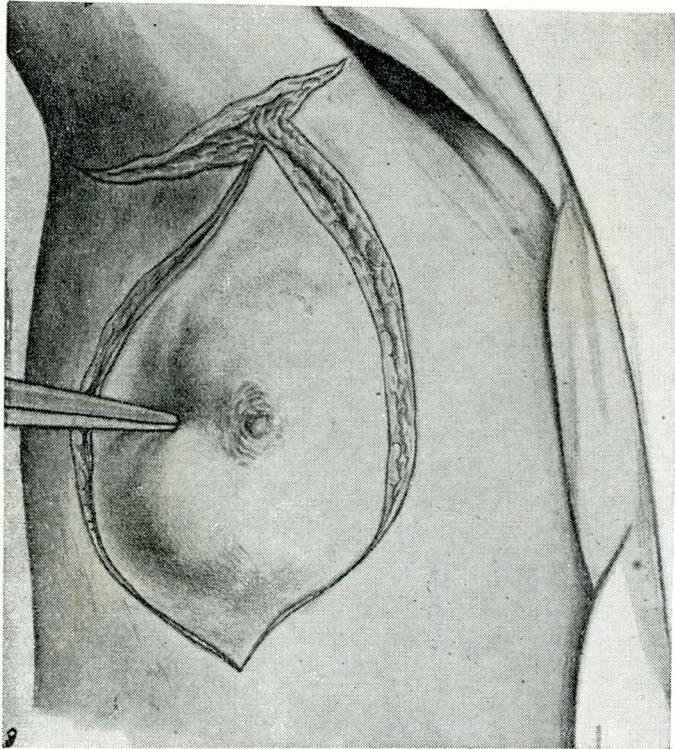


Fig. 8. — Técnica da mastectomia radical. — Linha de incisão da pele. — Incisão transversa da axila.

Excluindo-se o *estádio V*, que se refere a fatores que indicam inoperabilidade, os outros 4 grupos podem ser considerados como operáveis, devendo-se apenas determinar o método cirúrgico a ser empregado. Assim sendo, partindo das diferentes técnicas, podemos adotar o seguinte critério :

1) — A *mastectomia simples* com exêrese da aponevrose do grande peitoral pode

postoperatória, sendo particularmente eficaz no cistocarcioma papilífero, dada sua sensibilidade aos Raios X. Certos tumores da série conjuntiva, justificam também esse tipo de intervenção, como o sarcoma fibroblástico, pois não se propagam aos gânglios. A mastectomia simples pode ainda ser indicada em doentes muito velhas ou com estado geral precário, portadoras de tumor com grau de malignidade

II e III. Essas pacientes de idade avançada, portadoras de um gráu IV (carcinoma difuso, de células soltas ou meristoma), devem ser exclusivamente irradiadas e tratadas pela hormonoterapia.

2) — As indicações da *mastectomia plástica* são as mesmas, devendo limitar-se

Seis estão curadas respectivamente há 8, 9, 7, 4, 3, 2 e 1 e meio anos. A única em que se observou recidiva era uma moça de 19 anos, portadora de carcinoma sólido (gráu 3 de malignidade) e que se negou obstinadamente a sofrer a mutilação resultante de mastectomia radical. O fra-

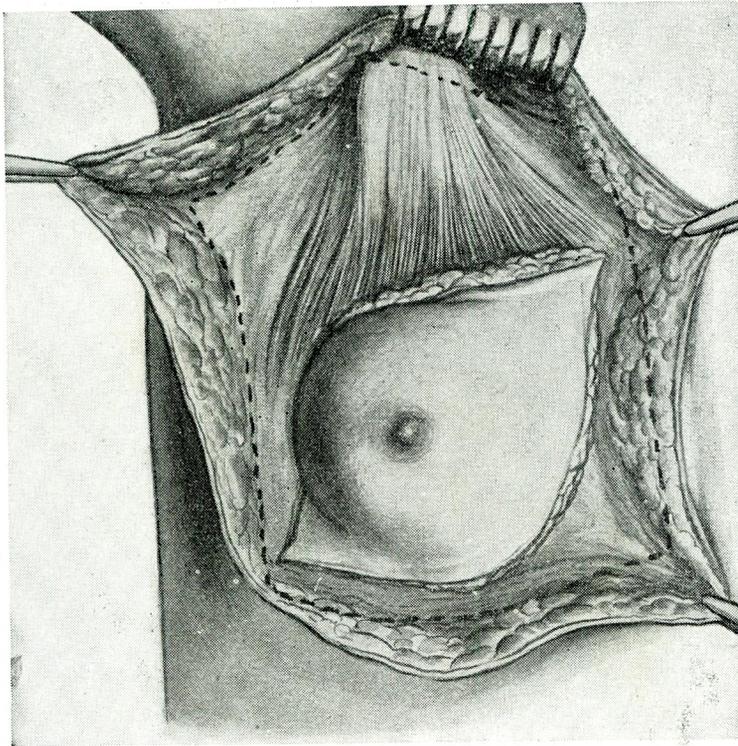


Fig. 9. — Técnica da mastectomia radical. — Linha de incisão da aponevrose e do tendão do músculo grande peitoral.

às mulheres muito jovens ou àquelas que não se queiram sujeitar à mutilação resultante de uma mastectomia simples. Tivemos oportunidade de realizar esta intervenção em 7 casos de tumor maligno: 2 cisto-carcinomas papilíferos (gráu 1 de malignidade); 1 carcinoma intra-canalicular (gráu 1-2 de malignidade); 1 carcinoma sólido (gráu 3); 3 sarcomas fibroblásticos. A idade dessas doentes era respectivamente: 15, 16, 19, 24, 31, 34 e 42 anos.

caso em seu caso só pode confirmar nossa orientação.

3) — A *mastectomia radical de Halsted* é ainda a intervenção que encontra maior aplicação no câncer mamário. Com as resalvas feitas para os casos incluídos nas duas técnicas precedentes todos os casos de estágio I e II devem ser resolvidos por este tipo de operação. Como se sabe, ela consiste na chamada extirpação em monobloco, porque uma série de órgãos e estruturas da região são retirados numa

peça única, sem desmembramento. Os elementos a serem sacrificados são os seguintes: a glândula mamária com toda a pele que a recobre; a aponevrose, numa extensão que vai da clavícula à parte mais alta do músculo reto abdominal e da linha mediana, ao bordo anterior do músculo grande dorsal; os músculos grande

limites de operabilidade certos casos primariamente inoperáveis. Isso se aplica principalmente aos casos em que a propagação cutânea é muito extensa ou a invasão dos planos retro-mamários causa a fixação da glândula à parede torácica. Nossa experiência a respeito, fala contra a indicação acima, pois verificamos que, se a

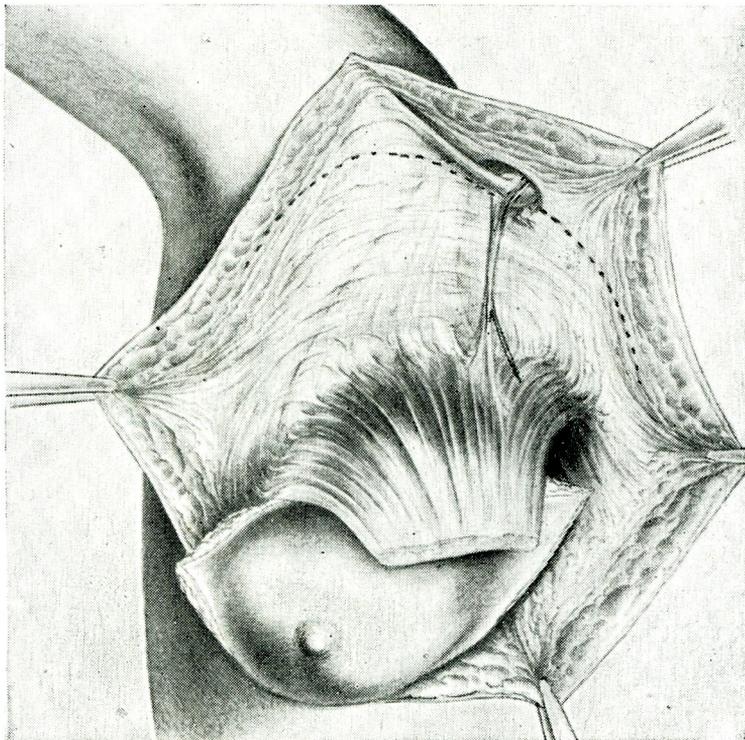


Fig. 10. — Técnica da mastectomia radical. — O tendão do músculo grande peitoral é rebatido para baixo, expondo-se os vasos acrómio-torácicos e o nervo do grande peitoral. — Linha de incisão da aponevrose clavi-córaco-peitoral.

e pequeno peitorais; o tecido célula-linfático da axila e da fossa infra-clavicular, deixando-se a veia axilar perfeitamente limpa, desde sua origem até além de sua bifurcação.

Inúmeras modificações têm sido introduzidas na operação de Halsted, mas nenhuma de tal monta que justifique alteração em sua denominação.

Muitos autores acham que a radioterapia pré-operatória pode trazer para os

radioterapia consegue realmente uma modificação das condições locais, tornando o tumor ressecável, nem por isso os resultados são compensadores, pois sistematicamente houve recidiva em nossos casos.

A operação de Halsted não é apenas realizada em casos de câncer primário da mama. Em certos casos de carcinoma recidivado, ainda pode ser feita. Em nosso meio esta ocorrência está longe de ser rara,

Bois, infelizmente, muitos casos de tumores cuja malignidade histológica é 2, 3 ou 4, já foram, por incompetência dos profissionais que as operaram, submetidos à intervenções incompletas, limitadas unicamente à glândula.

O número de casos de câncer inicial da mama aumenta cada vês mais, graças

c) de 74 casos operados pelo método de Halsted, apenas 9 se apresentaram histologicamente indemnes de metástases axilares, isto é, 12,1%.

Pelo levantamento feito no corrente ano em nosso Serviço, pudemos deduzir os seguintes dados, correspondentes ao período de 1940 a 1947 :

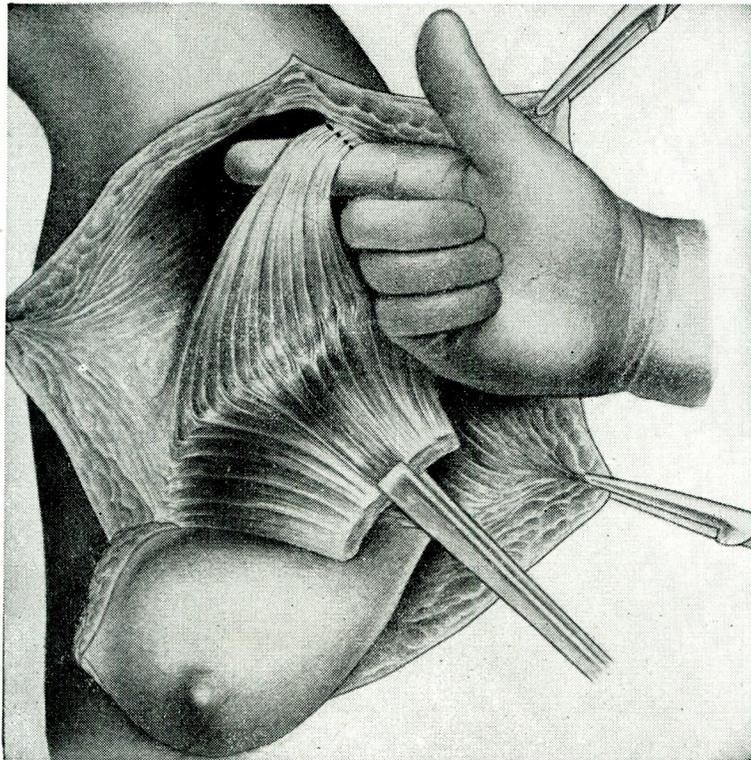


Fig. 11. — Técnica da mastectomia radical. — Mobilização e linha de incisão do tendão do músculo pequeno peitoral.

ao esclarecimento do público em relação aos tumores malignos. A situação modificou-se enormemente nêstes últimos anos. Em 1939 (4), computando nosso material correspondente a período de 8 anos (1931-1939), verificamos o seguinte : a) de 182 casos examinados no serviço, 83 eram recidivas, isto é, 45,6% ; b) de 182 casos examinados, apenas 77 eram ainda operáveis pela técnica de Halsted, portanto, 42,5% ;

a) de 307 casos examinados, apenas 63 eram recidivas, isto é, 20,5% ; b) dêsse 307, eram operáveis pela técnica de Halsted 236, isto é, 76,7% ; c) de 140 casos operados pelo Halsted, em 47 a histologia não revelou metástases axilares, o que representa 33,5%.

A operação de Halsted, desde que sejam respeitadas as suas indicações, dá resultado muito compensador, que pode ser



ainda melhorado desde que seja feito tratamento postoperatório bem orientado.

Em nosso Serviço os resultados obtidos em 241 casos operados pelo Halsted, no período de 1931 a 1947, podem ser apreciados pela apresentação dos seguintes dados :

Mortalidade operatória : 2 casos, isto é, 0,82%.

Carcinomas primários : 229.

Carcinomas recidivantes após operações incompletas : 12

Sem metástases axilares : 61

Com metástases axilares : 168

Dêstes 229 casos, 52 foram operados há mais de 10 anos (1931-1937) e 129 há mais de 5 anos.

As seguintes tabelas mostram os resultados obtidos :

TABELA I

HALSTED

Resultados de mais de 10 anos (52 casos).

	Metástases Axilares	Sobrevida s/recidiva	Desaparecimento	Recidiva	Morte por	Resultados	
						Rebl.	As.
Não:	8	4	2	1	1	80%	50%
Sim:	44	6	14	22	2	21,5%	13,6%
TOTAL:	52	10	16	23	3	30,3%	19,2%

Todos os casos apresentados nesta estatística foram tratados exclusivamente pela intervenção cirúrgica.

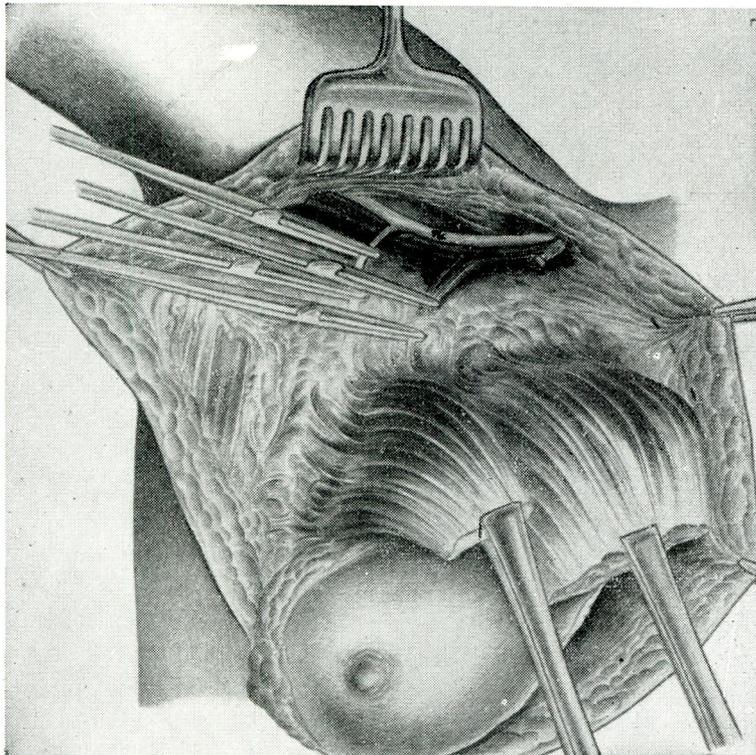


Fig. 12. — Técnica da mastectomia radical. — Dissecção dos vasos axilares. — Ligadura dos vasos acrómio-torácicos, mamários externos e outros de menor calibre.

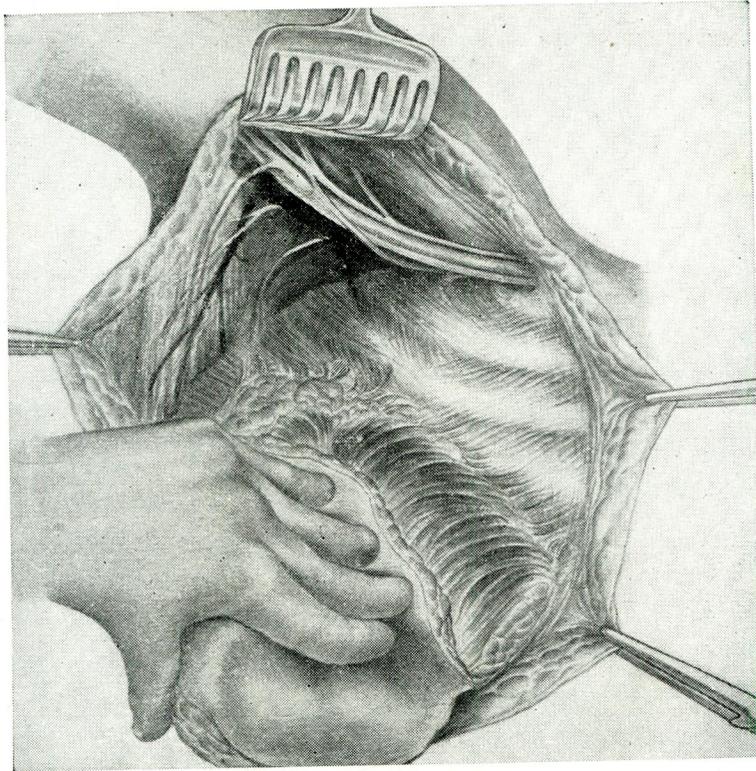


Fig. 13. — Técnica da mastectomia radical. — Esvaziamento célula-
-linfático da axila e da fossa infra-clavicular. — Os nervos do músculo
grande dorsal e do grande denteado, assim como os vasos sub-escapulares
foram poupados. — Exposição das inserções costais dos músculos grande
e pequeno peitorais.

TABELA II
HALSTED

Resultados de mais de 5 anos (116 casos).

Metástases Axilares	Sobrevida s/recidiva	Desapareci- mento	Recidiva	Morte por outra causa	Resultados	
					Rel.	Abs.
Não: 25	18	5	1	1	94,7%	72,0%
Sim: 91	33	25	30	3	52,3%	36,2%
TOTAL: 116	51	30	31	4	62,1%	43,9%

Os casos tratados até Abril de 1939 foram submetidos unicamente à intervenção cirúrgica; alguns foram irradiados após a operação.

De 1939 em diante, foi feito o tratamento postoperatório com propionato de testosterona.

4) *Amputação inter-escápulo-mamo-torácica* — Os dados de câncer mamário primários ou secundários (recidivas), considerados como estádios 3 e 4 de nossa classificação, são ainda operáveis pela amputação inter-escápulo-mamo-torácica. Esta operação consiste nos casos de tumor primário, na amputação completa do membro superior, incluindo a mama e os músculos peitorais. Dessa maneira é retirada a totalidade da região axilar com seu conteúdo. Nos casos de tumor secundário, isto é, quando se trata de uma recidiva axilar, em que a mastectomia já havia sido praticada, a operação se limita a uma am-

putação inter-escápulo-torácica. No estágio 4, isto é, quando existem gânglios móveis na região supra clavicular, durante o ato cirúrgico, procede-se ao esvaziamento da mesma. A cobertura da enorme perda da substância torácica é feita por meio de retalho cutâneo, obtido da região deltoidea-

em pacientes que já apresentam as consequências de tumor fixo na axila, isto é, dores e edema do membro correspondente, com impotência funcional quase completa.

Apenas uma morte se deu em consequência desta operação, o que representa

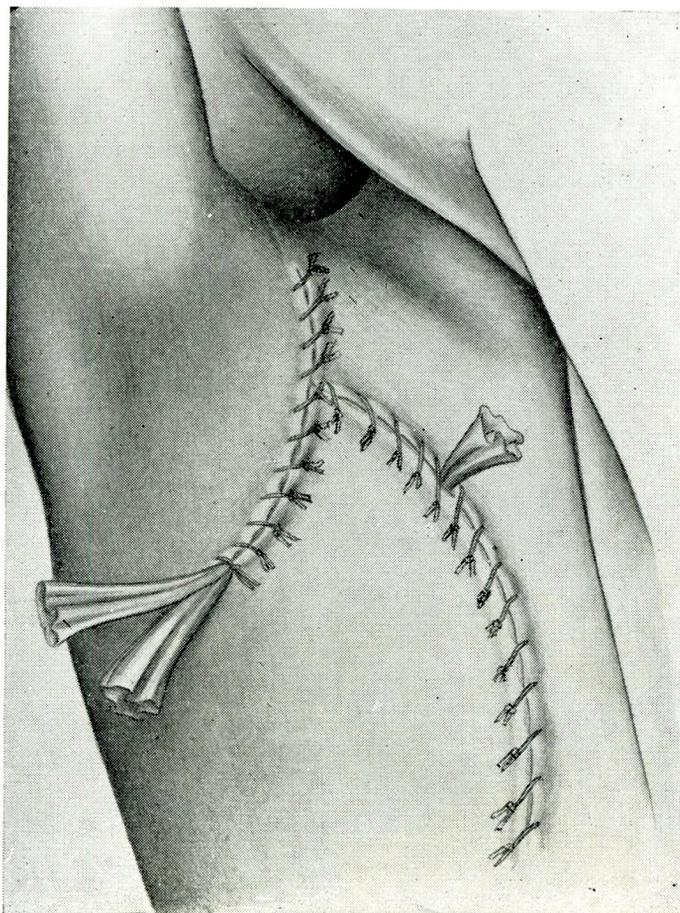


Fig. 14. — Técnica da mastectomia radical. — Linha de sutura e drenagem.

na correspondente, como se poderá apreciar nas figuras 18, 19 e 20.

Esta intervenção, num período de 14 anos (1933-1947), foi por nós realizada apenas doze vezes. Isso se explica, pois, não se submetem os pacientes facilmente a operação tão mutilante. É preciso convir, todavia, que essa mutilação é sempre feita

9% de mortalidade operatória. Dos 12 casos operados, 8 estavam no estágio III, 3 no estágio IV e 1 era inoperável, pois, apresentava metástases distantes. Justificou-se esta intervenção em caso inoperável, porque se tratava de paciente que já havia sofrido mastectomia radical de ambos os lados e apresentava uma recidiva do lado

esquerdo, formando enorme bloco na axila e na fossa supra claviclar correspondentes. Como consequência, havia não só elefantíase do membro superior, como também dores fulgurantes por compressão do plexo braquial. Essa paciente apresentava também metástases pulmonares. Como as dores não cediam mais com o uso de entorpecentes, foi resolvida a intervenção que realmente libertou a paciente de seus padecimentos, dando-lhe sobrevida de 9 meses, em condições satisfatórias.

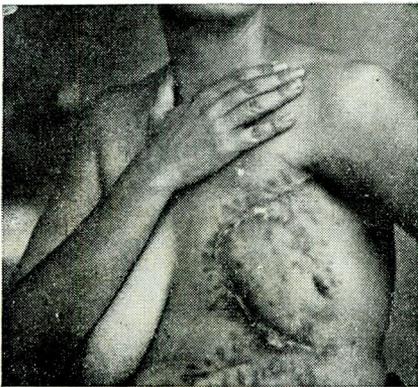


Fig. 15. — Transplante pediculado de pele abdominal recobrendo uma perda de substância conseguinte a larga exérese cutânea, na mastectomia radical.

Os resultados obtidos em 8 operadas, há mais de 5 anos, podem ser avaliados na seguinte tabela :

Amputação inter-escápulo-mamotorácica

Resultados de mais de 5 anos (8 casos).

N.º de casos	Sobrevidas / recidiva	Desaparecimento	Recidiva	Resultados	
				Rel.	Abs.
8	3	1	4	50%	37,5%

Desejamos consignar que um de nossos casos, operado em 1933, sobreviveu 9 anos, vindo a falecer, em 1942, de afecção do aparelho circulatório.

5) *Esvaziamento ganglionar supra claviclar* — Esta intervenção pode ser feita a título complementar durante a própria operação de Halsted, nos casos em estágio IV. Apesar dos aperfeiçoamentos técnicos, permitindo uma operação em monobloco, os resultados têm sido desanimadores. Apenas uma vês tivemos a oportunidade de realizar mastectomia radical ampliada pelo esvaziamento supra claviclar, sendo que a paciente faleceu 2 meses depois com metástases mediastinais.

O esvaziamento supraclaviclar, feito como operação autônoma nos casos já mastectomizados e com metástases supraclaviculares (estádio 4), também não tem proporcionado resultados muito animadores. Realizamos o esvaziamento supraclaviclar até 1940. De 31 casos, apenas em um tivemos compensações, ficando o mesmo livre de recidiva durante 6 anos, assim mesmo, depois de radioterapia intensiva.

Os resultados de outros autores confirmam esta asserção.

Considerando tais fatos, a partir de 1940 abandonamos completamente este tipo de intervenção ; passámos a enviar os doentes para radioterapia, instituindo além, tratamento hormonal pela testosterona.

Também o emprego de outras técnicas usadas para tratamento de recidivas, principalmente axilares, não mais se justifica. A ressecção dos vasos axilares, que torna possível a extirpação dos tumores metastáticos fixos da axila, dá máus resultados, quando não acarretá gangrena do membro. A ressecção dos vasos foi feita 3 vês em nosso Serviço, não oferecendo resultado favorável. A única doente teve sobrevida de 14 meses.

Eletro-cirurgia

As vantagens do emprêgo do bisturi elétrico na cirurgia do câncer da mama tem sido amplamente divulgadas entre nós por KROEFF. Queremos apenas consignar al-

guns fatos que nos parecem merecer a atenção.

Os aparelhos idealizados por FRANZ KEYSER (Sanitas e Siemens) ofereciam realmente uma garantia absoluta, permitindo incisões livres de coagulação, o que, na mastectomia, é fundamental. Verificamos, a princípio, trabalhando com esses aparelhos ainda novos, evolução postoperatória muito boa, com cicatrização rápida. Com o decorrer do tempo esses aparelhos foram entregues para consertos a técnicos nacionais. Em consequência nunca mais pudemos obter incisões inteiramente livres

de valor em certos casos adiantados e em determinados tipos de recidiva de câncer da mama. Os tumores fixos aos planos profundos com extensa invasão da pele, principalmente quando ulcerados, justificam ainda exérese por meio do bisturi elétrico, após coagulação maciça das lesões, desde que as metástases regionais não constituam, por si só, contra-indicações operatórias.

As recidivas locais e as esternais são tratadas pelo método de KEYSER, denominado centrífugo, com mais vantagens para os pacientes. A recidiva esternal, que

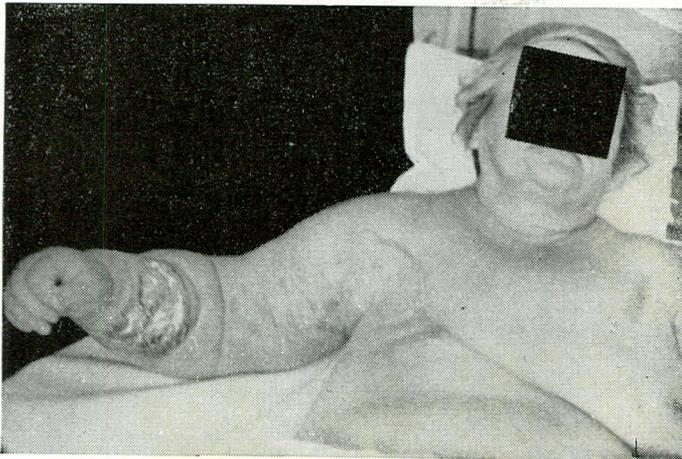


Fig. 16. — Bloco metastático fixo na axila com elefantíase do membro correspondente e propagação neoplásica ao antebraço. — Estádio V.

de coagulação. A tal ponto nos pareceu prejudicial a coagulação provocada pelo bisturi elétrico que praticamos atualmente a incisão da pele por meio do bisturi comum.

Nos casos de carcinomas iniciais da glândula mamária as vantagens da eletrocirurgia se limitam ao bloqueio de pequenos vasos, reduzindo a hemorragia e evitando até certo ponto o choque operatório, pois, não há perigo de enxerto de células neoplásicas em tecido são.

A nosso ver, a eletrocirurgia, como foi preconizada por KEYSER, é de gran-

surge habitualmente ao nível do manúbrio, só pode ser dominada desse modo. Desde que os princípios preconizados por KEYSER sejam respeitados, pode praticar-se plástica cutânea imediata, reparando-se assim as enormes perdas de substância consequentes à exérese eletrocirúrgica, evitando-se para o doente longo período de sofrimento durante os curativos do período postoperatório.

Usamos sistematicamente a eletrocirurgia nas operações do câncer da mama, tendo a devida cautela para não prejudicar

o processo de cicatrização com coagulações intempestivas.

Radioterapia

Apesar das inúmeras tentativas feitas para dominar o câncer da mama exclusivamente com radioterapia, o que se tem conseguido ainda está longe dos bons resultados colhidos com a cirurgia. Pode-se, pois, dizer que o tratamento do câncer da mama é principalmente cirúrgico. Isto não significa que a radioterapia deva ser inteiramente

de tempo nos casos primariamente operáveis; torna realmente ressecáveis certos tumores de propagação local predominante, sem oferecer todavia possibilidades de cura clínica.

Fica, pois, a radioterapia preoperatória limitada aos casos inoperáveis, nos quais, a própria mastectomia tem finalidade puramente paliativa.

2) A radioterapia postoperatória será possivelmente vantajosa nos casos cujo exa-

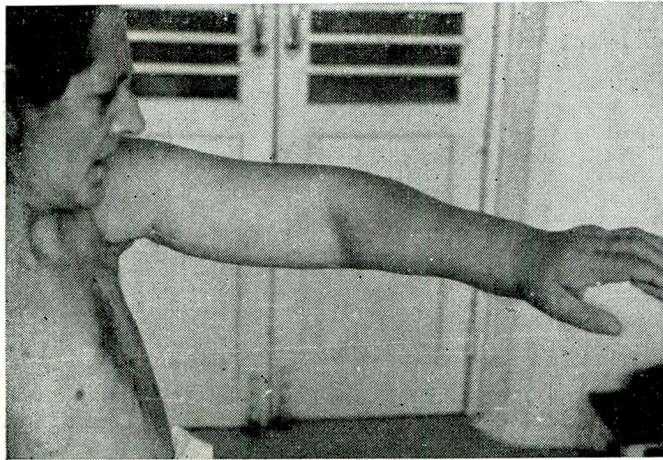


Fig. 17. — Recidiva e bloco metastático fixo na axila. — Edema do membro superior.

ramente afastada de nossas cogitações, mas sim, que não deve ser aceita como método de rotina.

Entrar na apreciação das estatísticas comparativas apresentadas pelos diferentes autores que pretendem apurar o valor da radioterapia como método complementar, agrupando, de um lado, casos tratados exclusivamente pela cirurgia e, de outro, casos irradiados pré ou postoperatóriamente, seria alongar demasiadamente a exposição.

Nosso ponto de vista à respeito da radioterapia pode ser resumido em poucas palavras:

1) A radioterapia pré-operatória não encontra justificação, pois, significa perda

me histológico mostra tumores de provável rádio-sensibilidade. Os carcinomas altamente anaplásicos, principalmente os de grau 4, devem ser irradiados após a operação. Certos tumores de malignidade mais baixa, frequentemente também mostram-se radiosensíveis. Os tumores ricos em células (medulares) apresentam maior sensibilidade que os esquirrosos. Já foi dito que o cisto carcinoma papilífero é especialmente sensível às radiações, permitindo mesmo orientação cirúrgica mais conservadora.

3) A radioterapia nos casos inoperáveis adquire importância excepcional, proporcionando muitas vezes grande alívio aos doentes incuráveis. Temos observado

frequentemente a regressão de grandes massas tumorosas na mama, axila e mesmo fossa supra-clavicular, diminuindo os fenômenos de compressão. A irradiação direta das metástases ósseas dá resultado pouco compensador, havendo, quando muito, certa ação analgésica.

4) A castração radiológica tem sido feita em casos inoperáveis, observando-se principalmente regressão de metástases ósseas. Os princípios sobre os quais se baseia essa orientação, são os mesmos, invocados na castração cirúrgica. Voltaremos à questão quando tratarmos da hormonoterapia.

Os resultados observados por nós com o emprêgo exclusivo da castração radiológica não eram muito convincentes. Últimamente, associando a êste método o hormônio masculino, obtivemos resultados plenamente compensadores.

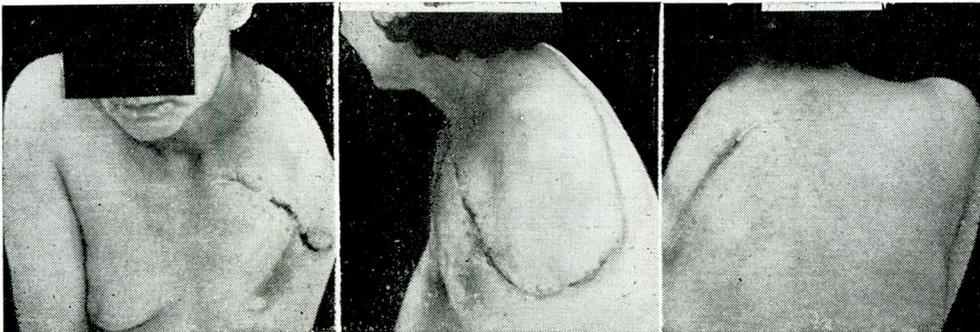
Hormonoterapia — A relação entre as glândulas endócrinas e o câncer da mama está hoje plenamente demonstrada, tanto

O tratamento hormonal do câncer da mama foi precedido de muitos anos pela castração cirúrgica (Shzinge — 1889). Mais tarde, deu-se início à castração radiológica, o que teve grande preferência por evitar a laparotomia.

Os resultados da castração foram condensados recentemente no trabalho de Adair e colaboradores (6). Êsses autores referem 181 casos de câncer da mama com metástases ósseas. Obtiveram resultado apreciável, em 15% dos casos, sendo que 5 pacientes tiveram sobrevida superior a 5 anos. Julgam que a castração no câncer da mama traz melhorias que duram aproximadamente 2 anos, para cerca de 15% dos casos.

Em 1939, baseados nos estudos experimentais de Lacassagne (7), alguns autores começaram a empregar a testosterona no tratamento do câncer da mama.

Loeser (7) e Ulrich (8) limitaram seu uso aos casos inoperáveis, enquanto que



Figs. 18 - 19 - 20. — Resultado obtido com a amputação inter-escápulo-mamo-torácica. — Pode-se apreciar o retalho cutâneo empregado na reparação da grande perda de substância torácica.

por trabalhos experimentais, como pela clínica.

Lacassagne em 1933 (5), baseado no antagonismo existente entre os dois hormônios sexuais, conseguiu, pela primeira vez, por meio da testosterona, impedir a formação do câncer mamário foliculínico do rato.

nós o estendemos como medida profilática postoperatória.

Os resultados publicados desde então, tanto por nós (9) como por Farrow e Woodard (10), Fels (11) e Adair (12), mostram que estamos diante de agente terapêutico de indiscutível valor no tratamento do câncer mamário. Nos últimos 8 anos, tive-

mos oportunidade de empregar o propionato de testosterona como tratamento post-operatório em 141 casos de câncer mamário, na mulher. Usámos quase exclusivamente injeções dessa substância; apenas em três casos, pastilhas (pellets) no decorrer do próprio ato cirúrgico.

Desses 141 casos, todos no estágio I e II, 39 foram operados há mais de 5 anos; foram submetidos à operação de Halsted, exceto um, que sofreu mastectomia plástica.

Os resultados obtidos podem ser resumidos nas seguintes tabelas a serem apresentadas ao "4.º Congresso Internacional de Pesquisas sobre Câncer".

TABELA I

— Sobrevida de 5 anos —

Pacientes operadas em estágio clínico I e II e tratadas post-operatóriamente com propionato de testosterona.

Tempo decor. da oper.	N.º oper.	N.º de doentes acomp.	Recid.	Mortes	Sobr. s/rec.	Result.	
						rel.	abs.
5 - 6 anos	14	12	2	2	10	83,3	71,4
6 - 7	11	8	2	1	6	62,5	54,5
7 - 8	14	11	3	3	8	72,7	57,1
TOTAL	39	31	7	6	24	77,4	61,5

TABELA II

— Sobrevida de 5 anos —

Resultados com e sem propionato de testosterona. Pacientes em estágio clínico I e II.

Testosterona	Período	Doentes	N.º de doentes acomp.	Recid.	Sobrevida s/recid.	Resultado	
						Rel.	Abs.
Não	1932-1939	64	45	25	30	44,4	31,2
Sim	1939-1942	39	31	7	24	77,4	61,5

TABELA III

— Sobrevida de 5 anos —

Resultados post-operatório com propionato de testosterona. Pacientes com e sem metástases axilares.

Metástases axilares	N.º paciente	N.º de doentes acomp.	Recidiva	Sobrevida s/recidiva	Resultado	
					rel.	abs.
Não	10	9	—	9	100,0	90,0
Sim	29	22	7	15	68,1	51,7

TABELA IV

— Sobrevida de 5 anos —

Pacientes classificadas pelo grau de malignidade histológica.

Malign. histól.	N.º paciente	N.º de doentes acomp.	Recidiva	Sobrevida s/recidiva	Resultados	
					Rel.	Abs.
I	3	3	—	3	100,0	100,0
II	7	6	6	6	100,0	85,7
III	24	17	3	14	82,9	58,3
IV	5	5	4	1	25,0	20,0
TOTAL	39	31	7	24	77,4	61,5

Apesar dos bons resultados obtidos, desejamos consignar alguns casos máus, nos quais a testosterona foi inteiramente ineficaz, senão prejudicial. Em 2 casos observámos, apesar das altas doses empregadas e dos fenômenos de virilização, que traduziam os efeitos da droga, recidiva violenta com metástases viscerais múltiplas (pulmões, fígado e cérebro) depois de 3 meses, num caso, e, 1 ano e meio, no outro.

Não encontrando explicação plausível para essa evolução paradoxal, não podemos deixar de registá-la, na esperança de poder ser de alguma utilidade mais tarde,

na interpretação das reações causadas pela hormonoterapia.

Nos casos inoperáveis, primários ou secundários, os efeitos benéficos do tratamento testosterônico foram, em nossos casos, plenamente satisfatórios, principalmente com o uso de grandes doses.

Foram assim tratadas em meu Serviço, desde 1939, 40 doentes inoperáveis. No começo, usando em 22 casos doses relativamente pequenas (70 mgrm. por semana, os resultados foram medíocres. Observamos alívio das dores, mas nunca pôde ser verificada modificação apreciável do próprio tumor ou de suas metástases.

Nos últimos 18 casos, entretanto, passamos a usar doses muito maiores (25 a 50 mgrs. por dia), por período de 3 a 6 meses, perfazendo uma dose total de 2.250 a 9.000 mgrs. Desde então pudemos observar resultados extraordinários. O desaparecimento das dores é por vezes espetacular, dando-se logo nas primeiras semanas de tratamento; o uso de entorpecentes pode ser abolido; algumas pacientes, que estavam acamadas, há vários meses, passaram a locomover-se. As metástases ósseas modificam-se, havendo em grande número de casos, reparação completa das lesões ósseas após 3 ou 4 meses de tratamento. Em 3 casos de câncer primário inoperável, notou-se influência da testosteorina sobre o tumor primitivo. Em 2 desses casos houve apenas melhora, mas no 3.^o desapareceu inteiramente o tumor da mama, cicatrizando uma grande ulceração existente sobre um bloco axilar metastático. Em metástases pulmonares observam-se apenas melhoras passageiras, o mesmo podendo dizer-se à respeito das metástases hepáticas. Entretanto, recentemente, num caso com metástase hepática, tivemos oportunidade de observar a redução do órgão e o desaparecimento da icterícia.

O maior inconveniente no tratamento pela testosterona são os efeitos secundários que produz na mulher.

Os fenômenos de virilização que se observam sempre em maior ou menor grau, dificultam enormemente o tratamento; negam-se algumas doentes a continuar tomando testosterona. Entretanto, a nosso vêr, esse fenômeno, apesar de desagradáveis, dada a gravidade da doença, têm apenas importância secundária.

Os fenômenos de virilização variam de intensidade nas diferentes doentes de acordo com o tipo de cada uma. As que já apresentam certos característicos masculinos reagem muito mais intensamente ao hormônio.

Há um grande interesse em estabelecerem-se as doses exatas de propionato de testosterona nos diferentes casos de câncer mamário.

No tratamento postoperatório empregávamos a princípio o hormônio, durante anos sem interrupção. Na primeira série de casos por nós publicados (9), o critério seguido foi este. Mais tarde, baseados na experiência adquirida com o tratamento dos casos inoperáveis, nos quais os resultados são evidentes após 3 ou 4 meses, modificamos nossa orientação. Atualmente administramos 10 mgrs, por dia nos graus 1 e 2 de malignidade, e 25 mgrs. nos casos 3 e 4, durante 4 meses. Interrompemos por 4 meses o tratamento para recomençar nova série, idêntica à primeira. Esse é o critério para o primeiro ano. Nos anos seguintes, fazemos apenas uma série de 4 meses.

Tendo observado que os característicos masculinos adquiridos pelo tratamento não são definitivos, parece-nos que com o critério atualmente adotado, os fenômenos de virilização são até certo ponto reduzidos.

De uma maneira geral estas doses são, por assim dizer, básicas. De acordo com as características de cada caso, podem variar.

Ao terminar, desejamos chamar a atenção para as fracas doses de testosterona que têm sido empregadas entre nós, no tra-

tamento do câncer mamário. A nosso vêr esse critério é prejudicial, não só para os doentes, como também para o método terapêutico que, sob bôa orientação, tem dado resultados extremamente animadores.

Conclusões :

1) O tratamento do câncer da mama deve ser atualmente orientado de acôrdo com os progressos feitos, tanto na técnica cirúrgica como na patologia, radioterapia e hormonologia.

2) Os tumores limitados à glândula mamária, que histològicamente apenas fazem suspeitar de malignidade e os de grau I, podem ser operados pela mastectomia simples com exérese da aponevrose peitoral.

3) Êsses mesmos tumores, em mulheres jovens, justificam a mastectomia plástica.

4) A mastectomia radical de Halsted deve ser aplicada em casos no estágio I e II (com gráus de malignidade histològica 2-3-4.).

5) Quando existe um bloco tumeroso fixo na axila (estádio 3), mesmo quando acompanhado de gânglios móveis na fossa supra-clavicular (estádio 4), em casos primários ou secundário, a operação indicada é a amputação inter-escápulo-mamo-torácica.

6) O esvaziamento ganglionar supra-clavicular assim como a ressecção dos vasos axilares, em casos de tumor metastático fixo da axila, devem ser evitados, por não fornecerem resultado compensador.

7) O bisturi elétrico oferece grandes vantagens nas operações do câncer da mama, desde que não permaneçam tecidos coagulados, prejudiciais à cicatrização.

8) A eletro-cirurgia, pelo método centrífugo de KEYSER, facilita a exérese das recidivas, permitindo a extirpação das metástases esternais.

9) A radioterapia encontra indicação máxima como método complementar post-

operatório nos tumores muito indiferenciados (gráu 4), nos medulares e no cisto-carcinoma papilífero. Nos casos inoperáveis, melhora as condições locais, aliviando dôres e prolongando a vida da doente.

10) A castração radiològica é método de aplicação simples, indicado nos casos adiantados, com metástases ósseas.

11) Os resultados obtidos, empregando-se o propionato de testosterona depois da mastectomia, em casos de câncer mamário no estágio I e II, são muito superiores aos obtidos unicamente com a mastectomia radical.

12) Os casos inoperáveis apresentam melhoras extraordinárias com o emprêgo de altas doses de propionato de testosterona.

13) É de tôda relevância o uso sistêmico de altas doses de propionato de testosterona no tratamento do câncer mamário.

Conclusions

1) *The treatment of breast cancer must be done actually according to the improvements of surgery, pathology, radiotherapy and hormonology.*

2) *Tumors localized in the mammary gland, which are histologically either suspected of malignancy or belonging to grade I, can be submitted to a simple mastectomy.*

3) *These same tumors, in young patients, justify a plastic mastectomy.*

4) *The radical mastectomy is indicated in stage I and II, with grades 2-3-4 of histologic malignancy.*

5) *Cases presenting obstructing axillary metastases (stage 3) even when movable supraclavicular nodes can be felt (stage 4), either primary tumors or secondary, are to be operated upon by the inter-scapulomastothoracic amputation.*

6) *The dissection of the supraclavicular fossa and the resection of the axillary vessels, in cases of obstructive axillary metastases, must be avoided, because no improvements can be expected from these operations.*

7) *The electric knife offers great advantages in breast cancer operations, but one must take care of the remaining coagulated tissues, which upsets the healing.*

8) *Electro-surgery by the centrifugal method of KEYSER facilitates the excision of local recurrences, allowing the excision of external metastases.*

9) *Radiotherapy is indicated above all as complementary postoperative treatment in very anaplastic tumors (grade 4), in medullar ones and in papillary cistic carcinoma. Some improvements are obtained in inoperable cases, diminishing pain and increasing survival rate.*

10) *The X-ray castration is indicated in advanced cases, presenting bone metastases.*

11) *The 5 years results obtained through testosterone propionate after mastec-*

tomy, in operable breast cancer cases, are much better than those by operation alone.

12) *Inoperable cases obtained extraordinary and gratifying improvements with the use of large doses testosterone propionate.*

13) *The importance of high dosages of testosterone propionate in the treatment of breast cancer must be emphasized.*

BIBLIOGRAFIA

- 1) Handley, Sampson, Operation in the breast. In "Modern Operative Surgery" Edited by W.M. Carson Cassell and Co Ltd. London, 1927.
- 2) Adair, F.E. West. Journal Surg. Obst. and Gynec. 1940, 48: 645-652.
- 3) Geschickter, Charles F. Diseases of the Breast-Philadelphia J.B. Lippincott Co, 1943.
- 4) Prudente, Antonio — Arq. Cir. clin. exp. — S. Paulo, 1939, 3: 312-322.
- 5) Lacassagne, A. — Bull. Ass. fr. cancer, 1938, 27: 96-116.
- 6) Adair, F.E., Treves, N. Farron, J.H. and Scharnagel, I.M. — J.A.M.A. 1945, 128: 161-171.
- 7) Loeser, A.A. — Acta Unio Intern. Cancr. Brux., 1939, 4: 375-376.
- 8) Ulrich, P. Acta Unio Intern. Cancr. Brux. 1939, 4: 377-380.
- 9) Prudente, A. — Surg. Gynec. Obst. 1945, 80: 575-592.
- 10) Farrow, J.H., and Woodard, H.Q. — J. A. M. A. 1942, 118: 339-343.
- 11) Fels, E. — Clin. Endocr. 1944, 4: 121-125.
- 12) Adair, F. E. — Surg. Gynec. Obst. 1947, 84: 719-722.

DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DAS AMÍGDALAS

Gonzalez Martinez chama em seu artigo publicado na Revista Portorriquenha de Combate ao Câncer, atenção para os sinais iniciais do câncer da amígdala. Julga particularmente difícil de ser reconhecido de princípio, o tumor intracriptico.

A biópsia só deve ser feita quando é possível iniciar logo após, a terapêutica pe-

lo rádio ou pelo Raio X. Aconselha sempre a biópsia com a alça do bisturi eletrotérmico, biópsia que deve retirar tecido são e doente, porém não grande retirada de material. Contraindica o tratamento cirúrgico e tem como ideal a radioterapia, que deve ser praticada mesmo nos casos sugestivos de câncer, embora com biópsia negativa.

CÂNCER E GRAVIDEZ

SARCOMA DA PAREDE ABDOMINAL COM VÁRIAS RECIDIVAS LIGADAS A GESTAÇÕES

MÁRIO KROEFF*

A relação câncer-gravidez é assunto de atualidade em cancerologia. Até hoje é discutido se a prenhez modifica ou não a marcha das neoplasias. Há quem



Fig. n.º 1 — Grande tumor da parede abdominal (sarcoma), recidivado sobre cicatriz operatória.

É a primeira recidiva do caso e ligada a gravidez, sendo que o aparecimento do tumor primitivo também coincidiu com gravidez anterior.

negue a influência, achando que o câncer segue sua evolução, como fóra do ciclo gravido-puerperal, enquanto outros sustentam que uma gravidez intercorrente pôde

abrandar ou retardar o crescimento dos tumores malignos. A maioria dos autores, entretanto, afirma que a prenhez agrava a evolução do câncer em geral e especialmente do genital.

Wertheim e outros negam qualquer ação nociva; *Doederlein*, *Bar*, *Ewing* e muitos mais, acreditam na agravação do câncer pela gestação. Parece que a discordância, existente inicialmente na literatura médica, era resultante de simples impressão clínica. Hoje, graças à observação mais concreta dos fatos clínicos e aos estudos realizados com o câncer experimental em animais de laboratório e principalmente à prova da terapêutica hormonal recentemente introduzida na medicina, a tendência é para admitir estreita relação entre a função sexual e o câncer.

O caso descrito no presente trabalho mostra claramente a influência da gravidez na evolução do câncer. A manifestação inicial do sarcoma da parede abdominal surgiu com a primeira gestação da doente. Após o tratamento, houve várias recidivas (cinco) no prazo de alguns anos, todas consecutivas a outros tantos estados de gravidez.

Êsse e alguns casos mais, observados no Serviço Nacional de Câncer, deram-nos a impressão de que a gravidez tem influência sobre o câncer e na maioria das vezes, agrava sua evolução.

Provas da experimentação. Os elementos de prova, oriundos da experimentação em laboratório, datam de poucos anos e com êles não contavam os autores de algumas décadas atrás. O extraordinário progresso, havido ultimamente no terreno

* Diretor do Serviço Nacional de Câncer.

da experimentação com animais, trouxe provas concludentes sobre a relação existente entre os hormônios sexuais e o câncer. O efeito biológico dos hormônios sexuais chegou até a levantar questões atinentes à participação endócrina na gênese do câncer. Os estudos orientaram-se principalmente no sentido de averiguar a relação entre a etiologia do câncer e o metabolismo hormonal nos animais e no gênero humano; se um desequilíbrio hormonal ou um bloqueio glandular pode ter alguma influência na evolução do câncer; se esse desequilíbrio pode ser aproveitado no tratamento da doença. Há uma série de estudos nesse sentido, uns laboratoriais, outros clínicos. Em revisão sumarái, veremos os mais importantes.

Herança. Os estudos mais interessantes nesse terreno foram feitos em laboratório por *Slye, Little e Lynch*, que por cruzamento consanguíneo de ratos, conseguiram obter raças puras desses animais, cromosomicamente idênticos, nas quais o câncer mamário espontâneo nas fêmeas se desenvolve em alta percentagem (mais de 90%) e outras, de linhagem quase refratária ou com baixa susceptibilidade, onde a ocorrência da doença é nula.

A susceptibilidade ao câncer mamário torna-se assim francamente hereditária e as altas percentagens positivas ou negativas mantem-se constantes, desde que as raças respectivas se conservem puras. Todavia, as experiências de *Bittner* vieram abalar em parte esse conceito. Tomando o referido autor, ratinhos nascidos de mães do grupo altamente susceptível, amamentou-os logo ao nascer, com leite de animais pertencentes à linhagem quase refratária. Nos animais assim criados, passou-se a observar baixa ocorrência do câncer, apesar de sua predisposição hereditária.

Repetiu a experiência em sentido inverso. Alimentou filhotes da raça de baixa incidência com leite de fêmeas perten-

centes à estirpe altamente predisposta e obteve um aumento de aproximadamente 15%.

Esta experiência da mais alta importância levou os autores a admitir a existência de "um fator extra-cromossômico". Era o "princípio do leite", transmitido pela nutriz. Ficou assim estabelecido que a transmissão da susceptibilidade ao câncer mamário entre os ratos, depende de dois fatores: um herdado e outro transmitido pelo leite da nutriz. Hoje, pôde-se



Fig. n.º 2 — Caso anterior. Gravidez a termo.

Lesão cicatrizada, vendo-se na parede do abdome os sinais dos três pontos de sustentação, feitos para evitar eventração.

explicar este fato, alegando que o câncer espontâneo da mama nos ratos é causado por substâncias da secreção ovariana descarregadas de modo rítmico, sob a influência da hipófise, nos animais perdidos à doença, por herança, ou amamentação.

Pessoalmente quer nos parecer que o leite deva ser veículo de transmissão dos hormônios hipofisários, estimulantes ou inibitórios, sempre provenientes da nutriz.

Não será o caso de desaconselhar a amamentação por parte de mulheres portadoras de lesões mamárias, ou que sofreram a mastectomia unilateral, ou mesmo por parte das que são predispostas ao câncer por pertencerem a famílias, onde foram frequentes os casos da doença?

Enxertos ovarianos. De outro lado, ainda nessa ordem de estudos laboratoriais, uma das mais importantes noções adquiridas recentemente refere-se à participação das glândulas de secreção interna na etio-



Fig. n.º 3 — Segunda recidiva do tumor, correspondendo à terceira gestação da doente.

logia e evolução do câncer. *Lantrop, Loeb e Cori* estudaram o efeito da remoção dos ovários em ratas pertencentes ao grupo de alta susceptibilidade ao câncer. A ooforectomia, quando realizada em animais jovens, reduz ou evita o aparecimento do câncer genital.

Se é verdade que a castração com a consequente perda de secreção hormonal, inibe o aparecimento do câncer da mama nas ratas susceptíveis, *Murray* comprovou esse fato com experiência oposta, praticando transplante de tecido ovariano para animais machos, castrados e pertencentes

à raça de alta ocorrência. O câncer mamário apareceu nesses animais machos, castrados e enxertados com tecido ovariano.

Enxertos hipofisários. Vários outros estudos foram realizados no sentido de demonstrar que a função ovariana se acha sob a dependência da hipófise (lóbulo anterior). Verificou-se primeiramente que com a ablação da pituitária, o ovário se atrofia e que, ao contrário, com enxerto de fragmentos de hipófise em animais da mesma família, o ovário entra em excessiva atividade. Seguindo essa mesma ordem de idéias, enxertaram-se fragmentos de lóbulo anterior da hipófise em ratas fêmeas de raças altamente susceptíveis. O aparecimento do câncer mamário foi ainda mais frequente e mais precoce do que entre os animais testemunhas.

A prova contrária, isto é, ablação da pituitária em ratas adultas sujeitas ao câncer, deu em resultado a atrofia das mamas.

Etrogênios. Com a descoberta dos princípios ativos do tecido ovariano isolados por *Doisy, Thayer e Van Bruggen*, sob forma pura (estrona, estriol e estradiol), iniciou-se outra ordem de estudos. Procurou-se desde logo tratar com eles ratos machos pertencentes ao grupo dos susceptíveis, isto é, cujas fêmeas apresentavam o câncer em alta percentagem. Foi a célebre experiência de *Lacassagne* que obteve êxito extraordinário em ratos machos. Daí uma série de estudos e publicações mostraram o efeito de injeções de hormônio feminino, em sua nova forma quimicamente pura, sobre a estrutura do tecido mamário de ratas, de uma e outra raça, refratária ou não.

Os trabalhos de *Taylor* mostraram entretanto, que o tecido mamário reage diferentemente, conforme se trate de animais de alta ou baixa incidência cance-

rosa. Nas de alta incidência, há alterações da estrutura mamária, ao passo que o mesmo não se dá com as de baixa incidência.

A evidência do efeito da função ovariana na gênese do câncer mamário levou os experimentadores a estudar a ação inversa, isto é, a inibição da função ovariana de ratas fêmeas, pelo antagonismo ou neutralização hormonal, isto é, pela administração de testosterona. Os resultados obtidos nesse sentido por *Lacassagne, Andervont, Nathanson* só alcançaram êxito parcial pouco demonstrativo.

Ainda nessa ordem de idéias, são dignos de nota os estudos realizados por vários autores, sobre a estrutura química dos hormônios sexuais.

A molécula dos esteróis, que entram na composição desses hormônios, apresenta certa semelhança de ordem química com os hidrocarbonetos do grupo fenantreno, donde derivam substâncias cancerígenas da mais alta atividade e obtidas maior parte, dos destilados do alcatrão, com as quais se provoca facilmente o câncer artificial nos animais de laboratório.

Castração masculina. A castração, introduzida na prática médica recentemente como meio de tratamento do câncer da próstata, veio ajuntar novos fatos comprobatórios da influência dos hormônios sexuais na gênese do câncer. Em estudos recentes sobre o tratamento da hipertrofia benigna da próstata no homem, *Huggins* trouxe à patologia essa valiosa contribuição, baseando-se nos trabalhos anteriores de *White* e *Cabot* que tinham demonstrado que a castração no homem provocava diminuição da hipertrofia benigna da próstata. *Huggins* e *Clark* por meio de engenhosa técnica experimental isolaram em cães a próstata da bexiga, a fim de poder recolher separadamente a secreção prostática e medi-la à vontade. Nesses animais assim operados e castrados, a secreção prostática desaparecia. Com injeções

de hormônio masculino (propionato de testosterona), conseguiram manter essa secreção como normalmente, apesar da castração. Se, por acaso, diminuía a dose diária da testosterona (10 milgr.), a secreção prostática também decrescia. Se com a administração de substâncias andrógenas mantinham a secreção num ritmo constante, aplicando agora o hormônio feminino



Fig. n.º 4 — Grande úlcera rádio-necrótica, post-roentgenoterápica da lesão do caso da figura n.º 3.

(estilbestrol), faziam cair a zero a atividade secretora da próstata do animal. Se, por acaso, era diminuída a dose do hormônio feminino, então crescia e oscilava a secreção prostática, conforme a dose de substância estrogênica administrada fosse maior ou menor. Essas experiências provaram, de modo convincente, que a atividade do epitélio prostático se acha sob a ação dos esteróes dos hormônios sexuais. Depois, aplicada como meio terapêutico no homem, a castração deu, como resultado, uma baixa surpreendente da atividade do tecido prostático canceroso, não só primário como metastático. As melhores são flagrantes em relação não só à dor e ao volume do tumor primitivo, como quanto à regeneração óssea das metástases, conforme comprovação radiológica.

Não se pode, portanto, negar que os hormônios sexuais tenham positiva influência sobre a aceleração e retardamento da marcha do câncer da mama e da próstata.

Clinica. Todos êsses dados, obtidos em animais, levaram então os investigadores a estudar o papel das substâncias estrogênicas na etiologia do câncer no gênero hu-

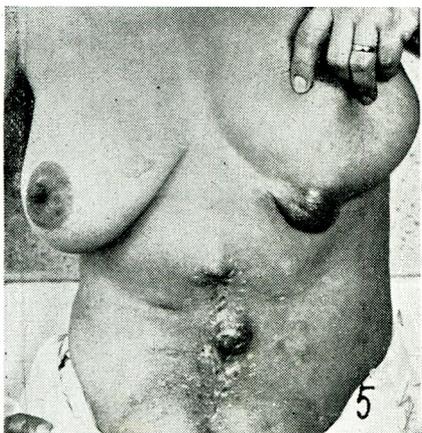


Fig. n.º 5 — Reprodução do tumor na cicatriz operatória e a distância no sulco costo-mamário. É a 3.ª recidiva e corresponde à 4.ª gravidez.

mano. O problema é interessante, porque na prática corrente se aplica frequentemente estrogênicos “*larga manu*”. As provas clínicas não são claras nêsse sentido, apesar de terem sido publicados alguns casos atribuídos ao uso continuado da foliculina (*Auchincloss e Hagensen*). Para que as condições na clínica se tornassem semelhantes às das experiências de laboratório, seriam necessárias doses maciças e prolongadas, verdadeiros bloqueios, tal como acontece nos pequenos animais submetidos a êsses estudos.

Câncer e gravidez. A influência do estado de gravidez na evolução do câncer, observada clinicamente, é às vêzes evidente e em outras mais discretas. A nosso vêr, deve agir desfavoravelmente, ora mais, ora menos.

Na mulher grávida, o estímulo hormonal é sempre franco. A hiperfoliculinemia forma estados de congestão e proliferação tecidual em vários setores da economia e principalmente na esfera dos órgãos genitais. Êsse fato, por si só, já pode constituir fator de oncogênese, onde houver terreno predisposto.

As mudanças cíclicas sofridas pelos ovários, útero, mamas e outros tecidos do organismo na época da menstruação, puberdade, menopausa, gravidez e latação, são exemplos típicos da íntima associação existente entre a atividade hormonal ovariana e a proliferação celular. A gravidez desperta reações em todos os órgãos da economia. Não só os ovários, mais também outras glândulas, hipófise, tireóide, supra-renais e mamas entram em atividade, provocando vários desvios do metabolismo feminino e criando condições favoráveis à multiplicação celular, princípio básico da cancerização. A gestação é o “*Climax of the female sex function*”, declara *Stern e Wilhelm*.

Sobre o carcinoma mamário, o efeito nefasto da gravidez intercorrente é bem conhecido por quem lida com êsses tumores. A ação é interpretada como aceleração do processo neoplásico pelos hormônios ovarianos e placentários. As observações de *Trout* são eloquentes. Entre 15 mulheres já operadas de carcinoma de uma das mamas e que vieram a engravidar posteriormente, 13 tiveram câncer na mama oposta. Dessas, 12 faleceram rapidamente.

Castração feminina. Dêsses fatos nasceu (*Schinziger* em 1889) a idéia da ooforectomia bilateral nos casos de carcinoma da mama, com ou sem mastectomia. Mais tarde, *Beaton* introduziu na Inglaterra a prática da castração cirúrgica, o que não tem beneficiado mais de 20% dos casos.

Wintz foi o primeiro a recomendar a castração pelas irradiações, como tratamento complementar à mastectomia, nos

casos de câncer da mama. *Anlbom* aplicou o método em larga escala no *Rádium-Hemmet* de Estocolmo. Os melhores resultados foram obtidos em pacientes com menos de 45 anos de idade.

Dresser fez observações semelhantes com a irradiação dos ovários, obtendo desaparecimento das dores e das metástases ósseas e pulmonares por espaço de 6 anos. Os resultados também foram melhores em mulheres jovens com menos de 45 anos, do que nas que já passaram a menopausa. Conclue que é meio paliativo, com eficácia apenas num terço dos casos tratados.

Grantley Taylor, em 1934, propoz a castração radiológica como rotina em todos os casos de carcinoma da mama, submetidos à mastectomia radical, tendo em vista garantir as doentes não só contra futura gravidez, mórmente nas mulheres jovens, como também contra o desenvolvimento de possíveis metástases. Considera a gravidez um grave acidente capaz de ativar a evolução do câncer. Se clinicamente as lesões metastáticas podem regredir com a castração, é lógico esperar-se que os focos mínimos, latentes, microscópicos, ainda em formação, desapareçam mais facilmente do que as lesões já constituídas. A castração é capaz de evitar ou retardar o aparecimento das metástases depois de mastectomia por câncer da mama. Sustenta que as doentes com câncer recidivante ou inoperável da mama podem beneficiar-se da castração radiológica.

Atualmente, a gravidez é considerada risco enorme para as operadas de câncer da mama, não só porque ativa a recidiva, como desperta ou estimula o desenvolvimento de uma lesão primária na glândula restante, (*Taylor — Trout — Wintz — Kilgare — Mac Williams*). Aconselha-se hoje a prática do abórto nos casos de câncer operável da mama, quando houver gravidez concomitante.

No Serviço Nacional de Câncer, pela observação dos casos que por ali passaram, temos clinicamente a impressão de que a gravidez intercorrente num caso de câncer lhe agrava a evolução. Estamos elaborando um trabalho nêsse sentido. Ocorre-nos no momento um caso de carcinoma de seio maxilar, aparentemente curado ou silencioso, que se desenvolveu rapidamente com um mês de gestação. Igualmente, um caso



Fig. n.º 6 — Cicatriz operatória das lesões anteriores (fig. 5).

de sarcoma ulcerado do ante-braço, cicatrizado pela roentgenterapia, agravou-se em poucos dias, em seguida à gravidez. Mais eloquente ainda o caso da presente observação cuja história vai aqui relatada. No espaço de 10 anos, teve 5 recidivas, ligadas a 5 concepções. A própria lesão primária, também surgiu por ocasião da primeira gravidez. No Serviço Nacional de Câncer, a castração em casos de lesões mamárias, trouxe melhoras acentuadas no estado geral dos doentes e nas metástases ósseas e cutâneas, não só em pacientes do sexo feminino, como masculino.

Os resultados favoráveis da hormoterapia cruzada em caso de câncer da mama são também incontestáveis. Pessoalmente, temos alguns casos de câncer mamário, nos quais observamos se não desaparecimento completo, ao menos a paralisação ou melhoras das metástases ósseas, cutâneas e até pulmonares, com injeções de testosterona em alta dose.

Antonio Prudente conseguiu aumentar de 80 a 100% sua percentagem de cura

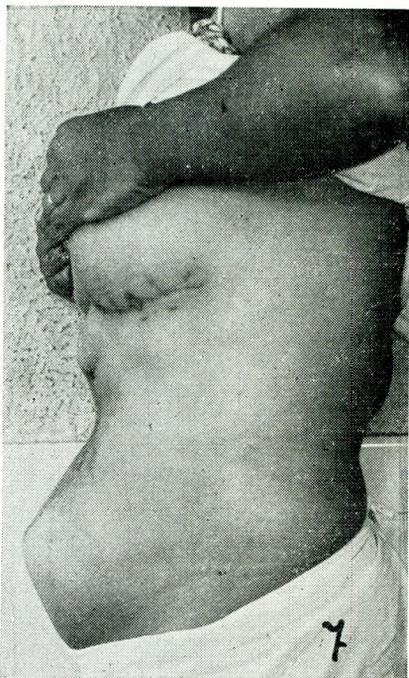


Fig. n.º 7 — Ventre deformado por larga perda de substância da parede. Gravidez adiantada.

no câncer da mama do primeiro grau, continuando por 4 a 5 anos, o tratamento hormonal cruzado depois da mastectomia.

Observação — I.R.L., branca, casada, tecelã, com 25 anos, matriculada em nosso Serviço em 30-9-938.

Histórico da doença. — A primeira manifestação da doença foi o aparecimento de um tumor, duro e indolor, do tamanho de uma avelã, no quadrante inferior esquerdo da parede anterior do ventre, a 5 centímetros aproximadamente da cicatriz umbilical. Êsse tumor surgiu em fevereiro de 1937, por ocasião de sua primeira gra-

videz. Devia estar nessa época com 4 meses de gestação. Sentindo dores sob a forma de fisgadas ao nível do pequeno nódulo, procurou o Dr. Mário Monteiro em Niteroi, que fez a extirpação cirúrgica do referido tumor, em julho de 1937, isto é, 2 meses depois do parto. Nada mais sentiu de anormal até junho de 1938, quando começou a notar a presença de pequeno nódulo numa das extremidades da cicatriz operatória. Achava-se grávida de 2 meses. Das dimensões de uma amêndoa, alcançou em 2 meses as proporções de uma laranja da Baía. (Figura I.) Há cerca de algumas semanas, romperam-se algumas veias das bordas do tumor, perdendo sangue em abundância. Procurou o Dr. Kroeff, que fez a hemostasia com a eletro-coagulação, aconselhando sua internação no Centro de Cancerologia. Emagreceu nestas últimas semanas cerca de 5 quilos. Na história progressa, refere um abscesso da parêde anterior do ventre, quando tinha um ano de idade, deixando como "reliquat" uma mancha côr de abóbora, exatamente no local onde se desenvolveu o tumor atual. Relata ainda ter sofrido traumatismos repetidos do nodulo antigo por uma das molas do tear em que trabalhava.

Exame Local. — À inspecção, nota-se na parede anterior do ventre, região umbelical, a existência de grande tumor de forma arredondada, do tamanho de uma cabeça de fêto, ulcerado na maior parte de sua superfície, de bordos mais ou menos regulares, fundo liso e recoberto de secreção séro-purulenta. Na porção não ulcerada do tumor, a pele apresenta coloração vermelho-arroxeadada e à esquerda dele uma cicatriz operatória transversal com dois centímetros de comprimento, de aspecto queloidiano. A cicatriz umbelical achase na borda inferior do tumor, quase irreconhecível e invadida pela infiltração.

À palpação, o tumor apresenta-se de consistência firme em tôda a sua extensão e móvel em todos os sentidos, mobilidade que se mantém na contração voluntária dos rétos abdominais. É doloroso sômente na periferia. Figura I.

Diagnóstico. — Blastoma da parede anterior do ventre. (Região umbelical) Fibro-mixo sarcoma.

Tratamento. — Operada em 13-10-938, sob anestesia local com novocaina a 1%. Após os necessários cuidados de antisepsia, procedeu-se, com eletródio chato, a coagulação de tôda a superfície ulcerada e infetada do tumor, afim de esterilizá-lo completamente. Em seguida, foi feita uma incisão a bisturi elétrico, em torno do pedículo do tumor, seccionando-se a pele e o tecido celular sub-cutâneo. Conseguindo um plano de clivagem entre o tumor e os planos aonevróticos, foi feito o descolamento do mesmo com o auxilio de uma te-

soura de Mayo fechada, coagulando-se ao mesmo tempo alguns vasos que sangraram. Extirpado assim completamente o tumor, com larga perda de substância, um descolamento subcutâneo de 3 cm. de extensão permitiu a aproximação dos bordos da ferida por sutura encavilhada de sustentação. Chuleio da pele com sêda. Drenagem filiforme com crina de Florença. Operadores: M. Kroeff e A. Coutinho.

Vista dois meses mais tarde, apresentava cicatriz de aspecto normal, resistente e sem sinais de eventração. Gravidez tópica em seus últimos períodos. Fig. 2.

Em 10 de dezembro de 1938, deu à luz uma criança sadia, em parto normal.

1.ª Reinternação. — Nove meses mais tarde, em 26-7-39, foi reinternada no Serviço, por apresentar recidiva do tumor. Achava-se grávida pela 3.ª vez no 2.º mês de gestação. O exame praticado, mostra a presença de um tumor, de limites precisos, de consistência firme em alguns pontos e mole em outros, de superfície bronceada, móvel sobre os planos profundos, mobilidade que se reduz pela contração dos músculos abdominais. O nódulo mede 5 cm. x 2 x 1. Figura 3.

Por insistentes pedidos, teve alta e passou a fazer tratamento pelos Raios X, no ambulatório do Serviço em 3-8-39. Aí, submeteu-se a 30 aplicações de raios X num total de 4.600 r., sem ter colhido resultado satisfatório. Terminada a radioterapia, provocou aborto. Fêto do sexo masculino com mais de 4 meses, com placenta bem constituída.

2.ª Reinternação. — Em 13-10-39 voltou ao Serviço. Com a radioterapia, abriu-se larga cratera, de 4 dedos de extensão, na região operada. Figura 4.

Reoperada em 25-10-39 — Operadores: M. Kroeff e J.B. Vianna. Anestesia pelo Evipan sódico.

Antes de ser iniciada a operação, foi a superfície ulcerada do tumor fortemente coagulada com o electródio olivar. Em seguida, circundando toda a metade direita da lesão, praticou-se uma incisão a bisturi elétrico, em pele sã, à 2 cm. dos bordos do tumor. Essa incisão penetrou até a bainha anterior do réto abdominal direito, abrindo inúmeros vasos cutâneos de pequeno calibre, que foram imediatamente pinçados e logo coagulados. Continuando-se a incisão sobre a bainha do réto, em dado momento, foi aberto o peritônio. Protegida a abertura com uma compressa, continuou-se a incisão cutânea até circunscrever totalmente o tumor. Hemostasia de alguns vasos por coagulação. À medida que o auxiliar tracionava o tumor para a esquerda, fixado com pinças de Pauchet, o operador prosseguia a bisturi

elétrico na disseção das fibras do músculo réto direito de sua bainha posterior e do peritônio. Introduzindo-se em plena cavidade peritoneal uma compressa grande para proteger as vísceras, procedeu-se em seguida à disseção do lado esquerdo, como à direita.

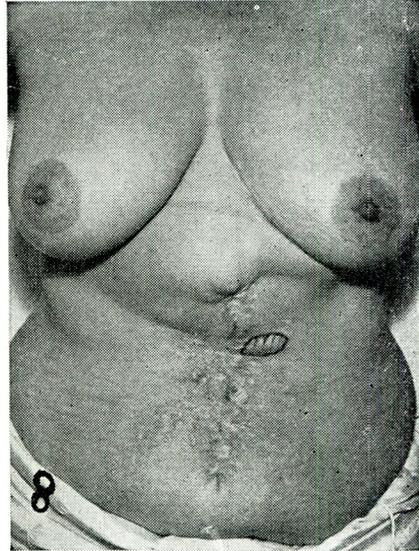


Fig. n.º 8 — 4.ª recidiva correspondendo à sua 5.ª gravidez, depois de ter passado 3 anos sem engravidar, mas também sem reprodução do tumor.

O blastoma foi extirpado em bloco com parte da parede abdominal. Retirada de alguns coágulos sanguíneos da cavidade abdominal e ligeiro exame das vísceras, que nada sofreram durante a secção do peritônio e do próprio ligamento suspensor do fígado. Fechamento do peritônio e da bainha posterior dos retos com chuleio de catgut 0, dobrado. Fechamento da aponevrose (bainha anterior) com catgut 2, dobrado. Três pontos de crina dupla para sustentação. Após a colocação de agrames na pele, os fios de crina foram amarrados sobre um rolo de gaze. Alta com cicatrização por primeira intenção.

3.ª Reinternação. — Em 27-11-40 volta a doente ao Serviço com nova recidiva. Na parte média da cicatriz operatória, nota-se um tumor arredondado do tamanho de uma noz, duro, aderente à pele e móvel sobre os planos profundos. Ao nível do sulco costal mamário esquerdo na extremidade da cicatriz aí existente, verifica-se a presença de um outro tumor de caracteres idênticos ao anterior, porém, de volume comparável ao de uma laranja-lima. Fig. 5. Acha-se em sua 4.ª gravi-

dez, com 3 meses de gestação. Sua última menstruação foi a 30-8-40.

Operada em 27-12-40 — M. Kroeff e Luiz Carlos de Oliveira Jr. Anestesia local pela novocaina a 1%.

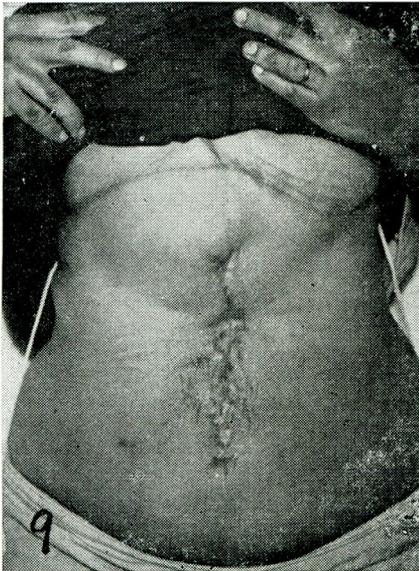


Fig. n.º 9 — Como se apresenta a doente atualmente, em Agosto de 1947, passados 10 anos do início da doença.

O tumor abdominal foi extirpado a bisturi elétrico por uma incisão que circunscreveu seus limites, abrangendo a pele e o tecido subcutâneo, e logo a base do tumor nos planos aponevróticos, donde se descolou com facilidade. Feita a hemostasia por coagulação de pequenos vasos que sangraram, procedeu-se ao descolamento subcutâneo da pele em pequena extensão, de modo a permitir o afrontamento, que foi feito com pontos separados de sêda n.º 1 e pontos de apoio de crina de Florença. Em seguida, praticou-se a extirpação do tumor do sulco costo-mamário esquerdo, traçando uma incisão fusiforme, que abrangeu parte da mama e parte da pele da região costal. Extirpado o tumor e feita a hemostasia, procedeu-se à sutura da pele com pontos separados de seda, drenando-se a ferida com tubo fenestrado. Curativo protetor.

O parto deu-se normalmente a 5 de junho de 1941, isto é, 4 meses depois da operação e oito após o reaparecimento do tumor, apesar da perda de substância na parede abdominal. Figura 6.

4.ª Reinternação. — Em 1-3-943, nova recidiva na cicatriz abdominal com pequeno nódulo, medindo 5 cm. x 2 x 1, indolor, duro, arredondado

e aderente aos planos profundos. Está em sua 5.ª gravidez, com 2 meses de gestação. Figura 8.

Feita a anestesia da região supra-umbelical, praticou-se com o bisturi elétrico, uma incisão cutânea transversal à linha mediana numa extensão de 10 cm. A incisão interessou a pele e o tecido celular subcutâneo, caindo sobre o tumor. Com o bisturi elétrico, passando em pleno tecido gorduroso, isolámos o tumor de sua face profunda, junto à aponevrose da linha branca, retirando-o numa só peça. Feita a hemostasia, suturamos a aponevrose com catgut 2. A pele foi aproximada com agrafes. Operadores: Turíbio Braz e Pinto Vieira. Cicatrização "per primam". Histologia: Sarcoma fusocelular. P.C. n.º 1.181.

Provocou o abôrto logo depois de operada.

Daí passou 3 anos sem recidiva, mas também sem concepção, desde princípios de 1943 até 1946. Evitava a gravidez.

Final, facilitando nas medidas anti-concepcionais, veio a ter nova gravidez e logo nova recidiva que passou a ser a 6.ª Procurou então nosso Serviço, alegando que devia estar grávida, porque desde alguns dias vinha sentindo prurido na cicatriz abdominal. De fato, apresentava pequeno nódulo do tamanho de uma tâmara.

5.ª Reinternação. — Em 26-1-46 foi excisado o pequeno tumor com o bisturi elétrico pelo Dr. Luiz Carlos.

Vista em 31 de julho de 1947, isenta de recidiva. Continua tomando precauções anti-concepcionais. Fig. 9.

Comentários.

Dígnos de nota neste caso são os fatos seguintes :

— Não se trata, na presente observação de tumor desmoide, comum na parede abdominal e formado à custa da bainha dos retos. Êste seria de natureza fibroide, verdadeiro fibroma, benígno, apenas com o característico de recidivar constantemente quando operado. Nosso caso é verdadeiro mixo-sarcoma, como se pode verificar pela microfotografia. Fig. 10. O Dr. Amadeu Fialho, no primeiro exame, forneceu o seguinte resultado que bem exprime a natureza sarcomatosa do tumor :

"P.C. — 10.328 em 14-11-38. Sarcoma de células fusiformes, com aspéto mixóide em alguns pontos. Parece tratar-se de um tumor de malignidade não muito acentua-

da, haja vista a relativa regularidade dos elementos celulares e do pequeno número de cariocinéses”.

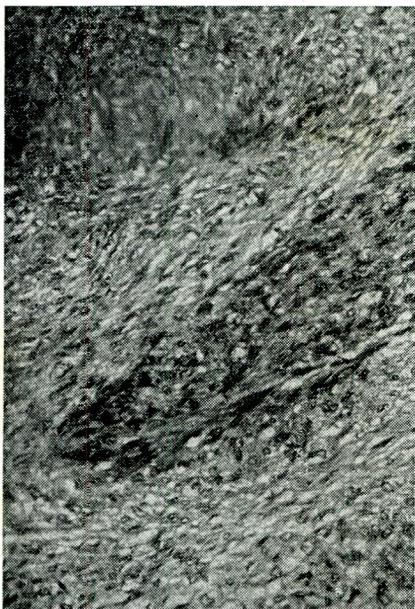


Fig. n.º 10 — Sarcoma fusocelular. Observe-se, na porção central, uma área com células maiores e com hiperchromatismo nuclear.

— Combatidas as várias recidivas, a doente vem se mantendo em estado de cura aparente, há mais de 10 anos. As manifestações recidivantes, ora maiores, ora menores, foram debeladas, sem eventração, pelo método da coagulação eletro-térmica, algumas vézes com a doente em estado de gravidez.

— A roentgenerapia foi usada numa delas e chegou a radio-necrose, sem que a lesão tivesse cedido ao tratamento, como em geral sóe acontecer com os sarcomas.

— A roentgenerapia aplicada sôbre o abdômen com útero grávido de 4 meses, na dose de 4.600 r. em 30 dias, não provocou aborto, nem esterilização da doente. (A castração radioterápica obtem-se comumente com dose única de 600 r. aplicados diretamente sôbre o útero). É verdade que as irradiações foram feitas de modo tangen-

cial e o útero ficou num plano inferior à zona irradiada.

— O maior interêsse do caso está, porém, na relação das recidivas com os estados sucessivos de gravidez.

— A manifestação inicial processou-se, durante sua primeira gravidez, sôbre um nódulo pré-existente na parede abdominal, desde a infância, de côr amarelo-arroxeadada, relacionado pela doente a um antigo abscesso. Casou-se em janeiro de 1936, engravidou 7 meses após e a cancerização da mancha abdominal deu-se no 6.º mês, isto é, em fevereiro de 1937, nascendo o filho 3 meses depois, em 11 de maio de 1937.

— A doente teve seis manifestações sarcomatosas, isto é, a inicial e mais cinco recidivas, ligadas tôdas a seis estados de gravidez, terminadas em três filhos a termo e três abortos.



Fig. n.º 11 — Invasão dos planos profundos pelo tumor, que é constituído por numerosos elementos fusocelulares.

— Êstes fatos levam à conclusão de que cada prenhez provocava nova reprodução do câncer. As recidivas, tôdas confir-



madras por exame histológico, tornaram-se perceptíveis à observação da doente, sempre no início de gravidez.

— Em 6 anos, isto é, de Fevereiro de 1937 até Março de 1943, teve 5 surtos sarcomatosos, correspondentes a 5 gestações. Aí então, resolveu usar processos anti-concepcionais e passou 3 anos sem engravidar, mas também sem recidiva. Facilitando nas precauções anti-concepcionais, voltou a conceber e logo a apresentar em janeiro de 1946 a 6.^a recidiva.

— Não engravidando por período de 3 anos, desapareceram as recidivas habituais. Continuando a procrear, reapareceram as recidivas.

— De tal modo a doente se convenceu da interrelação câncer-gravidez, que o prurido cicatricial constituía para ela o melhor indício de seu estado genital.

— Admitindo-se a influência nociva da gravidez na evolução do câncer, vários problemas se apresentam.

— Devem as cancerosas amamentar? As portadoras de câncer mamário? As operadas de câncer?

— A amamentação não coopera na transmissão da susceptibilidade ao câncer, de mãe a filho, de nutriz a latante?

— Devem casar-se as doentes operadas de câncer mamário, mesmo decorridos cinco anos?

— Devem engravidar? Se grávidas, devem abortar?

— Deve praticar-se a castração radiológica como rotina nos casos de câncer mamário operado ou não?

RESUMÉ

The Autor, after making considerations on several theories about the relation Cancer-pregnancy, presents a case of Mixomatous Sarcoma of the abdominal wall which bears a close relation to pregnancy.

The Case: In February 1937, at the age of 25 when patient was pregnant for

the first time, she complained of sticking pains in an old scar — reliquat of an abcees in her childhood — located in the left lower quadrante 5 cm. from the umbelicus. In the scar, was a well circumscribed, yellowish, hard nodule about a size of a chest nut. This was surgically removed four months later to reapper during her second pregnancy in 1938. From February 1937 to March 1943 she was pregnant five times and she had five recurrences all om them in a course of a pregnancy. Aware of this relation she practiced contraception for three years and had no recurrence. "Finally in January 1946 she came to the Clinic stating she probably was pregnant for the scar had been itching. In fact the recurrence was found."

Interesting about this case is that the growth started with a pregnancy and in a period of ten years she had six pregnancies at diferent intervals and all of them were followed by recurrence proven by biopsy. Intersting also is that the tumor does not seem to fall in the group of "DESMOD TUMORES" as it has been described "Spindle-cell Sarcoma with mixomatouse areas. Low-grade malignancy in view of few mitoses and relatively uniforme aspect of the cells.

Closing the discussion of the relation Cancer-pregnancy the Autor would like to settle these questions:

1. Should the patients with cancer or the ones who had cancer nurse their children?
2. Should the ones who had cancer of the breast marrie, even after five years cure?
3. If married should they prevent children? If pregnant should they abort?
4. Should X-Rays castration be done routinely in all cases of cancer of the breast?

CÂNCER DO LÁBIO E DA LÍNGUA. TRATAMENTO RADIOTERÁPICO -- RESULTADOS *)

NELSON CARVALHO

Qualquer erosão, fissura, papiloma, leucoplasia, tumefação, endurecimento ou ulceração da língua pode ser reconhecida pelo paciente, e deve ser examinada e diagnosticada por médico cuidadoso, desde o primeiro dia de aparecimento. Qualquer secura anormal, descamação, erosão, fissura, endurecimento, ulceração ou tumefação do lábio pode ser vista, sentida e diagnosticada.

O aumento da frequência do câncer e os insucessos de seu tratamento são devidos inteiramente à ignorância, à negligência ou pelo menos, à falta de atenção ao sintoma inicial. O primeiro médico consultado tem a melhor oportunidade para curar; a espera, ou falta de tratamento adequado, pode acarretar a perda da vida do paciente. É evidente assim, que nossa maior oportunidade para vencer o câncer da boca está na educação do público leigo, nos conhecimentos, na perícia, e no senso de responsabilidade do médico prático, primeiro a ter contacto com o paciente portador de lesão dos lábios ou da língua. Reais progressos podem ser feitos por esforços nesse sentido, maiores do que na busca de cura específica, melhora de aparelhamento ou mesmo do emprego de técnica especial que qualquer um possa apresentar para o tratamento dos casos avançados. No diagnóstico e tratamento das lesões pré-cancerosas e cancerosas iniciais está toda a possibilidade de cura. Em geral, seria aconselhá-

vel, que o médico examinasse a boca de todo paciente por ocasião de um exame e se esta se apresenta em má condição de higiene, (raízes dentárias, dentaduras causando irritação, fístulas, fissuras), medidas adequadas devem ser tomadas.

Uma erosão deve desaparecer quando se afasta a causa determinadamente e se institui tratamento pelo nitrato de prata, que deve ser usado com parcimônia. Já temos visto cânceres causados, sem dúvida alguma, por aplicações muito repetidas e intempestivas do nitrato de prata. Desde que a lesão não mostre tendência para a cura após algumas aplicações, deve ser abandonado o nitrato de prata. As fissuras podem também curar-se após uma ou duas aplicações de nitrato de prata; achamos porém, que melhores resultados são obtidos com a destruição eletro-térmica.

O papiloma é facilmente removido pelo bisturi elétrico após anestesia local.

A leucoplasia exige a cessação do uso do fumo, a remoção de toda irritação dentária e o tratamento da sífilis quando presente. Se a leucoplasia está em fase inicial, a simples alcalinização de boca é suficiente para curá-la. Quando a ceratinização já teve lugar, então o tratamento local pelo "rádium" se impõe, em quantidade suficiente para a *dose eritema*. Quando a placa de leucoplasia já apresenta tumefação, endurecimento ou ulceração, também o tratamento pelo "rádium" é aconselhável. Qualquer uma dessas 3 variedades sob as quais se apresenta a leucoplasia, pode ser ponto de partida para câncer.

* Trabalho do Instituto de Rádium São Francisco de Assis - São Paulo. Direção de: Dr. Nelson Carvalho, Dr. Carl Fried e Dr. Américo Rufino.

CÂNCER DO LÁBIO :

— Quanto mais escrevermos e falarmos sobre os sinais e sintomas iniciais e, sobre o sucesso favorável do tratamento pelo método mais simples, tanto menos serão tratados cânceres tardios, fazendo baixar a morbidade e a mortalidade do câncer do lábio.

Pfahler obtem 98% de curas de 5 anos nas lesões com menos de 1,5 cms., 68% nas lesões maiores e 48% quando já existem gânglios palpáveis.

O câncer do lábio é sempre um problema sério porque metástases extensas facilmente ocorrem, inclusive, nos casos iniciais. Entretanto um cuidadoso tratamento do paciente e da lesão, por ocasião do primeiro exame, pode melhorar as possibilidades de cura. O resultado final depende da prontidão com que o paciente procura o médico para elucidar o diagnóstico. O exame minucioso, o diagnóstico apurado são o primeiro passo. A existência de câncer ou não, pode ser estabelecida clinicamente por médico experimentado, mas o grau de malignidade ou de diferenciação celular, só o pode ser pelo exame microscópico de fragmento da lesão. Por isso, a biópsia é sempre necessária para essa finalidade e também, para os casos em que clinicamente não se pode afirmar com segurança a natureza maligna do processo. Mas, há sempre certo risco em praticá-la, sendo boa norma apresentar o resultado e tomar uma orientação terapêutica imediata.

No tratamento do carcinoma do lábio, a questão de maior interesse é a escolha do método a empregar, cirurgia ou irradiação, isoladamente ou em conjunto. O processo cirúrgico usualmente empregado, é a incisão em V da lesão local ou a ressecção total do lábio e dos gânglios cervicais de um ou dois lados. Quando se usa a irradiação, a lesão local é tratada com "rádium" aplicado em superfície ou dentro da massa do tumor. Em alguns

casos, as áreas de drenagem linfática são enquadradas para tratamento pelos raios X. Para avaliar e comparar as vantagens relativas da cirurgia sobre a irradiação, é conveniente dividir os casos em dois grupos: os que já apresentam e os que não apresentam gânglios palpáveis. Nos casos sem gânglios palpáveis, a simples excisão da lesão labial, tem muita vez se mostrando inadequada, provocando frequentes recidivas e eventual desenvolvimento de gânglios metastáticos. Com a cirurgia radical, as recidivas são menos frequentes. Bremer, fazendo uma revisão das estatísticas cirúrgicas, encontrou 66% de sobrevivência de 5 anos com a simples excisão local e 92% com a cirurgia radical. Resultados igualmente bons são obtidos sem que seja necessário recorre-se a processos tão radicais e deformantes, como demonstram as estatísticas publicadas por vários radioterapeutas.

No segundo grupo de casos, onde já são palpáveis os gânglios infartados, grande percentagem de casos já está fora do alcance cirúrgico; já são inoperáveis, devido a difusão da meléstia além da capsula ganglionar. Também, atualmente, não se consegue curar esses casos avançados pela irradiação. Todavia, esta proporciona resultados paliativos assás compensadores com sobrevivência prolongada em condições satisfatórias.

Nos casos limítrofes, quando já existem nódulos palpáveis, mas isolados e móveis, há grande divergência de opinião sobre o método de tratamento a ser empregado, pois nesses casos, nem sempre o infartamento ganglionar é maligno. Shedden encontrou gânglios palpáveis em 68% dos casos e destes, somente 20% eram malignos. Lennedy relatou que em 60% de seus casos com gânglios palpáveis, somente 33% o eram por câncer. É interessante, pois, anotar que, dos casos com gânglios palpáveis clinicamente, somente 25% apresentam-se histologicamente malignos. Por outro lado, nos casos onde não se

palpam gânglios, 10% já os têm invadidos pela moléstia na ocasião em que é feita a disseção cervical, profilática. Como não existem processos para determinar clinicamente quais os gânglios comprometidos pelo tumor e quais os inflamatórios, os cirurgiões dizem ser necessária a operação radical, o que permite enradicar a moléstia no caso de os gânglios estarem invadidos e eliminar uma ameaça potencial quando os gânglios forem apenas inflamatórios. Na opinião dos radioterapêutas, a baixa incidência de casos comprovadamente positivos não justifica um processo tão radical, com mortalidade operatória elevada, mutilação acentuada e prolongado período de hospitalização, principalmente porque êsses 25% de casos malignos podem ser vantajosamente tratados pelo método das irradiações.

O mais sério problema do tratamento do câncer do lábio, é antes de tudo o da difusão, isto é, a metástase. Quanto mais depressa o câncer do lábio for tratado, tanto menor a possibilidade de metástases em qualquer época. Daí ser sempre recomendável a irradiação profilática (com raios X) das regiões submentoniana e sub-maxilar, mesmo quando não apresentam gânglios palpáveis. Autores que seguem sistematicamente essa regra, apresentam melhores resultados estatísticos, tal Pfahler, que consegue 98% de curas de 5 anos. E como êle diz, os restantes 2%, que apresentaram tardiamente recidivas ganglionares, ficou apurado, não receberam a irradiação profilática. Essa, tem por finalidade tornar o tecido são menos receptível a difusão do câncer, ou poder destruir as células já instaladas, mas ainda não desenvolvidas em tumor palpável. Ewing é de opinião que os processos inflamatórios preparam o terreno para o desenvolvimento do câncer e sua propagação pelos linfáticos. É bem conhecida a eficiente ação dos raios X na cura daquê-

les. Por isso tudo, pode avaliar-se o valor da irradiação profilática.

O tratamento do câncer do lábio varia de acôrdo com o tipo da lesão. O câncer do lábio pode exteriorizar-se sob duas formas distintas: a infiltrativa e a papilomatosa. No primeiro caso, há em geral uma ulceração central, limitada por bordos endurecidos; o crescimento é relativamente lento e a excisão da lesão é quase sempre seguida de difusão ganglionar e recidiva. Metástases fazem-se frequente e precocemente neste grupo. A lesão papilomatosa apresenta-se fungóide, cresce rapidamente; é menos perigosa que a infiltrativa.

Empregamos em nossa Clínica a seguinte técnica de tratamento: Inicialmente irradiações externas sôbre os gânglios cervicais do mesmo lado da lesão. Para isso, usamos 200 Kv, filtros de 2 mm. de Cu., mais 1 de Al, 30 cms. de distância F.P. num total de 1.400 a 1.800 r, sendo 240 r por dia. Durante o período de tratamento local, o paciente é hospitalizado. Conforme o tipo da lesão, usamos o "rádium" em superfície ou intersticial. Com o "rádium" em superfície, moldes de massa plástica medindo aproximadamente de 1 a 2cms. de espessura, adaptado a todo o lábio, e extendendo-se para baixo a fim de ser fixado, são construídos para cada paciente. O molde é feito de tal maneira, que o lábio é repuxado para fora e para baixo, sendo que nessa posição, a lesão pode ser irradiada, sem dano para os tecidos vizinhos. O "rádium" em tubos filtrados por 1,0 mm. de platina, mais 1,0 de Al é colocado na superfície externa do molde, e distribuído pela periferia da lesão. Êste tratamento requer hospitalização por período de 3 ou 4 dias. O molde é deixado no lugar continuamente, exceto nas horas das refeições, com pequeno ou nenhuma sacrifício para o paciente. A dose aplicada é de aproximadamente 1.200 — 2.000 mgh. dependendo da extensão da lesão. De 10 a 14 dias, típica "rá-

dium" *membrana* aparece no local irradiado. Nessa ocasião o paciente queixa-se de ardência no lábio. Curativos devem ser feitos com compressas de água boricada ou com pomadas à base de vitamina A. A "rádium" mucite gradualmente desaparece, surgindo então, escara esbranquiçada que permanece de 2 a 4 semanas. Usualmente, durante êsse último período, o paciente de nada se queixa. A deformidade que permanece, depende da extensão da lesão. Assim, no tipo papilomatoso, em que a infiltração é pequena, a área curada pode ser indistinguível de área normal do lábio. No tipo ulcerativo, uma depressão permanece no local anteriormente ocupado pela lesão.

Nos casos em que há gânglios com metástases, maiores doses de raios X são empregadas abrangendo o pescoço, às vezes, de ambos os lados. Se com êsse método alguns gânglios não regredirem completamente, podem, após terminada a reação cutânea provocada pelo raios X, sofrer nova irradiação com tubos ou agulhas de "rádium".

CÂNCER DA LÍNGUA

Esta forma de câncer ganha importância, porque com exceção de alguns casos recentes, os resultados cirúrgicos são precários e obtidos à custa de grandes mutilações. Não se tem conseguido melhoras substanciais com êsse processo desde os dias de Butlin.

Com a introdução do "rádium" na prática médica, novas esperanças surgiram. Entretanto, no que diz respeito à cura da moléstia, as estatísticas de resultados finais já publicadas, deixam ainda muito a desejar. Verifica-se que os resultados, de maneira global, isto é, que abrangem tôdas as fases da doença, não dão mais 25% de curas de 5 anos. É verdade que a maior parte das estatísticas são sobre carregadas com casos avançados, cuja cura não se poderia esperar, o que preju-

dica os resultados globais e leva a pessimismo exagerado. Outra causa, que traz muita confusão na apreciação dos resultados finais, é a disparidade de classificação adotada pelos autores, o que impossibilita comparações.

Parece então óbvio que o primeiro passo para melhor entendimento do problema seria a adoção de classificação uniforme, baseada nas fases da moléstia. A retirada dos casos avançados para grupo à parte, faria melhorar de muito a estatística dos resultados finais.

As vantagens de um sistema uniforme de classificação, de acôrdo com a fase da moléstia, dispensaria maiores comentários, mas a verdade é que, relativamente ao câncer da língua, nada nêsse sentido foi feito. No câncer do colo do útero, os casos são agrupados em 4 estádios, bem discriminados e conhecidos. Ninguém, analisando resultados, vai comparar os casos das fases I e II com os das fases III e IV. Mas, no que tange ao câncer da língua, é ainda comum agruparem-se todos os casos simplesmente como "câncer da língua" tal se o problema fosse o mesmo para tôdas as localizações e fases da moléstia. Uma pequena lesão de 1 cm. de diâmetro, na margem da língua, que não compromete gânglios, é muito diferente de uma outra maciça, infiltrativa, com gânglios fixos. São dois estádios que estão longe de poderem ser comparados.

Repetidas tentativas foram feitas para encontrar um sistema de classificação que combinasse com apurada descrição da lesão primária e da invasão secundária. Devido ao fato de serem êstes dois problemas inteiramente diferentes, não sòmente em seus característicos clínicos, mas também no tratamento, pensou-se ser melhor dividi-los separadamente. O seguinte método de classificação, por fases da moléstia, que vem sendo usado há mais de 10 anos, por Richards, de Toronto, é simples e pode ser aplicado por todos com razoável uniformidade.

1 - A Lesão Primária :

Fase I — Lesão unilateral, medindo menos que 1,5 cms. de diâmetro.

Fase II — Lesão menor que 3 cms. de diâmetro com um correspondente grau de ulceração ou infiltração.

Fase III — Lesão atingindo metade da língua ou invadindo tecidos vizinhos.

Fase IV — Lesão atingindo mais da metade, ou toda a língua.

2 - Invasão secundária :

A classificação da invasão regional linfática é a seguinte :

Fase I — Ganglio pequeno, móvel, unilateral.

Fase II — Gânglio maior que uma azeitona, ainda único, unilateral ; ou nódulos pequenos, móveis, mas bilaterais.

Fase III — Metástases ganglionar maciça, imóvel, uni ou bilateral.

A adoção dessa classificação traria grandes vantagens para a apreciação dos resultados obtidos, possibilitando justa crítica dos métodos empregados.

A classificação por localização da lesão primária tem, a nosso vêr, apenas importância prognóstica. A diferença na resposta ao tratamento, nas diferentes localizações, é de algum interesse. As lesões localizadas no terço posterior da língua apresentam geralmente maior radiosensibilidade que as em qualquer outra situação, mas em compensação, oferecem maior tendência de difusão aos gânglios cervicais, complicação de suma gravidade.

Nêstes últimos anos, o tratamento mais empregado para o câncer da língua é a aplicação de "rádium", sob a forma de agulhas, tubos, modelagens etc.. A média de curas de 5 anos, de modo global, vai de 25 a 30%. Todos os métodos são passíveis de crítica. Com os tubos de "rádium" é impossível aplicar-se dose suficiente de radiação que seja útil sem provocar graves necroses, com reações dolorosas. Além disso, os efeitos são locais, muito superficiais e assim, o tratamento pode falhar. As agulhas de "rádium" apresentaram o inconveniente de não poderem ser

inseridas na língua sem traumatismo. Hoje é universalmente admitido que, para o tratamento e cura do câncer, a abolição do traumatismo é tão essencial à boa técnica, como a assepsia o é para a cirurgia geral. E tanto mais verdadeiro num órgão como a língua, ricamente suprido de vasos sanguíneos e linfáticos, onde a invasão dos gânglios regionais é complicação que reduz imediatamente de 50% a curabilidade. Nossos esforços devem pois ser dirigidos para métodos tanto quanto possível, não traumatizantes.

O sucesso variável da radioterapia do carcinoma da língua depende grandemente de meticulosa atenção numa série de detalhes. O exame geral do paciente é aconselhável e as condições de higiene da boca bem vigiada. As raízes dentárias devem ser retiradas antes de ser aplicado o "rádium", porque depois, qualquer manipulação dessa ordem pode acarretar males ao paciente.

Ewing diz que "metástases são inegavelmente favorecidas por estrutura maligna muito atípica ; por origem mais profunda que superficial ; por ulceração profunda ; por longa duração da moléstia e pela presença de complicações inflamatórias". Podemos juntar ao enumerado toda espécie de traumatismos da lesão, tais as operações parciais, as palpações intempestivas e os antissépticos cáusticos.

A propagação aos gânglios linfáticos faz-se principalmente por embolia, como tão bem foi demonstrado por Heidenhain. Antigamente, admitia-se a propagação ao longo do colar ganglionar cervical como extremamente rara. Metástases à distância fazem-se em aproximadamente 1% dos casos.

As opiniões variam quanto ao melhor método de tratamento na ausência de gânglios palpáveis. Alguns cirurgiões adogam a disseção em bloco sistemática ; outros, acham que esta só deve ser feita nos casos em que há evidência de metásta-

ses. A maioria dos radioterapêutas é mais favorável à irradiação que à cirurgia.

Nos casos com gânglios palpáveis, a orientação cirúrgica ou radioterápica é grandemente influenciada pelo tipo do carcinoma. Em geral, êsses tumores são formados por células planas e quando nêses casos existe um único gânglio infartado e o processo primário acha-se curado, os cirurgiões opinam pela extirpação do ganglio. Se o tumor é formado por células linfo-epiteliais, a irradiação tem a preferência da maioria.

Nossa orientação terapêutica tem sido a seguinte: Verificar o diagnóstico e, enquadrar o caso em uma das fases já citadas; quando pertence à fase I ou II, em que a lesão é limitada, após cuidadoso preparo da boca, inserimos agulhas de "rádium", evitando ao máximo manobras desnecessárias. Após a retirada das agulhas, irradiamos profilaticamente as regiões ganglionares cervicais. Nos casos nas fases III ou IV, iniciamos o tratamento com irradiação pelos raios X, orientando os raios de forma a atingir os gânglios cervicais, cruzando-os sobre a lesão primária da língua. Quando a lesão primária reduziu-se e a ulceração fechou ou está bastante diminuída, a higiene oral deixou de ser obstáculo à radioterapia e os gânglios cervicais infartados estão menores, aplica-se o "rádium" sobre o tumor residual. Êste tratamento é executado inserindo agulhas de "rádium", contendo 2 mgr. de "rádium", filtrados com 0,5 mm de platina, mais 1,0 mm de Au, na dose de 80 mgrh por cent. cubico de tecido lesado. Note-se que esta dose é intencionalmente baixa, pois êsse tratamento é executado pouco tempo após a irradiação externa. É preciso reconhecer a importância deste ponto, porque o "rádium", nessas condições, tem por função aplicar o "Knock out" às células remanescentes já seriamente desvitalizadas pela irradiação externa. Nêstes casos, a irradiação externa, por si só, é impotente para esterilizar tô-

das as células cancerosas sem causar sérias lesões aos tecidos sãos de vizinhança. Reduz a lesão e prepara o campo para a radioterapia. A associação dêsses dois métodos terapêuticos oferece um máxima de vantagens com um mínimo de riscos para o paciente.

CÂNCER DO LÁBIO

RESULTADOS EM RELAÇÃO AOS TIPOS CLINICOS

TIPOS CLINICOS	N.º de Casos	Curá primária	Cura 5 anos
I — a) Sem gânglios, lesão menor que 1,5 cms.,	33	100%	82%
b) Sem gânglios, lesão maior que 1.5 cms.,	22	100%	42%
II — Gânglios palpáveis	18	89%	0%
III — Avançados	4	25%	0%

RESULTADOS TOTAIS

FASE CLINICA	1.º ano	2.º ano	3.º ano	4.º ano	5.º ano	%
Sem Gânglios		2	14	3	36	46,7%
Com Gânglios	6	11	5	0	0	0%

LOCALIZAÇÃO

	N.º de casos	Sobrevivência de 5 anos	%
Lábio Superior	8	5	62,5%
Lábio Inferior	65	29	44,5%
Angulos	4	2	50%

SEXO

Homens	69	89,8%
Mulheres	8	10,2%
Total	77	

CÂNCER DA LÍNGUA

RESULTADOS

TIPO CLINICO	N.º de casos	1.º ano	2.º ano	3.º ano	4.º ano	5.º ano	%
Grupo I	9				2	7	78%
Grupo II	13		1	5	5	2	16%
Grupo III	19	7	6	4	1	1	6%
Grupo IV	7	6	1	0	0	0	

DURAÇÃO DA LESÃO

TIPO CLINICO	1—3 meses	3—6 meses	6—12 meses	1 ano	2 anos
Grupo I	5	4			
Grupo II	1	8	1	2	1
Grupo III	2	7	9	1	
Grupo IV		3	3	1	

DIFUSÃO LINFÁTICA

	N.º de casos	5 anos		Sobrevivência %
		Mortos	Vivos	
Sem gânglios	16	7	9	56,2%
Com gânglios	32	31	1	1,5%

LOCALIZAÇÕES

	N.º de casos	%
Bordo direito	12	25%
Bordo esquerdo	3	39%
Dorso	3	6,25%
Base	10	20,9%
Ponta	1	2,05%
Ventral	3	6,25%

SEXO

Homens	43	89,5%
Mulheres	5	10,5%
Total	48	

“Diz-se geralmente que o câncer resulta do crescimento celular descontrolado. Infelizmente, apesar de sabermos que os tecidos e os órgãos param de crescer assim que atingem um determinado desenvolvimento, nada nos é dado conhecer sobre o exato mecanismo dessa parada de crescimento. O controle do desenvolvimento celular permanece um enigma. É fora de dúvida que o organismo dispõe de meios para sustar o crescimento dos tecidos: não sabemos todavia quais são esses meios, nem como entram em jogo. Enquanto estivermos nesse estado de desconhecimento, continuaremos incapazes de compreender e de tratar eficientemente o crescimento celular desenfreado.”

A broad approach to the cancer problem — Roger J. Williams — Cancer Studies, 4507 : 8, fev. 1945.

CÂNCER DA PELE

Tailhefer e J. Courtial. (Bull. Assoc. franç. p. l'étude du cancer — 31 : 85-115, 1943), mostram que os epitelomas da pele e dos orifícios cutâneo-mucosos, são de prognóstico variável, que depende da localização e da extensão da lesão. Não há diferença evidente, entre os baso e os espi-no-celulares, do ponto de vista da rádio-sensibilidade.

Quando há metástases, os autores dão preferência à cirurgia, que deve ser completada pela remoção total das adenopatias. Quando há recidiva após tratamento cirúrgico, a radioterapia é indicada. Por outro lado, a cirurgia é indicada, se o tratamento anterior foi a radioterapia.

CASOS CLÍNICOS



TUMORES NÉO-MAMÁRIOS

ALBERTO COUTINHO*

○ presente artigo tem por objetivo o registo de cinco casos de tumor néo-mamário observados ultimamente no *Serviço Nacional de Câncer*. Esta classe de tumores, que vinha sendo conhecida sob várias de-

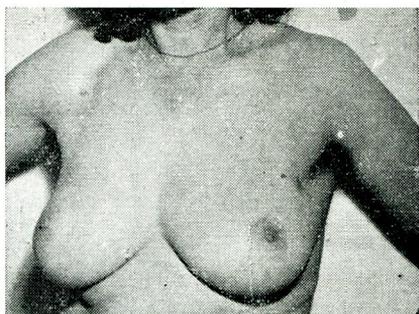


Fig. 1. — Registo n.º 8.878, do S. N. C. — Tumor no quadrante súpero-externo da mama esquerda (prolongamento axilar).

signações, — câncer epitelial estratificado, câncer medular, câncer de glândula sebácea e câncer cístico — mereceu na classificação de Geschickter a denominação de *câncer néo-mamário*, hoje aceita pela maioria dos autores.

Definição : — Os cânceres néo-mamários são tumores que se apresentam histologicamente sob aspecto epidermóide, podendo evolucionar conjuntamente com formações glandulares malignas (adenocarcinomas). A coexistência de processo epidermóide e glandular no mesmo tumor é embriologicamente justificada, pois ambos derivam da mesma linhagem básica, o ectoderma.

* Chefe de Clínica do Serviço Nacional de Câncer.

Histologia : — O tumor pode apresentar estrutura puramente epidermóide, o que é mais frequente, ou evolucionar ao lado de formações glandulares. Notam-se, por vêzes, ora a predominância do elemento epidermóide, ora a do elemento glandular. O quadro histológico fica, portanto, sujeito a variações.



Fig. 2. — Registo n.º 8.878. — Separados por estroma denso, agrupamentos malignos do tipo epidermóide.

O aspecto microscópico é semelhante ao do carcinoma epidermóide, grau III, (visto na pele em geral e nas mucosas), havendo no estroma predomínio de elementos linfáticos sôbre os conjuntivos e numerosas áreas de necrose. As células são altas, com núcleos de proporções va-

riáveis, com figuras de mitoses e, em alguns casos, observam-se depósitos de ceratina. As células, principalmente nas formas sólidas dos tumores néo-mamários, em que é comum a degeneração mixodematoosa do estroma, podem tomar disposição

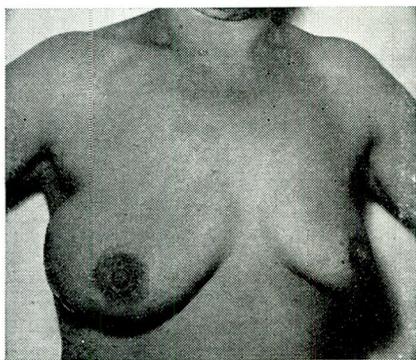


Fig. 3. — Registo n.º 8.901, do S. N. C. — Volumoso tumor mamário do quadrante súpero-externo direito.

alveolar ou acinosa, semelhante ao câncer das glândulas sebáceas. Os tumores néo-mamários originam-se na profundidade da glândula, o que faz crêr tenham origem nas formações mamárias primitivas e não nas glândulas sebáceas areolares, como advogam alguns autores, na suposição que as mamas representam glândulas sebáceas altamente diferenciadas.

São conhecidas duas variedades de câncer néo-mamário: a forma sólida e a forma cística. Na sólida, os elementos celulares são grandes, pálidos, granulomatosos e dispostos em forma alveolar ou acinosa; ao corte, são compáctos, circunscritos e de coloração branca acinzentada. A forma cística, menos celular, é constituída por grandes tumores infiltrantes, que apresentam inúmeras cavidades císticas, resultantes de processos degenerativos. O conteúdo delas é líquido hemático, esverdeado ou purulento.

Clinica: — Do ponto de vista clínico, os tumores néo-mamários pouco se diferenciam dos demais tipos de cânceres da

mama. As formas císticas evoluem mais rapidamente e as pacientes são menos idosas que as portadoras de tumores sólidos. Aliás, os grandes tumores são os que mais rapidamente passam ao estado cístico; sofrem processos degenerativos intra-tumorosos. As formas sólidas evoluem mais lentamente, aparecem em doentes mais idosas e são notadas mais tardiamente, visto serem tumores profundos, que se originam no interior da mama, sem despertar dor, peso ou modificações apreciáveis na forma e aspecto do órgão. O corrimento mamilar, muito comum e precoce em certas variedades de câncer da mama, é pouco frequente nos tumores néo-mamários. As adenopatias axilares, com frequência, crescem mais rapidamente que o tumor primitivo, sendo em alguns casos, o sintoma revelador da enfermidade. Quando o câncer néo-mamário se localiza no prolongamento axilar, a predominância das reações linfáticas é de tal forma ber-

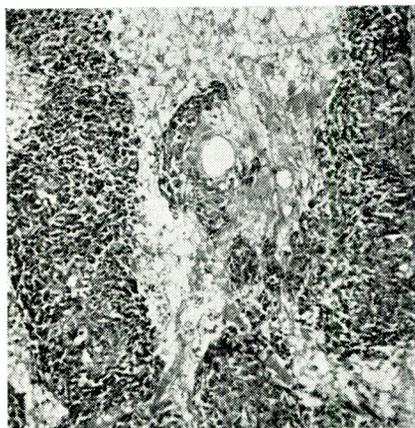


Fig. 4. — Registo n.º 8.901. — Carcinoma néo-mamário. Aspecto epidermóide de agrupamentos cilíndricos volumosos.

rante, em relação às pequenas proporções do tumor mamário, que têm sido tomadas como sede inicial da lesão.

Diagnóstico: — O diagnóstico dos tumores néo-mamários pode ser suspeitado clinicamente, mas nunca afirmado. Não

há, nessa categoria de tumores um sinal peculiar que permita diferenciá-los dos demais cânceres mamários, tomada esta afirmativa, dentro de um sentido geral. Encontram-se, no entanto, alguns dados anamnésticos e outros colhidos no exame objetivo, que orientam o diagnóstico. Os cânceres néo-mamários geralmente circunscritos, são tumores profundos, de natureza sólida ou cística, adquirindo nesta última forma suas maiores dimensões; quase assintomáticos, à despeito do volume que podem adquirir, são *negativos* à transiluminação e dão origem a volumosas adenopatias axilares, mórmente aqueles que se localizam no prolongamento axilar da mama. O grande meio de diagnóstico é ainda o exame histológico de material colhido no tumor, ou por punção aspiradora, ou por excisão a céu-aberto.

Prognóstico: — Relativamente ao prognóstico dos tumores néo-mamários, algumas estatísticas, como as de *Geschickter*, fazem crêr que a sobrevivência de cinco anos é de 13,8% para as formas císticas e 46,3% para as formas sólidas, não obstante o considerável volume que esses tumores podem atingir, a precocidade com que invadem a pele, os gânglios axilares e a malignidade do quadro histológico.

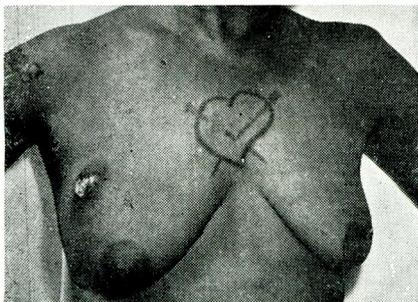


Fig. 5. — Registo n.º 9.075, do S. N. C. — Tumor ulcerado do quadrante súpero-externo da mama direita.

Terapêutica: — O método terapêutico fundamental é a mastectomia larga com esvaziamento axilar. O emprego das irra-

dições está sujeito às mesmas indicações relativas às outras espécies de câncer da mama. As cinco observações apresentadas permitiram coletar os seguintes dados:

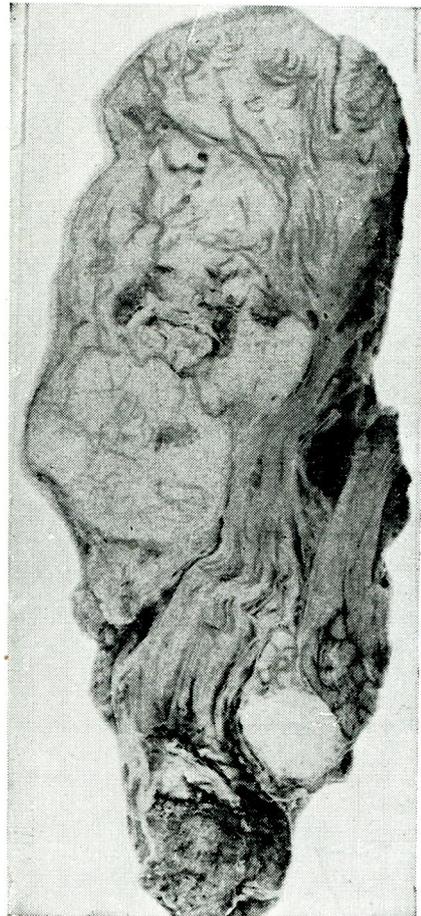


Fig. 6. — Registo n.º 9.075. P. C. 11.441. — Tumor mamário sólido, circunscrito e com volumosa adenopatia axilar secundária.

Idade mínima e máxima: 37 e 50 anos. Três pacientes eram brancas, 2 pretas. Evolução mínima: 3 meses, máxima, 22 meses.

Não houve passado mórbido mamário em tôdas as doentes.

Ausência de traumatismo mamário em tôdos os casos.

Perturbações menstruais com mastodinia só em 1 caso.

Na admissão, 3 pacientes apresentavam tumor ulcerado.

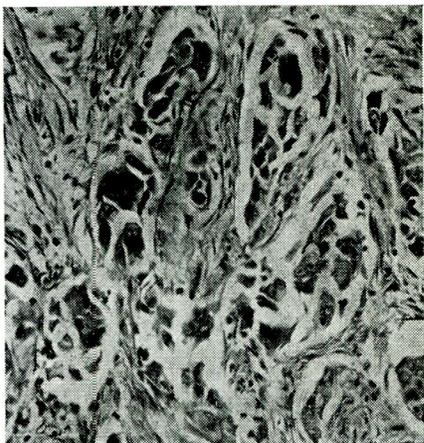


Fig. 7. — Registo n.º 9.075. — Agrupamentos epidermóides separados por estroma fibroso.

Na admissão, 2 já haviam sido operadas, apresentavam recidiva e adenopatias axilares.

Tôdas as doentes eram portadoras de metástases ganglionares na axila correspondente ao lado da lesão.

Não havia metástases ósseas ou viscerais. Os tumores localizaram-se preferentemente no quadrante superior esquerdo.

Nos cinco casos, não foi observado corrimento mamilar.

Tôdas as doentes sofreram mastectomia radical, sendo que numa, como tratamento complementar, foi aplicado radium sôbre a lesão residual.

Histologicamente, perdominou o componente epidermóide sôbre o glandular.

Como o artigo, que está sendo exposto, tem apenas a finalidade de registrar casos de uma das variedades de tumores mamários, não apreciamos os resultados terapêuticos obtidos, mesmo porque alguns deles ainda se encontram em tratamento complementar pelos Raios X.

Observação n.º 1.

Registo 8.878 do S.N.C., mulher, branca de 40 anos; procurou o Serviço em 21-1-47.

Carcinoma néo-mamário.

Doença atual: — Há um ano aproximadamente, notou um nódulo na mama esquerda, que a partir do dia em que foi percebido cresceu progressivamente sem provocar dor, nem outros sintomas. Em setembro p.p., extirparam-lhe o tumor. O exame da peça revelou câncer. Pouco após a internação, apareceu-lhe pequeno nódulo na axila esquerda que passou a aumentar de volume. Também a cicatriz operatória ficou espessada. O cirurgião que cuidou da enferma, em face do exame anátomo-patológico, (cujo laudo nos enviou) e da sequência, clínica, encaminhou-a para o Serviço Nacional de Câncer.

Refere a paciente que suas menstruações foram sempre muito irregulares, abundantes, chegando a durar 10 dias. Nunca engravidou. Nega traumatismo mamário.

Exame local: — Mamas sem alterações morfológicas apreciáveis. No quadrante súpero-externo da mama esquerda, notamos presença de cicatriz retrátil e exuberante. Pela palpação, a mama referida está livre, porém, na axila homóloga sentimos um tumor duro, aderente à pele e móvel sôbre os planos profundos. Ausência de gânglios supraclaviculares à esquerda ou cruzados. Mama



Fig. 8. — Registo n.º 9.075. — Detalhe da microfotografia anterior.

direita clinicamente normal. A radiografia não revelou anormalidade. Reação de Kahn negativa.

Tratamento e sequência: — Baseados no exame anátomo-patológico, acima referido, a doente foi operada no S.N.C., tendo sofrido mastectomia ra-

dical sob anestesia endovenosa pelo tionembutal. A sequência operatória foi normal. Alta sob vigilância e encaminhada para roentgenterapia complementar.

O exame da peça revelou: Carcinoma néo-mamário. P.C. 1.434 (a) F. Fialho.

Observação n.º 2.

Registo n.º 8.901 do S.N.C., mulher, branca de 40 anos, casada; procurou o Serviço em 25-1-947.

Doença atual: — Refere a doente que há um ano e 10 meses notou pequeno nódulo na mama direita que durante muito tempo permaneceu estacionário. Procurou um profissional que, tomando o referido tumor por cisto sebáceo, a tranquilizou. Decorridos mais alguns meses, como o tumor houvesse crescido rapidamente, voltou ao mesmo médico antes consultado que a encaminhou ao nosso Serviço. Há 2 para 3 meses, percebeu nódulos na axila esquerda. A pele da região correspondente ao tumor mamário, estava ficando presa e tomando gradativamente coloração vermelho-violácea. Declara a paciente que não tem passado mamário (trauma, inflamação, mastodinia). Teve 9 filhos, sendo 5 natimortos, 3 abortos espontâneos, entre 2 e 3 meses de gestação.

Exame local: — À inspecção, verificamos que a mama direita apresenta volume 3 vezes maior que a esquerda. Este aumento corre à custa de grande formação tumerosa, bosselada, situada em sua metade externa. A pele da região, de coloração vermelho-violácea intensa, está ulcerada. Pela palpação, percebe-se tumor que ocupa os quadrantes externos e mede 12 x 7 x 5 cms. É ovalar, duro,

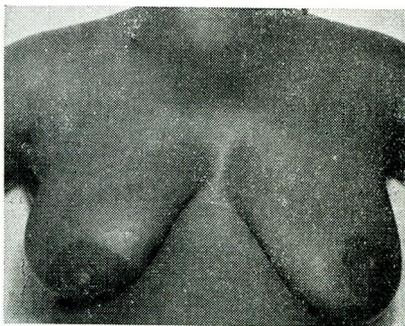


Fig. 9. — Registo n.º 9.140 do S. N. C. — Tumor mamário do Q. S. E. da mama direita.

aderente à pele e ao plano muscular profundo; livre do arcabouço torácico. Na axila direita notam-se 3 volumosos gânglios. Mama esquerda e gânglios tributários sem alterações clínicas.

Biopsia por aspiração. (B. 3.329). Carcinoma néo-mamário. Reações sorológicas para sífilis: Negativas.

Radiografia do torax: pequenos nódulos calcificados ao nível de ambos os hilos. Demais partes dos pulmões sem qualquer alteração digna de menção.

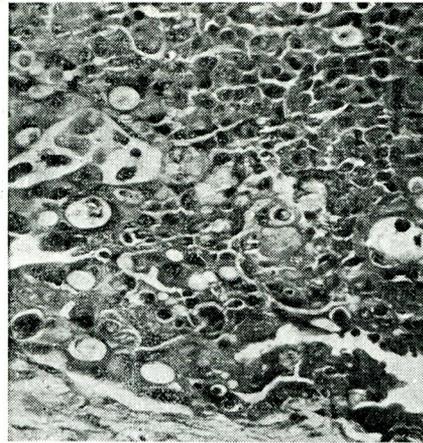


Fig. 10. — Registo n.º 9.140. — Aspecto epidermóide, com células volumosas e desiguais.

Tratamento e sequência: — Com diagnóstico clínico de blastoma mamário e histo-patológico de câncer néo-mamário, a doente foi operada em nosso Serviço, tendo sido praticada mastectomia total, segundo a técnica de Halsted. Na sequência operatória, houve deiscência na sutura cutânea, tendo sido praticado enxerto de pele, tipo Braune. O exame histo-patológico da peça operatória revelou: — Carcinoma néo-mamário. (a) F. Fialho.

Observação n.º 3.

Registo n.º 9.075 do S.N.C. Mulher, preta de 46 anos: procurou o Serviço em 7-3-947.

Doença atual: — Há 3 meses notou na mama direita, pequeno nódulo duro, que cresceu rapidamente sem lhe causar incômodo. Há 21 dias, aproximadamente, o tumor ulcerou, tendo nessa ocasião havido perda de líquido semelhante a pús. Aplicou remédios locais sem melhoras, razão por que procurou tratamento hospitalar. Informa a paciente que nunca sofreu traumatismo nas mamas e nega passado mórbido mamário, bem como mastodínias.

Exame local: — À inspecção das mamas, verificamos ser a direita bem mais volumosa que a esquerda. Apresenta à formação tumerosa das dimensões de

uma nóz, localizada no quadrante súpero-externo, ulcerada, com bordos irregulares, de fundo necrosado. A pele que circunda a ulceração, tem aspecto avermelhado. Pela palpação, verificamos a existência de grande tumor duro, indolor, ocupando quase toda a mama, aderente à pele na porção ulcerada e livre, do plano muscular profundo.

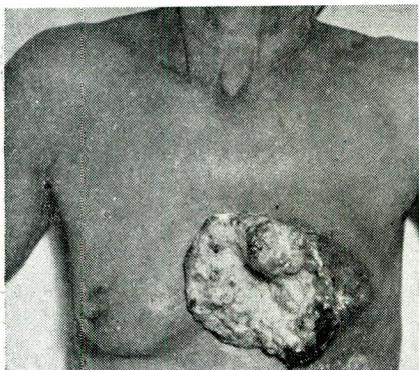


Fig. 11. — Registro n.º 9.500, do S. N. C. — Tumor ulcerado da mama esquerda.

Volumosas adenopatias axilares, duras, móveis e indolores. Mama esquerda e gânglios tributários, clinicamente normais. Radiografia do torax: — Pulmões transparentes — arcabouço costal — normal.

Tratamento e seqüência: — Com o diagnóstico clínico de blastoma ulcerado da mama direita, a doente foi operada no S.N.C., a 2 de abril de 1947. Mastectomia total, tipo Halsted com esvaziamento axilar. Alta sob vigilância para roentgenterapia complementar, em 17 de abril de 1947. O exame histo-patológico da peça P.C. 11.441 revelou: *Carcinoma da glândula mamária* originado nos ductos escretores com evolução epidermóide, constituindo o chamado carcinoma néo-mamário — grau 3 Broders. (a) F. Fialho.

Observação n.º 4.

Registro n.º 9.140 do S.N.C. — Mulher preta, de 27 anos, doméstica; procurou o Serviço em 22-3-947.

Doença atual: — Há um ano sentiu prurido na mama direita. Um mês depois notou tumor no espaço inter-mamário, junto à 10.^a costela, do lado direito, tumor arredondado, do volume de uma nóz. Operada em maio de 1946. O tumor foi enviado para o Rio. Ante o resultado, informaram à paciente que devia ser re-operada para extirpação total da mama. Recusou essa indicação operatória. Em outubro do mesmo ano, outro nódulo

aparecido no sulco sub-mamário, levou a doente a procurar seu médico assistente. Êsse a encaminhou ao Serviço Nacional de Câncer.

Exame local: — À inspeção da face anterior do tórax, verificamos serem ambas as mamas do mesmo volume, com aréolas e mamilas, normais, estando no entanto, a direita, voltada para baixo. Notamos na parte externa da mama direita, cicatriz operatória de 10 cms. de comprimento com características normais. À palpação, sentimos no quadrante infero-externo, junto do sulco costo-mamário direito, formações nodulares, constituindo tumor único. A expressão da mama não provoca corrimento mamilar. Gânglios axilares em ambos os lados, duros, móveis e indolores; possivelmente metastáticos. Mama esquerda normal ao exame clínico. Radiografia do torax: — Ausência de metástases pulmonar ou óssea. Exame histo-patológico: — Carcinoma da mama tipo epidermóide grau III.

Tratamento e seqüência: — Operada em 2-5-47 em nosso Serviço, sob anestesia peridural; praticada mastectomia total com esvaziamento axilar. Seqüência operatória sem acidente — Alta em 15-5-47. Encaminhada à secção de roentgenterapia para tratamento complementar. O exame histo-patológico da peça revelou: — Carcinoma néo-mamário — P.C. 1.463. (a) F. Fialho.

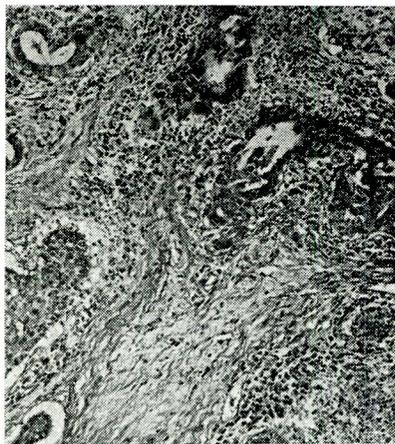


Fig. 12. — Registro n.º 9.500, do S. N. C. — À esquerda, tumor glandular e à direita, evolução epidermóide.

Observação n.º 5.

Registro n.º 9.500 — Mulher, branca de 50 anos, casada; procurou o Serviço em 14-6-947.

Doença atual — Há mais de 1 ano, notou nódulo na parte inferior da mama esquerda. Procurou um Serviço Hospitalar, tendo pedido alta, ao sa-

ber que ia ser operada. Voltando para casa, durante vários meses usou pomadas com óleo de fígado de bacalhau. O tumor aumentou de volume e acabou ulcerando há cerca de 2 meses, dando saída a grande quantidade de líquido. Desde então, seu estado geral vem declinando. Apareceram dores locais.

Exame local: — À inspecção da mama esquerda, observamos grande tumor ulcerado medindo 15x15 cms., circundado por nódulos elevados, que ocupa quase toda a metade direita da mama. A superfície dessa ulceração é irregular e apresenta formações arredondadas, exuberantes, com zonas esbranquiçadas de necrose. A pele que circunda o processo ulcerativo tem coloração arroxeadada. Pela palpação verifica-se: toda a mama esquerda de consistência dura, indolor e aderente ao plano muscular; na axila esquerda, múltiplos gânglios, duros e móveis. Clinicamente normais a mama direita e regiões tributárias. Foi feita a biopsia, no S.N.C., que revelou: B. 3.897 — Carcinoma epidermóide do tipo intermediário, grau III.

Tratamento e seqüência: — Com diagnóstico clínico de blastoma ulcerado da mama e histopatológico de carcinoma epidermóide, a doente foi em 17-6-47, operada em noso Serviço, sob anestesia peri-dural. Mastectomia total com esvaziamento axilar. Durante o ato operatório foi verificado que o tumor estava francamente aderente à parede costal, não tendo sido possível extirpá-lo nesse ponto. Dada a grande perda de substância cutânea, a cobertura da ferida operatória foi incompleta, ficando à mostra toda porção correspondente ao resíduo tu-

moroso. Como tratamento da lesão residual, foi planejada a aplicação de rádio à distância, em molde de feltro com 1 e meio centímetro de espessura. A doente recebeu fracionadamente 6.750 miligramas no espaço de 50 horas, durante 8 dias.

O tratamento pela curieterapia foi perfeitamente suportado, estando a doente aguardando que se

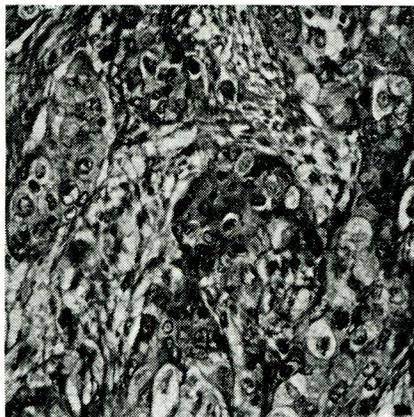


Fig. 15. — Registo n.º 9.500, do S. N. C. — Área epidermóide do mesmo tumor da figura anterior, com grande aumento.

faça a cobertura da perda de substância operatória pelo enxerto cutâneo linear. O exame da peça revelou: — Câncer néo-mamário. P.C. 1.500 (a) F. Fialho.

CIRURGIA DO ESTÔMAGO

O trabalho de Zolliger e Hoerr publicado no J.A.M.A. de 14 de junho de 1947, vem mostrar que as operações gástricas, provocam perturbação da absorção dos hidratos de carbono, em grande número de pacientes.

A causa desse desvio da absorção normal dos açúcares, é ainda desconhecida.

Pode permanecer durante anos e não está ligada à natureza da lesão que leva à cirurgia: úlcera ou câncer. A refeição rica em glicídios provoca rapidamente, subida exagerada glicemia e logo após, célere queda, não raro para cifra inferior à normal. Tudo leva a crer que os doentes gastrectomizados serão beneficiados com dieta pobre em hidratos de carbono.

SÔBRE UM CASO DE GRANULOMA EOSINÓFILO DO HÚMERO

FRANCISCO FIALHO*

A patologia do sistema retículo-endotelial, tão sedutora e complexa, tem despertado a atenção dos pesquisadores e clínicos de tal modo que a cada passo, novas descobertas são realizadas, evidenciando dessa maneira, a importância do referido sistema no organismo humano. De observações julgadas muitas vezes como insignificantes, têm sido tiradas conclusões de

tinotti — 1923), foi mais tarde observado por *Finzi* (1939) nos ossos, até que *Jaffe* e *Lichtenstein* puzeram o problema em foco. Era até então considerado como lesão de importância local, que prejudicava o indivíduo por provocar, ou áreas de rarefação que se localizavam em uma peça do esqueleto, ou por determinar o aparecimento de lesões cutâneas. No entanto, outros ca-

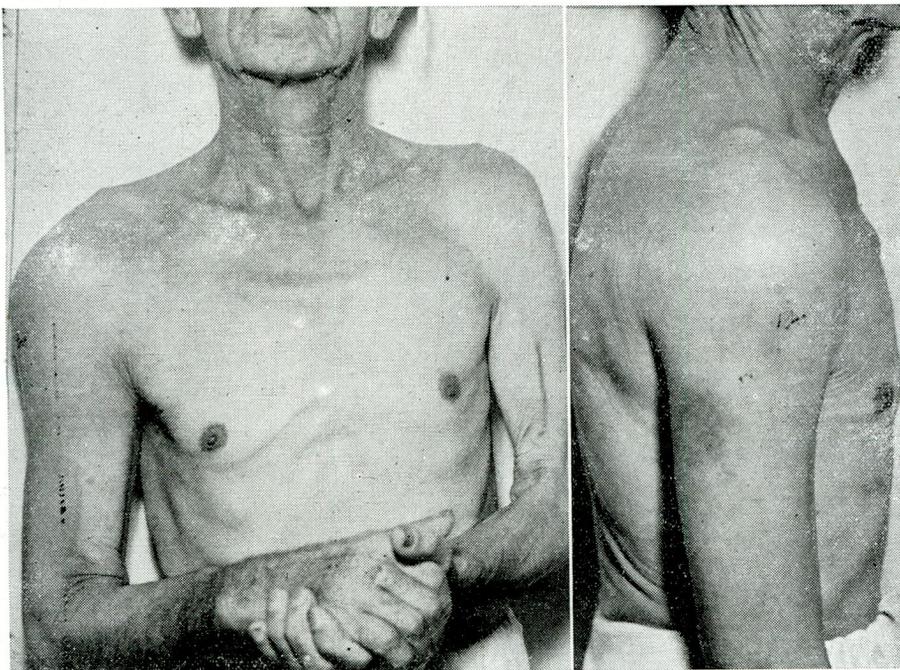


Fig. 1 — Fotografia do doente. Nota-se o tumor na extremidade do húmero, verificando-se a atitude do paciente mantendo o membro superior direito com o auxílio do esquerdo.

importância geral, que aproximam as síndromes descritas nas diferentes especialidades, confirmando a verdade: de que é uma só a medicina. Foi o que aconteceu com o "granuloma eosinófilo". Descrito a princípio pelos dermatologistas (*Mar-*

cos foram observados e imediatamente à publicação de *Jaffe* e *Lichtenstein* seguiu-se o fato de *Faber* relacionar o granuloma eosinófilo à síndrome de *Hand-Christian-Schüller* e a doença de *Letterer* e *Siwe*. Tomava o problema aspecto mais amplo, relacionando-se com síndromes de manifestações clínicas variadas e ricas. De um

* Patologista do S. N. C.

lado, surgia o interessante problema de metabolismo e, de outro, as manifestações ganglionares e vasculares complicando a questão que, no entanto, em linhas gerais, em seu fundamento, é traduzida por alteração do S.R.E. Já adquiria, naquela época, nova feição a síndrome de *Hand-Christian-Schüller*, considerada que foi, como retículo — endoteliose, que se acompanhava de perturbação metabólica. Observações novas, que se repetiram, inclusive algumas de *Jaffe e Lichtenstein*, que em princípio se opuseram às ideias de *Faber*, surgiram, mostrando fases transicionais entre estas diferentes entidades. Modernamente os dermatologistas norte-americanos salientaram o aparecimento de granuloma eosinófilo na pele, relacionando-o com o infiltrado pulmonar de *Loeffler*, o sífilide de gato, a doença de *Hodgkin* e a lesão óssea do mesmo nome. É bem verdade que,

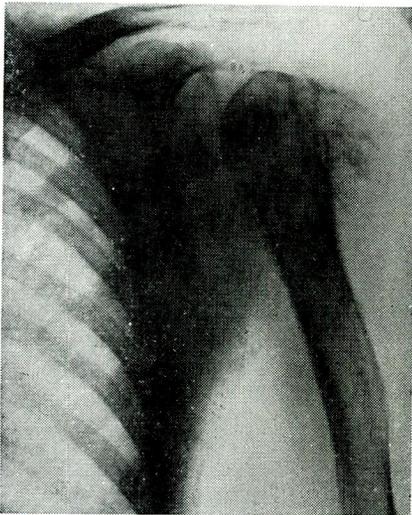


Fig. 2. — Aspecto radiológico da lesão. Verifica-se osteólise com destruição da cortical.

na maior parte dessas doenças, a semelhança é histológica, mas existe e é incontestável. Não apresentaram no entanto, bem como os autores que estudaram a lesão óssea, simultaneidade de aparecimento no tegumento cutâneo ou no esqueleto o que

foi realizado por *Schajowicz e Polak* que estudaram detalhadamente oito casos de manifestação óssea, um dos quais se acompanhou de lesões múltiplas da pele com identidade de quadro histológico e de sintomas-clínicos das síndromes de *Hand-Christian-Schüller* e de *Letterer-Siwe*. Êsses últimos autores, em trabalho minucioso e bem documentado, propõem a seguinte classificação :

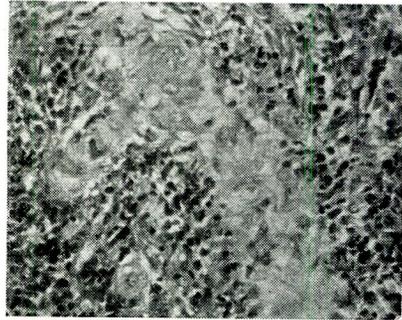


Fig. 3. — Com pequeno aumento vêem-se os elementos que constituem a lesão.

Classificação das hiperplasias retículo-histiocitárias da medula óssea (Schajowicz e Polak)

- A) — Granuloma histiocitário localizado
 - a) forma não lipídica
 - 1) sem eosinófilos e células xantomatosas (granuloma histiocitário propriamente dito)
 - 2) com eosinófilos (granuloma eosinófilo)
 - b) forma lipídica
 - 1) com células xantomatosas (xantoma solitário ou xantogranuloma) (variedade xantomatosa do tumor de células gigantes)
- B) — Granuloma histiocitário múltiplo
 - a) forma não lipídica
 - 1) simples
 - 2) complexa
 - a) com síndrome de Schüller-Christian
 - b) na doença de Letterer — Siwe
 - 3) com eosinófilos
 - a) simples
 - b) complexa
 - na doença de Letterer-Siwe.
 - com síndrome de Schüller-Christian

- b) forma lipídica
- 1) sem síndrome de Schüller-Christian (xantomatose óssea)
 - 2) com síndrome de Schüller-Christian.



Fig. 4. — Células histiocitárias e eosinófilos. As primeiras, maiores, possuem núcleos volumosos.

É essa, sem dúvida, classificação que situa bem o problema do granuloma eosinófilo dos ossos e que traz a grande vantagem de compreender os seus aspectos histológicos e clínicos. A nosso vêr, apenas a variedade xantomatosa do tumor de células gigantes aí não deveria estar, porque se trata de lesão blastomatosa com aspecto radiológico bem definido e imagem histológica típica. A xantelasmização é fenómeno secundário. É, em sua essência, constituído por elementos do S.R.E., porém com caráter blastomatoso, que é em geral benigno, mas que pode sofrer transformação maligna. Amadeu Fialho considera tais tumores com retículo-histiocitomas benignos dos ossos.

Histo-patologia. — O aspecto histológico do granuloma eosinófilo dos ossos é traduzido por hiperplasia de elementos histiocitários, de morfologia variável, ora fusiformes, ora arredondados, ora, ainda polimorfos. Os núcleos, em geral, assumem o tipo celular do qual fazem parte, porém, podem variar em número, havendo elementos com dois, três ou mais, quando, então,

reapitulam a estrutura da célula gigante. Ao lado dessas células outras existem, que justificaram pela sua presença, a denominação dada a lesão, e que são os eosinófilos, na sua maior parte, representados por citoplasma com granulações acidófilas e núcleo bilobado, se bem que muitos autores tenham descrito formas imaturas, com núcleo redondo. Esses elementos, células histiocitárias e eosinófilos, misturam-se desordenadamente, havendo ora predominância de um, ora de outro. Também se observam com relativa frequência, áreas de necrose. No granuloma eosinófilo da pele, lesões vasculares foram assinaladas. Observaram-se algumas lesões em que não apareciam os eosinófilos, razão por que *Schajowicz* e *Polak* preferem a denominação “*granuloma histiocitário*”, considerando “*granuloma eosinófilo*” como uma de suas variedades. A presença dos eosinófilos constitui mesmo um dos pontos mais obscuros do problema, não tendo sido resolvido ainda sua origem, nem explicada sua presença. Representantes que são do S.R.E., as células histiocitárias carregam-se de lípidios e determinam modificações no qua-

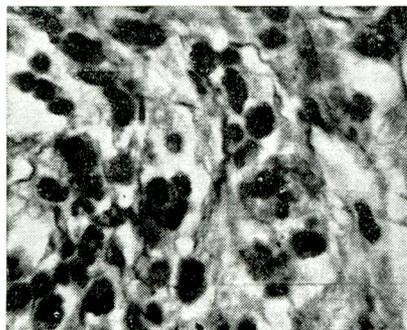


Fig. 5. — Observam-se numerosos eosinófilos.

dro histológico, traduzida pela verificação de elementos volumosos, poliédricos, com citoplasma espumoso. Constitue-se, assim, se houver predominância dessas células, a variedade lipídica, que pode ou não se acompanhar de síndrome de *Hand-Chris-*

-*ian-Schüller*. Ainda como índice funcional dos elementos que organizam essa lesão, verifica-se a presença, pelos métodos argênticos de impregnação, de fibras de reticulina.

Consideramos, pelo que expuzemos, o granuloma eosinófilo dos ossos como retículo-endoteliose, de expressão local ou geral. Pode ela ser acompanhada por diferentes sintomas clínicos que são observados em outras retículo-endotelioses, de gravidade variável e, o que é mais interessante, haver casos em que os referidos sintomas se misturam, surgindo também lesões viscerais, constituídas principalmente por adenocartias, hêpatomegalia e esplenomegalia.

O caso por nós estudado possui a seguintes história clínica :

Indivíduo, de sexo masculina com 60 anos de idade, lavrador. Refere-se a dôr de fraca intensidade e de caráter intermitente, na espádua direita, há 10 anos. Essas dores diminuíam com o uso de fricções. Há 18 mesês a intensidade do sintoma aumentou, provocando impotência funcional, até que, há 6 meses, observou edema da extremidade superior do braço direito. Usou tópicos, sem resultado. As dôres aumentaram e a importância funcional tornou-se quase completa. Após exame radiológico, foi enviado ao S.N.C. A sintomato-

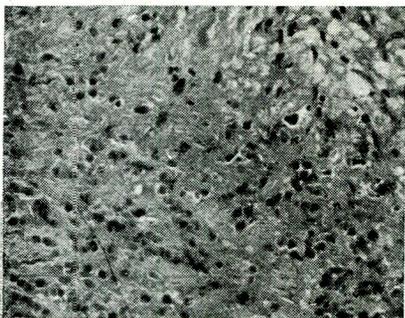


Fig. 6. — Área de necrose.

logia local é representada por tumor do têrço superior do braço direito, medindo 12 x 7 cm., de consistência pouco firme, doloroso à palpação. As novas radiografias revelaram lesão osteolítica da extremidade superior do húmero com destruição da cortical, e reação perióstica. No colo do

femur esquerdo há área pequena, radiotransparente. Os outros ossos nada de particular apresentam. Foi feito o diagnóstico de blastoma maligno do húmero, tendo sido indicada a desarticulação. A biópsia, no entanto revelou o seguinte: O exame microscópico do material remetido mostra estrutura realizada por dois tipos celulares. A primeira representada por células volumosas, com morfologia variável, possuindo núcleo de grandes dimensões com cromatina finamente dispersa; al-



Fig. 7. — Fibras de reticulina impregnadas pelo método de Laidlaw.

gumas vêzes, êsses elementos apresentam dois núcleos, assemelhando-se então, às células de *Steinberg*; outras vêzes, há tendência para disposição sinsicial. O segundo é o leucócito eosinófilo não tendo sido encontrado, apesar de ter sido feita a coloração de Giemsa, elemento do tipo mais jovem. Êsses dois tipos celulares apresentam-se em mistura desordenada, sem que se observe evidente predominância de um sôbre o outro. Em algumas áreas verifica-se necrose de coagulação. Em alguns pontos há abundante quantidade de colágeno, determinando aparecimento de áreas que caminham para a fibrose. O método de Laidlaw revelou a presença de numerosas fibras de reticulina. Os vasos, que são abundantes, mostram endotélio espesso, com proliferação da íntima em muitas e, até mesmo obliteração da luz.

Diagnóstico : granuloma eosinófilo.

O exame hematológico mostrou ao lado de anemia discreta, 7% de eosinófilos.

Foi indicada a roentgenterapia, tendo sido feitos 2.000 r. por dois campos, 50 cm. de distância, foco pele e 1 mm. de cobre.

O paciente apresentou acentuadas melhoras clínicas, voltando a ter mobilidade do membro superior. Teve alta do S.N.C., porém as radiografias realizadas não revelam modificações da lesão. Atualmente encontra-se sob contrôle.



Apresenta êsse caso, um interesse particular pois simulou blastoma ósseo do tipo maligno, diagnóstico que o exame histopatológico modificou, dando nova orientação terapêutica permitindo outro prognóstico. Permanecerá o doente em observação o que se justifica principalmente pelo fato já referido de se considerar tal lesão, no adulto, com aspecto local de retículo-endoteliose, que poderá se generalizar e se acompanhar ou não de síndrome de *Hand-Christian-Schüller*.

Histológicamente o nosso caso recapitula o quadro verificado em tôdas as observações publicadas, não tendo sido encontradas no entanto, células xantelasmiadas. Áreas de necrose, fibras de reticulina e mesmo as lesões vasculares descritas nas manifestações cutâneas, foram verificadas. Chamou-nos a atenção a imagem de alguns elementos que se mostram muito semelhantes às células de *Steinberg*, da linfogranulomatose maligna.

O fato de não se verificarem modificações imediatas da lesão após o tratamento pelas irradiações já foi assinalado em outras observações. Aparecem, no entanto, algum tempo depois, determinando a cura.

Serve essa observação para confirmação da conduta acertada e moderna que

orienta e ressalta a importância da patologia, companheira inseparável da clínica, no diagnóstico e tratamento das enfermidades. Somente com êsse trabalho de colaboração pode-se assegurar orientação científica com resultados melhores para os pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- Dobes, W.L. and Weidmann, F.D.* — Granulomatous Hodgkin's disease of the skin with extreme eosinophilia (eosinophilie granuloma of the skin?); *Farber, S.*: Am. J. Path. 17: 625, 1941; *Jaffe, H.L. and Lichtenstein, L.* — Eosinophilia granuloma of bone. Am. J. Path. XVI 595, 1940; Eosinophilie granuloma of bone. Arch. Path. XXXVII: 99, 1944; *Lever, W.F.* — Eosinophilie granuloma of the skin, Arch. Dermat. Syph. 55: 2, 194, 1947; *Lewis, G.M. and Cormia, F.E.* — Eosinophilie granuloma. Arch. Dermat. Syph: 55: 2, 176, 1947; *Otani, S. and Ehrlich, J.C.* — Solitary granuloma of bone simulating primary neoplasma. Am. J. Path. XVI: 479, 1940; *Schajowicz, Fritz y Polak, Moises* — Contribución al estudio del denominado "granuloma eosinofílico" y a sus relaciones con la xantomatosis osea — Arch. Hist. normal y Patologica — III: 47, junho 1946; *Versiani, O. Figueira, J.M. e Junqueira, M.* — Hand-Schüller-Christian's syndrome and eosinophilie or solitary granuloma of bone. Am. J. of Medical Sciences — 207, 161 — Fev. 1944; *Weidman, F.D.* — The eosinophilie granulomas of the skin — Arch. Dermat. Syph. 55: 2, 155-147.

CÂNCER DO COLO UTERINO EM MULHERES ATÉ 20 ANOS

Polack e Taylor, publicaram no *American J. of Obstetrics and Gynecology* de Janeiro de 1947, um estudo cronológico onde estudaram a frequência com que apareceram os casos de câncer do colo uterino em mulheres com menos de 20 anos de idade. Verificaram que a partir de

1880, tem aumentado a frequência dos carcinomas do colo uterino nêsse grupo de mulheres. Conseguiram colecionar 30 casos sendo que em 22, o tipo histológico era o adenocarcinoma. A marcha da doença foi particularmente desfavorável, sendo que apenas 4 pacientes sobreviveram cinco anos.

DIAGNÓSTICO PRECOCE

DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DA PELE

SERGIO AZEVEDO*

O câncer da pele, entre todos os tumores, é o que se apresenta com maior frequência em clínica.

Quanto à sua localização, segundo trabalho do Dr. MOACYR SANTOS SILVA, (Rev. Bras. de Med. 4: 269 (abril) 1947), que se valeu dos arquivos do *Serviço Nacional de Câncer*, 80,8% dos carcinomas cutâneos localizam-se na cabeça. Dêstes 80,8%, 2,9% estão localizados no couro cabeludo; 5,9% no pavilhão da orelha e 91,2% na face.

O fato da maior frequência do câncer da pele na face, encontra explicação nas irritações a que está sujeito o tegumento cutâneo em suas partes descobertas, sempre expostas à ação das intempéries, das irradiações actínicas, dos traumatismos, dos cáusticos, etc. etc. O papel do sol, por exemplo, foi admiravelmente estudado por *Roffo*, o qual demonstrou que nos indivíduos com tez alva e delicada de certas raças, em especial nos da nórdica, os raios ultra-violetas são particularmente capazes de cancerizar a pele. Sustenta aquele experimentalista, que a colesterina depositada na pele, sob a ação dos raios actínicos, transforma-se em oxicolesterina, substância reconhecidamente cancerígena.

As *rádio-dermites* provocadas pelos agentes rádio-ativos, (radium e raios X) e igualmente passíveis de transformação maligna, constituem hoje, ocorrência rara, conhecidos como são agora, meios eficientes de proteção contra as irradiações. O mesmo não acontece com os chamados *cân-*

res profissionais, provocados por *agentes químicos*, especialmente as *anilinas*, o *alcatrão* e seus derivados, tais como o breu, a fuligem, o carvão, o asfalto e o betume. Êstes tumores, nas estatísticas norte-americanas, ocupam ainda lugar de relêvo, ape-



FIG. 1 — Lesões cutâneas de queratose, num marítimo, produzidas pelas irradiações solares, algumas já em franca cancerização. (Arquivos do S. N.C.).

zar das rigorosas medidas profiláticas postas em prática entre os trabalhadores que manipulam aquelas substâncias.

O *arsênico* é outro elemento tido como cancerígeno; no homem, ocasiona queratoses e mesmo lesões cutâneas cancerosas, até por ingestão, como é exemplo o caso citado pelo *Prof. Ramos e Silva*, de um seu paciente, que durante grande parte de vida fez uso de gotas de licôr de Fowler. Somente com o arsênico tri-valente, como acentua *Hildebrando Portugal* é que tal

* Chefe da Seção de O. C. do Serviço Nacional de Câncer.

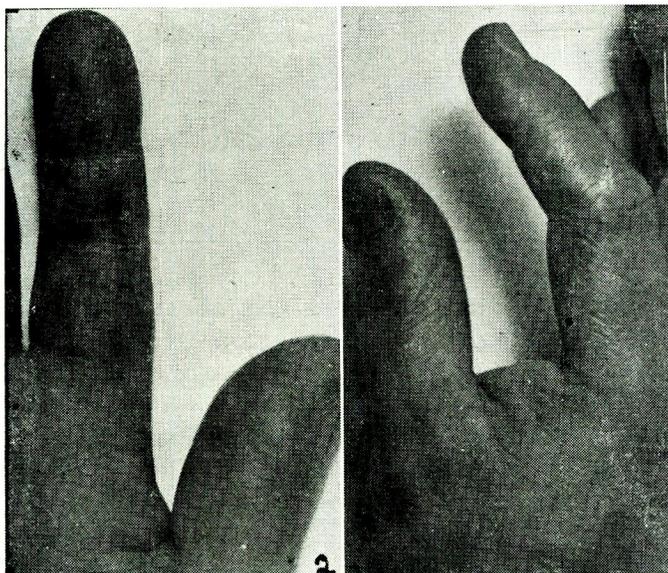
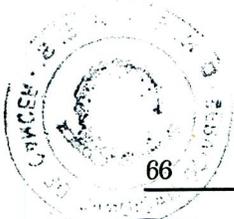


Fig. 2 — Lesões de radiodermite nos dedos de um profissional (dentista) que não adotou medidas adequadas de proteção. (Arquivos do S.N.C.).

acontece, sendo infundados os receios de certos autores sobre os perigos que apresentam, neste ponto de vista, os arsenicais pentavalentes, empregados na terapêutica da sífilis.

O câncer da pele, geralmente evoluciona sobre lesões conhecidas como *pré-*

-cancerosas, quer congênitas, quer adquiridas.

Das primeiras, fazem parte os "*nevi*", certas *disqueratoses* e o *xeroderma pigmentoso*.

Os "*nevi*", vulgarmente conhecidos como "*sinais*", apresentam-se como man-

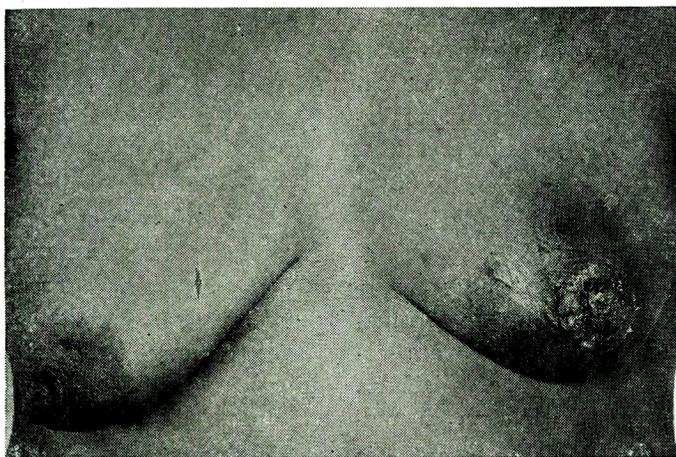


FIG. 3 — Doença de Paget (lesão inflamatória crônica da pele, em particular da mamila), considerada por uns como pré-cancer e por outros como lesão tipicamente cancerosa. (Arquivos do S.N.C.).

chas, pigmentadas ou não, de tamanho variável, ora planas, ora elevadas, de superfície lisa ou verrucosa, cobertas muita vez, de pêlos. Surgem desde o nascimento ou aparecem tardiamente na idade adulta. Quando localizados em partes submetidas à irritações constantes, podem transformar-se em tumores de grande malignidade.

As *disqueratôses*, incluem dois tipos de suma importância em cancerologia: a de *Bowen* e a de *Paget*. Autores há que chegam a afirmar, serem as mesmas, verdadeiros cânceres. São lesões inflamatórias crônicas da pele, e a de *Paget*, se localiza preferentemente nas mamas: a aréola é invadida e as lesões tem superfície vermelha, escamosa e exudativa. Com o decorrer do tempo, podem observar-se formações úlcero-crostosas e mesmo vegetantes, com aspecto típico de carcinoma.

A doença de *Bowen* ou disqueratose lenticular, caracteriza-se por lesões papulosas, pouco infiltrantes, de superfície escamosa e rósea, que mais tarde se fundem em placa única, de contornos irregulares e policíclicos.



FIG. 4 — Cicatrizes viciosas por queimadura, com aspecto queloidiano. Lesões sobre as quais o câncer, comumente, se desenvolve. (Arquivos do S. N.C.).

Em presença dessas lesões, que inicialmente se mostram com aspecto de eczema banal, o clínico não pode contemporisar, devendo imediatamente encaminhar o paciente a um especialista, que após proceder a biópsia, fará a terapêutica adequada.

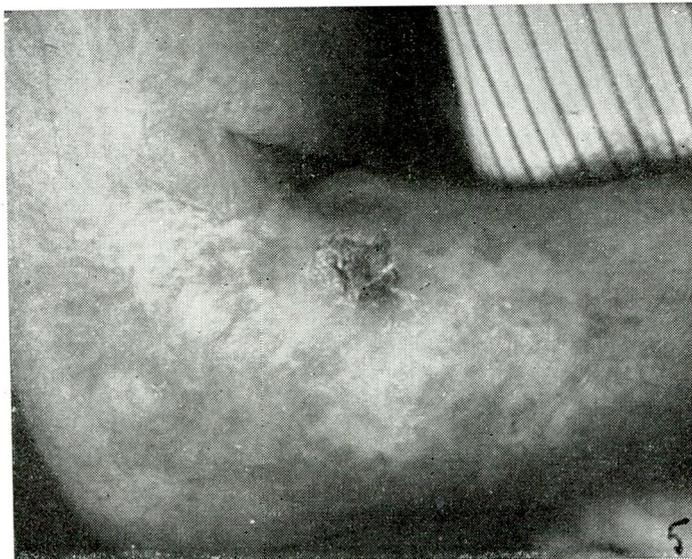


FIG. 5 — Lesão cancerosa desenvolvida sobre cicatriz de queimadura. (Arquivos do S.N.C.).

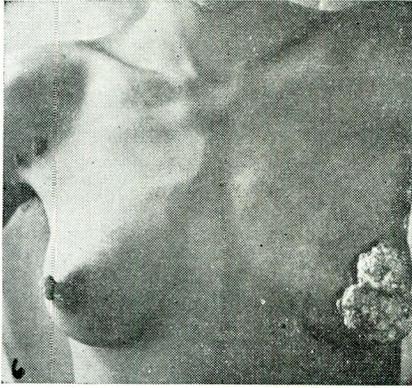


FIG. 6 — Lesão papilomatosa da mamila (aspécto de couve-flôr) que fatalmente acabará por sofrer degeneração maligna. (Arquivos do S.N.C.).

O *xeroderma pigmentoso* é outra formação pré-cancerosa congênita, peculiar às crianças e aos adolescentes, que *Ramos e Silva*, com muita justeza, assim define: "crianças que se apresentam com pele de velho". Em tal estado patológico são en-



FIG. 7 — Lesão papilomatosa do dorso da mão, na qual a histologia mostrou áreas de degeneração maligna (Arquivos do S.N.C.).

contradas tôdas as lesões cutâneas que só aparecem em idade muito avançada, como *atrofia*, *pigmentação* e *queratose senil*, com tendência franca para cancerização.

No grupo das lesões pré-cancerosas adquiridas, as mais diversas dermatoses pôdem ser incluídas. Assim, são suscetíveis de degeneração maligna, embóra em menor escala: as *ulcerações crônicas*, de etiologia microbiana ou parasitária, as *cicatrices*, o *lupus tuberculoso*, os *processos distróficos* de longa evolução, como o *prurido essencial*, a *cornificação*, a *leucoplasia*,

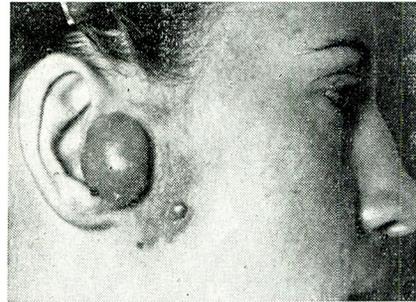


FIG. 8 — Angioma (tumor vascular de côr violácea) susceptível em certos casos de transformação maligna. (Arquivos do S.N.C.).

a *éritroplasia*, etc. Finalmente, pôdem ser consideradas lesões pré-cancerosas, uma infinidade de formações tumorosas benígnas, como as *verrugas*, (maximé as *móles*, *cerebriformes*), os *papilomas*, os *quelóides*, os *queratomas*, os *granulomas inflamatórios*, os *cistos dermóides*, os *lipomas*, os *fibromas*, os *angiômas*, os *neurinômas*, etc.

Passando agora ao estudo clínico dos cânceres já constituídos, os *epiteliomas* ou *carcinomas cutâneos*, diremos que comumente surgem em indivíduos que já ultrapassaram 45 anos de idade. Apresentam-se como já vimos, com frequência notável, na face e nas regiões descobertas.

Quanto ao sexo, nada de particular há a respeito, pois são acometidos indiferentemente, tanto os homens quanto as mulheres. Já em se tratando de raças, enormes diferenças são encontradas. De ocôr-

do com os dados estatísticos de *Jansen de Mello*, referidos por *H. Portugal*, num período de 9 anos (1930-1939), foi a seguinte a distribuição do câncer segundo a cor :

Branços 6.447 ou 75,5%
Pigmentados 2.072 ou 24,45%

Os arquivos do Serviço Nacional de Câncer mostram, que num período de 8 anos (1939-1947), foram ali registrados 4.637 casos confirmados de câncer. Dêstes, 3.646 ou 78,7% eram brancos ; 574 ou 12,4% eram pardos e finalmente 417 ou 8,9% eram negros.

Nos registros da *Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina (Prof. Ed.*

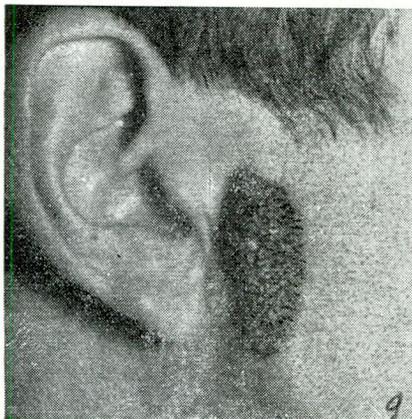


FIG. 9 — Nevus pigmentado, de aspecto verrucoso, sujeito à transformação maligna do mais grave prognóstico. (Arquivos do S.N.C.).

Rabelo), foram examinados, segundo ainda *H. Portugal*, 654 epiteliomas, num período de 10 anos (1930-1939). Nêste total, há apenas, 2,0 ou 3,05% em pacientes pigmentados, pardos ou pretos. Quer isto dizer, que o pigmento melânico da pele, constitue uma espécie de barreira protetora aos diversos fatores irritativos cancerígenos, ao contrário dos albinos, sujeitos em larga escala às queratoses e às outras lesões pré-cancerosas.

Os carcinomas cutâneos podem ser primitivos ou metastáticos, isto é, secundários a lesões malignas inicialmente localizadas em outros pontos do organismo.

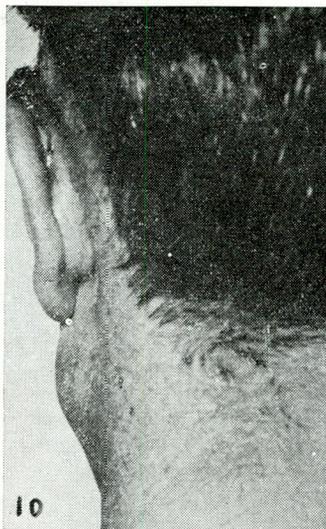


FIG. 10 — Nevus pigmentado do pavilhão da orelha, com transformação maligna (melanoma), vendo-se nitidamente o relevo da metástase ganglionar cervical. (Arquivos do S.N.C.).

Clinicamente os primitivos, por sua vez, pertencem a dois tipos principais : os *baso-celulares* e os *espino-celulares*. Do ponto de vista histológico, e tão somente, há a considerar os carcinomas *mistos (baso-espino-celular)* e as *fórmulas transicionais*. Segundo ainda, dados colectados por *Moacyr Santos Silva* no Serviço Nacional de Câncer, a porcentagem do tipo histológico num total de 335 casos rigorosamente selecionados, foi a seguinte :

Baso-celular	211 casos — 63,2%
Espino-celular	84 " — 25,0%



FIG. 11 — Melanoma, localizado no calcanhar e atribuído à irritação do calçado. (Arquivos do S.N.C.).

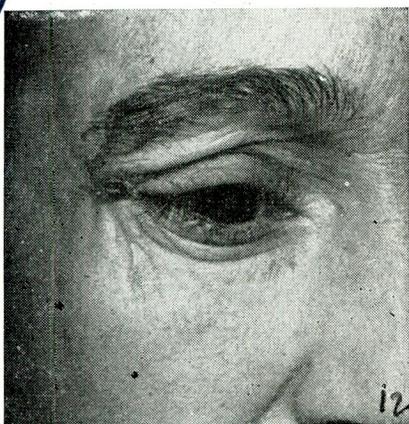


FIG. 12 — Carcinoma baso-celular da comissura palpebral. (Arquivos do S.N.C.).

Baso-espino-celular ..	33	"	—	9,8%
Transicional	7	"	—	2,0%

Os carcinomas baso-celulares são pois, os mais frequentes e felizmente os menos graves; não invadem os gânglios linfáticos, não se disseminam à distância, apresentando uma longa evolução que alcança, muita vêz, até 20 anos. Desenvolvem-se frequentemente, na face de pessoas idosas, sobre placas de queratose senil. O início se faz pela ulceração de uma dessas placas, ulceração esta, geralmente arredondada, cujo fundo, liso ou finamente granuloso, é quase sempre recoberto de camada cristósa que sangra ao ser destacada. Os bordos da úlcera são ligeiramente infiltrados. Es-



FIG. 13 — Carcinoma baso-celular da região naso-geniana. (Arquivos do S.N.C.).

ta é a variedade clínica conhecida pela denominação de "*ulcus rodens*."

Na forma chamada *plano-cicatricial*, o carcinoma baso-celular se apresenta como ulceração serpiginosa, com tendência à cicatrização em certos pontos, circundada por bordos formados por conjunto de pequenas pérolas, duras e elevadas.

Finalmente, encontra-se a forma *nódular*, representada por tumor de consistência dura, raramente pediculado e a forma *terebrante*, justamente a de maior malignidade local pelas mutilações que produz, destruindo os tecidos não só em superfície como em profundidade, criando ver-

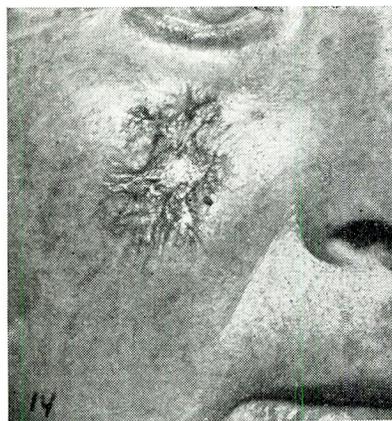


FIG. 14 — Carcinoma baso-celular da região geniana com áreas de cicatrização espontânea — tipo plano-cicatricial — (Arquivos do S.N.C.).

dadeiras cratêras nos seios faciais, fossas nasais e órbita.

O carcinoma *espino-celular* apresenta feição clínica mais séria que a do baso-celular, pois sua evolução é rápida, invadindo com frequência os gânglios tributários da região onde se localiza. Como o precedente, tanto póde originar-se de lesões pré-cancerosas, como desenvolver-se em zonas de pele aparentemente sã. Localiza-se de preferência nas margens dos orifícios cutâneos, bôca, orelha, etc.

Inicialmente observa-se um pequeno nódulo cutâneo duro, cuja superfície se ulcera precocemente, tomando o conjunto,



aspécto papilomatoso, vegetante ou escavado por numerosas anfratuosidades, com bórdos bastante infiltrados que sangram ao menor contato.

Na prática, apesar das características clínicas que separam os carcinomas baso dos espino-celulares, convém sistematicamente proceder-se à biópsia esclarecedora, pois muita vez, os resultados histológicos são desconcertantes mesmo para os mais experimentados.

Afim de completar o estudo dos blastomas cutâneos, passemos a fazer algumas considerações sôbre os *sarcomas* e os *melanomas*.

Sarcômas: Os sarcômas têm em dermatologia, importância muito menor que os carcinomas, devido a sua raridade. São tumores de origem mesenquimal, e que por conseguinte, partem dos tecidos sub-cutâneos.

Êstes tumores, solitários ou múltiplos, nodulares ou difusos, de consistência dura, quando são percebidos na péle, já se acham em fase de franca evolução, por isso que emergem das camadas profundas do derma. O diagnóstico clínico não é fácil; quase sempre, só a biópsia poderá confirmar a verdadeira natureza dessa neoformação. Frequentemente os sarcomas das



FIG. 15 — Carcinoma baso-celular, desenvolvido sôbre placa de queratóse senil — tipo "ulcus-rodens" — (Arquivos do S.N.C.).

partes moles evoluem com rapidês, dando metástases para os órgãos vitais.

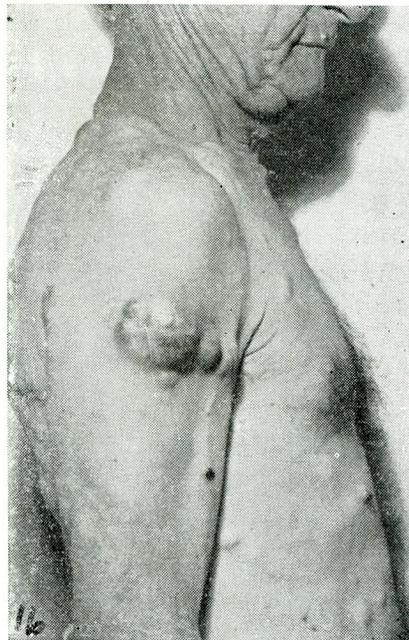


FIG. 16 — Metástases cutâneas generalizadas em consequência de melanoma primitivo da região sub-maxilar. (Arquivos do S.N.C.).

Melanomas: — Os melanomas malignos ou *névo-cânceers*, são tumores oriundos de degeneração maligna dos "nevi", (melanomas benígnos) a que já nos referimos por ocasião do estudo das lesões pré-cancerosas.

Os sintomas de malignidade dos melanomas, evidenciam-se pelo crescimento mais ou menos rápido das manchas pigmentares, e pelo aparecimento em sua periferia, de um halo avermelhado. As alterações de côr, o sangramento, as dôres ou sensação de prurido ou de fisgadas na lesão, são sinais de alarma.

É principalmente na cabeça e nos pés que estas transformações malignas se processam com mais frequência. Invadem os gânglios regionais com rapidês e produzem metástases em quase todos os órgãos, generalizando a doença.

O êxito do tratamento do câncer da péle, como aliás do câncer em geral, depende exclusivamente do diagnóstico precoce; quanto mais cedo fôr reconhecida a lesão suspeita, maior será a probabilidade de cura.

A péle é a parte mais acessível do organismo, permite a visualização e a fácil descoberta das menores alterações patológicas e quase 100% de diagnóstico precoce,

Para bem conduzir o tratamento das lesões cutôneas, devemos :

— Desconfiar sempre dos pequenos nódulos que tendem a crescer, das ulcerações que não cicatrizam, dos "sinais" que mudam de aspécto.

— Proceder a ablação de tôdas as neoformações cutâneas, suscetíveis de serem irritadas.

— Nunca perder tempo com o emprego de tratamento a título de prova, a menos que de curta duração.

— Não irritar a lesão com antisséticos ou cautérios.

— Assegurar o diagnóstico no menor prazo de tempo possível, recorrendo à biópsia parcial ou à ablação total da lesão, quando esta fôr de dimensões reduzidas.

— Aconselhar, após o resultado do exame histopatológico, o tratamento oportuno e adequado por um dos três métodos clássicos : Raios X, radium ou cirurgia.

CÂNCER DA MAMA

P. Desaiue, "apud" Surg. Gen. Obst. de Novembro de 1946, também é de opinião estar o câncer da mama intimamente relacionado com a função ovariana. Acredita que o único meio capás de diminuir a incidência do câncer mamário é o contrôle eficiente da vida sexual da mulher. Parece-lhe que a amamentação da criança

tanto de um, como de outro seio, o espaçamento das gestações e subseqüentes lactações, permitem certo repouso e recuperação glandular, o que protege contra o câncer. Não há todavia nada de positivo para justificar a castração cirúrgica ou radioterápica como método geral de tratamento do câncer mamário.

DIVULGAÇÃO

“RADON” : CONSIDERAÇÕES

ANTONIO PINTO VIEIRA*

O autor, radioterapeuta do S.N.C., foi incumbido por seu Diretor, Dr. Mário Kroeff, de estudar o “radon”, importante agente radioterápico. Após ter conseguido bolsa de estudos por intermédio do “Institute of Interamerican Affairs” permaneceu nos E.E.UU. da América durante um ano e dois meses. Durante essa estada, frequentou o “Memorial Hospital” onde ao lado dos físicos L. Marinelli e G. Failla, familiarizou-se no manejo da aparelhagem, no modo de captação, acondicionamento e dosagem das células de “radon”.

Na Universidade de Colúmbia, seguiu o curso sobre “física das irradiações” ministrado pela Dra. E. Quimby. Acompanhou durante três meses o Serviço de Radioterapia do “Billings Hospital” e do “Hines Hospital”, respectivamente sob a orientação dos Drs. Anna Hamann e Harry Slobodin.

Visitou em Chicago o “Tumor Institute” do Dr. Max Cutler e a fábrica de aparelhos de Raios X da General Electric.

Em Nova Iorque frequentou ainda, durante três meses, o Serviço de Radioterapia do “Presbyterian Hospital”, chefiado pelo Dr. Maurice Lens.

*

“Radon” foi o nome sugerido em 1923 pela “Comissão Internacional de Elementos Químicos”, para ser usado em lugar do termo “Emanação do “Radium”.

Para se compreender o que vem a ser o “Radon” e como se processa sua desintegração, basta acompanhar o esquema anexo, (fig. n.º 1).

O “Radon” resulta da primeira transformação do “Radium”. Quando o átomo de “Radium” emite uma partícula alfa, transforma-se em “Radon”. O “Radon” é um gás de peso atômico 222. Como toda substância radiotiva, é instável. O ra-

don por sua vez, emite uma partícula alfa se transforma em *Radium A*, que é sólido. Êste último então, emite outra partícula alfa e passa a “*Radium*” B, também sólido, elemento que pertence à mesma família química do chumbo. O “*Radium*” B, (veja esquema) desintegra-se de maneira diferente dos elementos já mencionados. Emite: um “*electron*”, conhecido por *râio beta* ou *partícula beta*, e um *râio gama*. Transforma-se então em “*Radium C*”, que emite todos os 3 tipos de raios: alfa, beta e gama.

Tôdas essas substâncias radioativas acham-se agrupados em uma família ou série. A que acaba de ser descrita, é a do Urânio, primeiro elemento da série, sendo nela sétimo, o Radium.

Só tem interêsse em radioterapia o que apresentamos da série do Urânio e que se acha esquematizado na fig. 1.

Cada membro desta série funciona como verdadeiro elemento químico, podendo entrar em combinação com outros de acôrdo com a afinidade.

Os 3 tipos de raios, alfa, beta e gama, diferem muito quanto ao poder de penetração.

Os *raios alfa* que nada mais são que núcleos de Hélio, animados de grande velocidade, não têm poder apreciável de penetração em profundidade na matéria sólida, pois são interceptados até por uma simples folha de papel. Não são, pois, praticamente usados em radioterapia.

Os *raios beta* são “*electrons*” que partem com velocidade bem maior do que a dos raios alfa, e são mais penetrantes.

* Radioterapeuta do S. N. C.

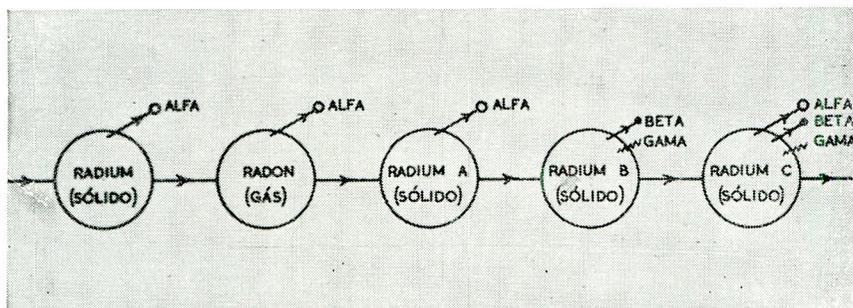


Fig. 1 Esquema mostrando parte da série do Urânium, com seus elementos mais importantes, usados em radioterapia. (Segundo Quimby).

Muitos dêles penetram vários milímetros nos tecidos. São interceptados por filtro de platina ou ouro com 0,5 mm. de espessura. Seu uso em radioterapia destina-se somente às lesões muito superficiais.

Os raios gama são idênticos aos raios X, isto é, são irradiações electromagnéticas que têm a velocidade da luz e possuem grande poder de penetração. Muitos dêles podem atravessar vários centímetros de chumbo, sendo assim os que mais uso encontram em radioterapia.

Conforme podemos ver ainda na fig. 1, o "Rádium" e o "Radon" por si só, não emitem raios gama. São seus derivados, o "Rádium" B e o "Rádium" C, que fornecem os raios gama. Se agora, usando de artifício, coletarmos o "Radon" e o selarmos num tubo capilar de vidro, seus produtos de desintegração ficarão retidos no interior do mesmo, juntamente como o próprio "radon". A emissão dos raios gama será atribuída à fonte originária das emanações contidas no presente tubo, isto é, ao "radon". Do mesmo modo, quando selarmos num tubo de platina, um sal de "radium", seus produtos de desintegração ficarão acumulados aí. A emissão dos raios gama será atribuída ao "radium", fonte primária que dá origem aos ditos "raios" gama, e que está presente no tubo em questão. Nos 2 casos citados, isto é, seja no caso de um tubo de radon selado em vidro ou no de um tubo de radium selado em platina,

são os seus últimos derivados, *radium B* e *radium C*, que darão origem aos raios gama. Do que foi dito, conclue-se que do ponto de vista da gama-terapia não há diferença no elemento usado: "radium" ou "radon".

Destruição do "radon" — O "radon", como toda substância radioativa, tem período de semi-vida característico. Expliquemos: período de semi-vida é o tempo necessário para que uma certa quantidade de substância radioativa se reduza à metade. O "radium" leva, para tal, 1.590 anos. Sua destruição, durante qualquer experiência ou qualquer tratamento, é desprezível. Isso já não acontece com o "radon", que tem período de semi-vida muito curto, calculado em dias. O "radon" destrói-se em proporção constante, como mostra a curva ABC, na fig. 2. Nêsse esquema, toma-se como ponto de partida 100 milicuries de "radon", presentes inicialmente em A. No

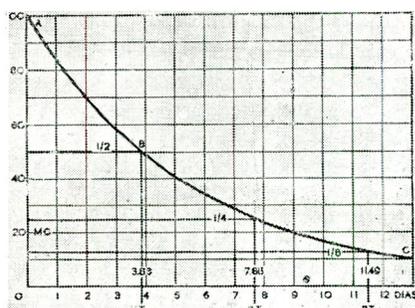


Fig. 2. Curva mostrando a destruição do radon.

1.º dia, haverá um decréscimo de 16,5%, ficando somente 83,5 milicuries. No 2.º dia, 16,5% dos 83,5 milicuries desintegram-se, restando somente 69,7 milicuries. No fim de 3,83 dias e centésimos do dia, ou seja 3 dias e 20 horas, somente permanece a metade do radon inicialmente presente. Isto é que se denomina, o período de semi-vida do *radon* (T), conforme fig. 2.

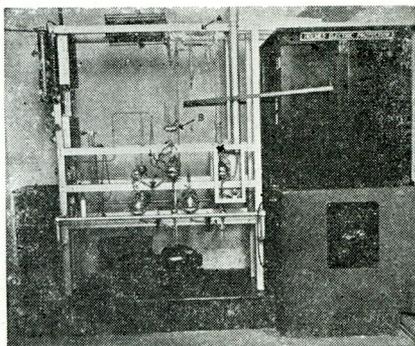


Fig. 3. Aparelho de Radon tipo Dr. Failla, instalado no Memorial Hospital de Nova York.

No fim de um praso equivalente a 2T, haverá somente 1/4 dos 100 milicúries iniciais. Após 3T, somente 1/8, e assim por diante.

A destruição do *radon* segue, portanto, uma curva exponencial.

Extração do "radon" — Para a captação do "radon", dos sais de "radium" e seu acondicionamento em tubos capilares de vidro ou em sementes de ouro, são necessárias as seguintes operações: a) captação das emanações oriundas de uma solução aquosa de brometo ou cloreto de "radium" (únicos sais solúveis), por meio de um aparelho especial composto de uma rede de tubos de vidro capilares; b) acondicionamento dessas emanações em pequenos tubos capilares de vidro ou de ouro (sementes); c) dosagem da carga de irradiação contida nessas células.

O aparelho de Failla, destinado a executar as operações referidas, e que foi ad-

quirido pelo Dr. Mario Kroeff para o Serviço Nacional de Câncer, devendo em breve ser instalado, é idêntico ao existente no "Memorial Hospital" de Nova-York, ver fig. 3. É construído de uma grande série de tubos de vidro, onde, por meio de um sistema de vácuo, feito por bomba e circulação de mercúrio, se expandem as radiações.

Células de "radon". — As células de "radon" podem ser de 2 tipos: tubos e sementes de ouro (ver fig. 4). Os tubos de *radon* são capilares de vidro com diâmetro externo de 0,9 mm., com comprimento de 1,4 cm. colocados dentro de uma cápsula com uma liga ouro-platina, equivalente à filtragem de 0,5 mm. de platina.

As sementes de *radon* são pequenos capilares de ouro, com diâmetro interno de 0,15 mm., e com comprimento total de 4 mm., cuja filtragem corresponde a 0,3 mm. de ouro.

Aplicação médica do "radon". — Os tubos de radon são usados no tratamento do câncer. Como as emanações dos tubos são filtradas por uma liga ouro-platina,

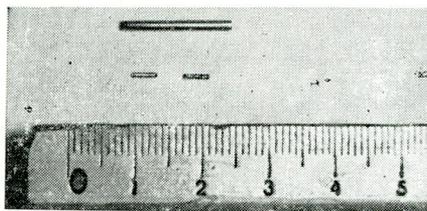


Fig. 4. Um tubo e duas sementes de radon.

equivalente a 0,5 mm. de platina, somente passam os raios gama. São usados preferentemente no tratamento dos cânceres do útero e da pele.

As sementes de ouro, podendo ser esterilizadas, são introduzidos nos tecidos com caráter permanente, por meio de um trocáter. Como há degradação do poder radioativo, pela destruição contínua que sofre o "radon", a dose inicialmente presente, desaparece no fim de 30 dias apro-

ximadamente. Passa então a ser "semente morta". As sementes de "radon" são usadas preferentemente no tratamento dos cânceres da cavidade bucal e da bexiga, onde podem ficar para sempre abandonadas. Em certos casos, o implante dessas sementes pode ser feito por meio da endoscopia, usando-se para tal, aplicadores especiais (bexiga).

Vantagens do "radon" sobre o "radium"

1 — Uma das principais vantagens do "radon" sobre o "radium", é permitir que a carga de seus tubos seja variada praticamente à vontade. Assim, um tubo de radium de 1,5 cm. de comprimento dificilmente poderá conter mais que 75 mgrs., a menos que se aumente exageradamente o diâmetro do tubo. Já no caso do radon, pode-se comprimir até 250 milicúries dentro de um tubo capilar de 1,5 cm. de comprimento e 0,9 mm. de diâmetro.

2 — Outra grande vantagem está no fato de representar o desaparecimento eventual de um tubo de radon, apenas a perda da pequena cápsula, composta da liga ouro-platina. O mesmo não se dá com um tubo de "radium". O "radon" pode assim, sem perigo, ser enviado para os pontos mais distantes do País.

3 — O tratamento pelo "radon" pode ser feito ambulatoriamente, dispensando a internação do doente.

4 — Em caso de fixação defeituosa de uma agulha ou tubo de "radium", na boca ou naso-faringe, pode haver deslocamento desse material e conseqüentemente perda ou deglutição, o que exige intervenção de urgência. O mesmo já não acontece com o "radon", que se destrói rapidamente; pode esperar-se sem ansiedade, a expulsão espontânea de um tubo ou semente que, acaso, tenha sido deglutido.

FÈOCROMOCITOMA

F. Nandl de Viena elevou para 50, com seus dois doentes, os casos de fêocromocitomas suprarrenais operados. A tomografia mostrou ser meio diagnóstico seguro. A sintomatologia dada pelo tumor é a da intoxicação pela administração endovenosa de adrenadina: cefaléa, palpitação, ta-

quicardia, dores anginosas, hipertensão arterial, palidês da face, suores frios, hiperglicemia e glicosúria. Os sintomas podem até certo ponto variar. A operação produz às vêzes, cura absoluta. Devem tomar-se medidas durante a operação para evitar a súbita queda da pressão arterial.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

O CÂNCER É CURAVEL ?

MARIO KROEFF

ESSA pergunta vem sendo feita, por toda parte, através de todos os tempos.

Certamente, não podemos comparar os processos de cura usados pela medicina de outróra, com os modernos recursos da ciência de hoje. Faz menos de um século que os doentes são operados no sono benéfico da anestesia, transportados ao reino da inconsciência, sem a necessidade de contenção pela força e sem os martírios do ferro em brasa ou da faca a sangue frio, usados por nossos antepassados.

São também da época de Pasteur os progressos da antiseptia e o uso do microscópio. Datam de alguns anos apenas, as descobertas de Roentgen e Madame Curie, que marcaram avanço decisivo no tratamento do câncer e no progresso geral da medicina.

Nêste meio século, para orgulho da geração atual, a ciência médica tem melhorado inegavelmente os métodos de diagnóstico das doenças e aperfeiçoado imenso seus meios de cura. Em 35 anos de trabalho experimental sôbre câncer em animais de laboratório, a humanidade aprendeu muito mais, do que em todos os séculos de empirismo, transcorridos para os nossos antepassados.

Hoje, confiantes nas possibilidades da medicina, os cancerólogos sustentam pelo mundo inteiro a afirmativa de que o câncer é curável, quando tratado no início. E nessa convicção, firmada no exemplo de outrem ou na própria experiência, os cancerologistas de hoje se empenham na luta, pondo em prática os recursos da moderna terapêutica, visando melhorar as percenta-

gens de cura e superar os resultados, uns dos outros, numa verdadeira emulação profissional, onde se entrelaçam orgulho de homem e dever de humanidade. As estatísticas falam em favor desta afirmativa. O Colégio Americano de Cirurgiões mantém para estudo do câncer um registo de doentes curados, há mais de cinco anos. Até bem pouco com a documentação remetida pelos hospitais, já existiam 48.800 casos confirmados de cura persistente. Em breve, subirá o montante a 100.000, pois devemos lembrar que o registo data de alguns anos apenas. Cada um de nós possui também, ou tem notícia de casos que se conservaram curados por vários anos, sem qualquer manifestação de recidiva. Mas a cura só se torna possível com o tratamento precoce, antes que a doença tenha tomado caráter de generalização, época em que passam a ser inúteis todos os recursos da medicina atual.

Os descrentes podem desfazer suas dúvidas, procurando os centros anti-cancerosos, onde terão ocasião de presenciar, como nós o comprovamos diariamente no Serviço Nacional de Câncer : de um lado, o grande número de casos curados pela intervenção oportuna e adequada, a maioria das vezes articulando duas ou mais armas de combate ; de outro, a multidão dos que caem na incurabilidade, por culpa própria, ou do primeiro médico consultado, ou ainda, o que é mais comum, por tratamento mal conduzido ou mal iniciado.

O tratamento que visa a cura, baseia-se na suposição de ser o câncer, no início, doença local. A desordem celular que

marca o ponto de partida da formação do tumor, dá-se em zona circunscrita do organismo, num grupo limitado de células. A histologia tem tido ocasião de surpreender êsse fato nos córtex de lesões pré-cancerosas, onde se esboça a cancerização e nos casos de câncer precocissimamente diagnosticados.

A clínica também frequentemente comprova que as manifestações iniciais do câncer permanecem latentes, estacionárias por longo tempo, antes de manifestar-se de modo claro, dando oportunidade à intervenção terapêutica.

Mesmo que se admita, para explicar a gênese do câncer, a necessidade do *fator irritação agindo em terreno predisposto à cancerização*, ainda assim, a modificação radioterápica do meio ou a remoção cirúrgica da porção afetada, quando a doença ainda estiver em sua fase local, pode transformar a situação mórbida e restabelecer as condições normais.

Embora entre as causas orgânicas intrínsecas se aceite a origem endócrina ou metabólica do câncer, ainda assim, a destruição local das células doentes pode interromper o processo e evitar nova cancerização, idêntica à primeira, se acaso ces-

sar a crise hormonal por que passa o organismo periodicamente, ou fôr compensado o desequilíbrio metabólico, espontaneamente, ou por terapêutica adequada.

O sucesso na cura do câncer depende essencialmente da intervenção oportuna, adequada e correta. Se, no início em cinco casos, curam-se quatro; no fim, talvez nem um sobre cinco.

Mas, não é só o diagnóstico precoce que condiciona a curabilidade do câncer. Se a intervenção não fôr conduzida dentro da boa técnica, obedecendo à verdadeira mentalidade anti-cancerosa, reduzem-se as possibilidades de cura e perde-se a ocasião apropriada.

Cada vês mais a cancerologia se firma como especialidade dentro da medicina e ela própria, sub-dividida, quanto à terapêutica, em três ramos de adestramento especial, nunca de improvisação momentânea.

Razão tiveram Ewing e Greenough em dizer:

“O diagnóstico e o tratamento do câncer já deixou de ser trabalho de um só homem — *no longer one man job*”.

E enunciaram uma verdade.

ADENOMAS BRÔNQUICOS

Berdal prefere chamar à sobredita afecção — Tumor misto de glândula salivar brônquica. Nesses 2 últimos anos teve oportunidade de observar 7 casos, 5 com tumores no brônquio principal, 1 em brônquio secundário e 1 na traquéa. A hemoptise foi em todos os casos sinal constante e predominante. A broncoscopia é meio diagnóstico indispensável, principalmente

por dar indicação, pelo material que retira, da natureza benigna do tumor. A planigrafia por sua vez, completa o ensinamento que traz a broncoscopia, pois mostra a extensão do tumor na profundidade do tecido brônquico. O tratamento deve ser a eletro-coagulação endoscópica, com exames periódicos repetidamente feitos com a finalidade de surpreender recidivas.



RESUMOS, CONDENSADOS E ANÁLISES

DIAGNÓSTICO

MAMA SANGRENTO

O. J. Campbell — Surgery, 19 : 40, 1946.

O escôamento mamilar, particularmente o sanguíneo, é diversamente interpretado pelos autores, sendo que alguns observaram a mesma proporção de lesões benignas e malignas responsáveis pelo sintoma. Na maior parte dos casos, o escôamento de sangue pela mamila é produzido por papilomas intracanaliculares, carcinoma e mastopatia cística, sendo fatores etiológicos menos frequentes, as afecções inflamatórias, as lesões traumáticas, a disfunção hormonal, o sarcoma e a doença de Paget. Todos os casos de escôamento mamilar devem ser minuciosamente investigados (à exceção da galatorréa). O diagnóstico é problema que pertence ao anatomopatologista, que deve basear-se no exame de cortes seriados dadas as dificuldades muitas vezes existentes no diagnóstico entre a doença cística e o câncer.

Quando não há tumor palpável, três são os métodos diagnósticos que auxiliam a descoberta da origem da hemorragia :

- 1) a transluminação ; 2) a mamografia e
- 3) os testes de pressão.

O A. sugere que se siga a seguinte norma :

a) *Escôamento mamilar e tumor palpável.* A presença de tumor constitui por si só, justificativa para sua excisão. A excisão local em alguns casos pode ser suficiente. Como os focos hemorrágicos podem ser múltiplos, é melhor excisar a totalidade do canal e glândulas tributárias. Somente quando o patologista afirma a malignidade da lesão é que se justifica a amputação radical.

b) *Escôamento e nodulose difusa* — Resseção segmentar do ducto e sistema tributário, origem do escôamento. Na ausência de câncer e eliminado o foco do escôamento, a atitude futura do cirurgião dependerá do modo de encarar a doença cística como lesão potencialmente precancerosa.

c) *Escôamento mamilar e ausência de alterações mamárias, clinicamente demonstráveis* — sempre que se puder localizar o foco da hemorragia, deve excisar-se o ducto lesado e as glândulas tributárias. Quando o escoamento é escasso ou intermitente, pode ser difícil a localização do foco hemorrágico. Nesse caso a paciente deverá ficar sob observação. Os exames repetidos, de regra permitem a localização. A justificação desta conduta está na raridade do escoamento sanguíneo mamilar sem tumor palpável, ser causado pelo câncer.

d) *Escoamento sanguíneo mamilar de múltiplas origens.* — A expectativa nêstes casos é a melhor conduta, salvo quando à palpação percebem-se alterações de consistência da mama, que justificarão então a biópsia. O escoamento dessa natureza costuma regredir espontaneamente.

e) *Escoamento pseudo-sanguíneo* — O escoamento de líquido verde escuro, algumas vezes grumoso pela mamila, pode ser tomado como sangue. Quando o foco é único, justifica-se a excisão. Quando porém há multiplicidade de focos, não sendo palpáveis quaisquer tumores, a melhor conduta será a expectação.

f) *Sangramento persistente ou não localizado* — Os sangramentos, persistentes por muitos focos, ou o que é impossível de ser localizado, podem constituir indicação de uma amputação simples, especialmente

nas mulheres idosas, nas quais a perda da mama não constitui tragédia ou quando a própria paciente escolher este meio para pôr fim ao estado de incerteza e apreensão de seu espírito.

LUÍS CARLOS DE OLIVEIRA JUNIOR

*

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DOS CISTOS SIMPLES DA MAMA

Henry J. Vanden Berg — Surg. Obst. 83 : 239, 1946.

A relação entre mastite crônica cística e câncer, ainda é discutida pelos autores. Todavia, os partidários de ser a doença, precursora do câncer, são unânimes em considerar menos susceptível de degeneração, os cistos mais volumosos, em oposição à hiperplasia de dutos e ácinos que leva à formação de pequenos cistos.

Os médicos antigos não consideravam os grandes cistos perigosos, e os tratavam pela punção, incisão e ocasionalmente pela amputação da mama.

Reverendo a volumosa literatura sobre a relação entre a mastite crônica cística e câncer, é de notar-se o conflito de opiniões. Bloodgood, que inicialmente aceitava a mastite crônica cística como precursora do câncer, após estudo mais aprofundado, modificou radicalmente seu modo de pensar. Seus estudos são de real valor por combinarem os quadros histológicos e clínicos da doença durante tempo mais ou menos longo, em alguns casos, até 29 anos. Bloodgood submeteu cortes histológicos de vários tipos de mastite crônica cística à apreciação de mais de 40 patologistas, que, na maioria dos casos estavam em desacôrdo. Por isso, concluiu êle que nas lesões mamárias, quando bons patologistas não estão de acôrdo sobre a malignidade, o doente vive. Quando o acôrdo existe, há sempre grande percentagem de mortes por

câncer. Lewn e Geschickter também são de opinião que a mastite crônica cística não é doença precancerosa. De 515 casos de mastite crônica cística, 250 foram acompanhados por mais de 5 anos. Desses, apenas um morreu de câncer mamário, o que representa uma incidência de 0,4%. O autor há 14 anos, é de opinião que esses cistos são geralmente inócuos. Desde essa época, a punção desses cistos tem sido nas mãos dêle, método de diagnóstico e de tratamento. Na ausência de sinais de malignidade, faz pequeno botão dérmico sobre o tumor, introduzindo através do mesmo, no interior do tumor, agulha calibrosa. A pressão sobre o tumor, combinada com a aspiração da seringa, auxilia a remoção da totalidade do conteúdo do cisto. Poucos são os cistos, que, tratados dessa forma, tornam a encher.

O trabalho apresentado pelo A., baseia-se em 57 casos de cistos clinicamente palpáveis, acompanhados durante 14 anos.

Nesses casos, o A. verificou maior percentagem na 2.^a metade da 4.^a década, sendo a doente mais jovem de 27 anos e de 62 a mais idosa. 26 das 57 pacientes eram múltiparas, 30 nulíparas e 1 não esclarecido. Os 57 doentes tinham um total de 123 cistos palpáveis, 15 doentes apresentavam cistos em ambas as mamas. A mama esquerda era séde de cistos em 29 casos; a direita em 13 e ambas em 15.

O tamanho dos cistos variava do de uma avelã ao de uma bola de tennis e o conteúdo de 1/2 a 45 cc. O conteúdo era ora turvo, acinzentado, ora pardacento. Em 2 casos, a punção foi negativa. Apenas em 2 casos havia indicação de mastectomia pela multiplicidade e bilateralidade dos cistos e em 3 houve reenchimento após punção. Uma das doentes era portadora de 1 cisto mamário de um lado e de um carcinoma do outro, tendo sido êste, o único caso de lesão maligna observado entre os 57 que constituiu o objeto da publicação.

A natureza de todo e qualquer tumor mamário deve ser sempre determinada. É opinião corrente não ser possível diferenciar com certeza pela palpação, um tumor cístico de um câncer. A resposta é dada pela punção, que constitui processo de fácil execução. Nos 57 casos, desta publicação, houve apenas um único caso de câncer numa das mamas e um cisto na outra, numa doente de 50 anos de idade o que corresponde a uma frequência de 1,7%. O fato da frequência da mastite crônica cística em relação a pequena percentagem de câncer mamário (2%), constitui de "per

si", prova evidente contra a suposição de ser a mastite crônica cística precursora do câncer. Os mais recentes defensores da benignidade dos cistos simples da mama (Bloodgood, Campbell, Lewis e Geschickter), propõem em sua maior parte a excisão. O A. concorda quanto à benignidade, divergindo quanto ao tratamento. Considera a punção evacuadora do cisto como tratamento de escolha, que não só dá os mesmos resultados que a excisão, como poupa à doente, os riscos de uma intervenção.

LUÍS CARLOS DE OLIVEIRA JUNIOR

CIRURGIA

CIRURGIA DO CARCINOMA BRONQUIOGÊNIO

John C. Josues publicou no J. A. M. A.

134 : 113 (maio 10) 1947, considerações a respeito de 209 casos de câncer do pulmão. Julga o autor, e justificadamente, que desde a primeira pneumonectomia levada a efeito por Graham em 1933, o aperfeiçoamento da técnica da cirurgia pulmonar sobrepassou largamente os progressos feitos pela medicina no que diz respeito ao diagnóstico precoce.

Repassando a sintomatologia, reconhece que a falta de sinais característicos da doença, é talvez a principal causa que dificulta o diagnóstico precoce. Várias são as afecções que podem mascarar a neoplasia pulmonar, devendo o médico ficar com o espírito prevenido, a fim de pelo menos suspeitar o câncer nos casos que a quimioterapia traz melhorias clínicas, sem todavia "limpar" radiologicamente o pulmão. Dá valor à inclusão do escarro se bem julgue tratar-se de método moroso e diz ser a radiografia o método singelo capaz de mais cedo conduzir o espírito clínico no sentido do diagnóstico do câncer.

Insiste na não existência de sinais radiológicos característicos de câncer pulmo-

nar, pois que todos os tipos de lesões, bronquiectasia, tuberculose abcesso etc., podem estar simuladas pelo câncer.

Reserva para os casos em que a broncoscopia não consegue esclarecer, a realização da broncografia, pois o uso pouco cuidadoso e indiferente do método, pode provocar graves pneumonites agravantes. A tomografia terá especial indicação nos casos em que a broncoscopia não permite diagnóstico de certeza.

Após a radiografia, será a broncoscopia o método diagnóstico mais valioso para o diagnóstico precoce. A operabilidade do tumor pode ser determinada na ocasião deste exame, que além de permitir a retirada de fragmento do tumor para verificação histológica (67% dos casos) possibilita a aspiração das secreções infectadas.

Condena o autor de forma veemente, a punção do pulmão por julgá-la perigosa e capaz de disseminar o tumor. Faz em oposição, a apologia da toracotomia exploradora, pois julga a operação benígna, e não teve nenhuma morte entre os doentes assim tratados.

O carcinoma epidermoide, se bem que de alta malignidade como todo câncer pulmonar, é o mais benígno do ponto de vista

da evolução e da produção de metástases, daí ser o mais acessível à cirurgia. Os adenocarcinomas, por produzirem metástases mais depressa, são de mais grave prognóstico e menos operáveis.

A radioterapia deve ser reservada para os casos inoperáveis. Só tem ação paliativa.

A pneumonectomia com a retirada dos gânglios do mediastino, dos sub-externais etc., será o único meio operatório que pode oferecer possibilidade de cura. As recidivas da doença nos casos em que foi feita apenas lobectomia, são os dados em que se baseia o autor para fazer a afirmativa.

A preparação do paciente para a anestesia é fato capital para o êxito cirúrgico. Aconselha no pré-operatório, quando há infecção superajuntada, as inalações de penicilina, e a administração oral de sulfadiazina. Nos casos de obstrução brônquica, em que a aspiração não permite a permeabilização, a inalação de penicilina deve ser substituída pela administração intramuscular. Não se cogita mais do pneumotorax prévio.

O autor prefere entre os vários métodos de anestesia, a anestesia de base endovenosa (pentotal sódico) seguida de narcose pelo éter através de intubação traqueal. Aconselha como fundamental, aspirações repetidas, principalmente para evitar a contaminação do outro pulmão.

Após a operação, tôdas as secreções são aspiradas da árvore brônquica no momento em que o doente é deitado de costas e em seguida, sobre o lado operado, com o pulmão livre para cima. A aspiração pelo tubo endotraqueal com o auxílio do catéter de Thompson, deve ser continuada até que o pulmão, à ausculta, não apresente mais sinais de secreção.

Dos pacientes que o autor examinou nesses últimos 4 anos, 61% era de indivíduos inoperáveis, devido principalmente às metástases presentes. Em 39% dos casos, foi aconselhada a toracotomia exploradora

o que só foi aceito por 84,5% dos doentes. Entre os submetidos à toracosopia, 41% era de indivíduos inoperáveis e neles só foi feita a abertura e fechamento do tórax. Não houve aqui qualquer complicação ou morte operatória. Apenas 20% da totalidade dos doentes do grupo sofreu a pneumonectomia. Houve 5% de morte operatória. Saíram do hospital os 95% restantes dos doentes, sendo que destes, 11% morreu de metástases tempos depois e os outros, continuam vivos. Provavelmente morrerão mais cedo ou mais tarde ou por recidiva ou metástases. O autor não fez referência ao período de sobrevivência dos doentes.

MOACYR SANTOS SILVA

*

TRATAMENTO DO MELANOMA MALÍGNO

George Pack, S.L. Perzik e Isabel M. Sharnagel (California — Medicine — Vol. 66 — n.º 5 — Maio de 1947) expõem o resultado das observações que sobre o melanoma maligno fizeram no "Memorial Hospital" de Nova-Iorque.

As estatísticas do referido Hospital englobam 951 casos da afecção, dos quais, 862 foram selecionados para análise mais apurada. Desses 862, após o tratamento, foram controlados 595, por um período superior a 5 anos.

O termo *melanoma* é usado para designar o tumor maligno. As denominações *nevus pigmentado* ou *neuronevus* são sinônimos e servem para indicar a lesão benigna, sendo mais apropriadas, segundo os AA., que a expressão melanoma benigno, passível, em muitos casos, de trazer confusão.

Etiologia e incidência — Em mais da metade dos casos, os pacientes referem-se à presença de "nevus" em sua história mórbida. Os sinais precoces de degeneração, foram: modificação da cor, acentuação das manchas pigmentadas, elevação, dôr, fisgadas locais e sangramento. O trau-

matismo foi alegado em cerca de 50% dos casos, constituindo na realidade, elemento insignificante. Serviu certamente o trauma para focalizar a atenção do doente no "nevus" preexistente que começou a tornar-se maligno. A irritação crônica, como por exemplo a ocasionada pelo calçado nas lesões dos pés, deve ser levada em consideração, visto representar fator estimulante.

Localização — Houve nítida preferência para as extremidades inferiores, muito embora o "nevus" pigmentado seja mais frequente na extremidade superior. É nos pés que se localizam mais comumente os melanomas, havendo predileção para o leito ungueal. O grupo de 13 melanomas ano-retais, referido pelos AA., constitue certamente a maior coleção até hoje registada.

Na mucosa oro-nasal só apareceu em 3% de todos os casos, sendo que distribuídos igualmente: gengivas, palato, cavidade nasal e seio para-nasal. Houve 29 casos de melanoma de vulva e 2 de vagina.

Os AA. nunca encontraram melanoma visceral primitivo; todos os casos restringiram-se à pele, limites cutâneo-mucosas, mucosas adjacentes e o olho (coróide e conjuntiva), derivados ectodérmicos.

O quadro abaixo é elucidativo:

LOCALIZAÇÃO	POR CENTO
<i>Extremidade inferior</i>	27,0
Pés (em geral).....	12,7
Pés (unhas).....	12,2
Sub-ungueal.....	2,2
<i>Cabeça e pescoço</i>	23,1
<i>Tronco</i>	17,9
<i>Extremidade superior</i>	13,7
Mãos.....	10,0
Unhas.....	2,3
Sub-ungueal.....	1,2
Olho.....	8,6
Vulva e vagina.....	3,6
Mucosa oro-nasal.....	2,6
Lábio.....	0,6
Gengiva.....	0,6
Palato.....	0,4
Seio paranasal.....	0,5
Anus e reto.....	1,5
Órgãos genitais masculinos.....	0,4
Sede desconhecida.....	1,5

Sexo, idade e côr. — Os casos foram igualmente distribuídos entre os sexos masculino e feminino. A maioria das lesões apareceu em indivíduo entre 25 e 70 anos. O mais jovem tinha 4 meses, o mais velho, 86 anos. Nota-se que nas mulheres há localização preferencial nas extremidades e na zona ano-retal. Houve uma série de 15 doentes atingidos na idade pré-pubere. Fato importante é que nenhum desses melanomas da infância deu metástases e todos os pacientes tiveram sobrevida indefinida. Do ponto de vista histológico, não há diferença entre o tumor das crianças e dos adultos. Sabe-se que esses tumores estão estreitamente ligados aos fatores hormonais oriundos da hipófise, gônadas e cortiça suprarrenal. São de prognóstico benigno, o que justifica a sua classificação à parte, como melanomas dos pré-puberes.

Dos pacientes com melanoma, somente 10 (1,2%) dos 862 eram pretos, e na maioria, mulatos.

Resultado do tratamento: Dos 862 pacientes, 552 ou 64% já apresentavam melanoma recidivante, tendo sido anteriormente tratados. Todos eles foram incluídos na estatística dos autores. Os doentes de 24 anos foram os que apresentaram o mais sombrio prognóstico. Com exclusão dos pacientes na idade pré-pubere, o tratamento conseguiu manter curados após 5 anos, 9,5% dos casos. Não houve diferença entre os sexos. Os melhores resultados foram conseguidos nas lesões localizadas nas mãos, nos pés, no olho e na pele de tronco. Nenhum dos pacientes portadores de melanoma da mucosa conseguiu sobrevida de 5 anos.

Tratamento cirúrgico e radioterápico: Até o ano de 1935, as irradiações constituíam o principal método de tratamento empregado: baixa ou alta voltagem de raios X, telecurieterapia por bomba ou "pack" de "radium", placas superficiais de "radon" e uso intersticial deste. Em 1935, estabeleceu-se que a cirurgia era o recurso

terapêutico ideal para tais casos, superior ao método das irradiações. A radioterapia de qualquer tipo e gráu, é absolutamente inoperante. Em relação aos melanomas localizados, a cirurgia forneceu 38,4% de cura até 3 anos, contra 1,6% pelas irradiações, no mesmo período e 17,7% até 5 anos, contra 9% pelas irradiações. Nos melanomas com metástases regionais, a percentagem de cura pela cirurgia foi: 18,7% até 3 anos e 15,6% até 5 anos. O princípio cirúrgico mais importante no caso, é a ampla e extensa excisão do tumor primitivo, ensinamento trazido pelas frequentes recidivas de tumor quando removido pela cirurgia conservadora, que torna fácil o trágico desenvolvimento de lesões satélites, por permeabilizar os canais sub-dérmicos, produzindo metástases retrogradas e centri-

fugas na visinhança da lesão. O cirurgião deve excisar, pelo menos, de acôrdo com o tamanho do melanoma, 6 a 10 centímetros de péle para fora dos bordos do tumor removendo tudo em um só bloco. Completar com o enxêrto, a perda de substância. Se houver adenopatias metastáticas, estas devem ser removidas por dissecação radical, 1 a 2 semanas após a retirada do tumor, ou, de preferência, concomitantemente. Os AA. adotam a ampla excisão do melanoma primitivo com dissecação radical dos gânglios regionais e canais linfáticos, concomitantemente, baseados no que chamam "*verdadeiro princípio oncológico*". É o mesmo critério que empregam para operar o câncer da mama e o do reto, segundo a técnica de Miles.

SÉRGIO AZEVEDO

RADIOTERAPIA

RADIOTERAPIA DO CÂNCER DO LARINGE

Maurice Lenz, J. A. M. A. 134: 117 (maio 1947) é de opinião que a radioterapia no câncer incipiente das cordas vocais dá maior percentagem de curas e melhor fonação que a laringofissura com exêrese do tumor. Recomenda a radioterapia em todos os cânceres de corda vocal, menos quando há invasão subglótica ou das cartilagens aritenóides, ocasião em que pende para a laringectomia seguida de radioterapia complementar. Serão indicações para êste tratamento complementar, a natureza histológica do tumor e a impossibilidade cirúrgica de remoção completa do tumor. Nos casos em que falha a radioterapia bem conduzida, a laringectomia pode ser executada sem que se temam dificuldades de cicatrização.

Em relação aos tumores da epiglote, faixa ventricular e porção anterior da prega aritenoepiglótica, deve ser usada a radioterapia, mesmo depois de ter havido fixação das aritenóides e aparecimento de metástases ganglionares.

Os tumores do seio piriforme invadem frequentemente a cartilagem aritenóide e dão metástases linfáticas precoces. A radioterapia não influencia êsses tumores. Melhor a laringectomia seguida de radioterapia. Quando o câncer das cordas vocais ou do seio piriforme já produziu metástases ganglionares, é de muito mais grave prognóstico. As adenopatias quando móveis, devem ser retiradas cirurgicamente e quando fixas, tratadas pelo rádio ou pelos Raios X.

As metástases ganglionares produzidas pelos tumores da epiglote ou da faixa ventricular não dão ao caso feição tão grave como as anteriormente mencionadas e devem ser tratadas pela radioterapia.

O autor chegou às conclusões expostas, após analisar 110 casos de câncer do laringe tratados pelos raios X (período de 10 anos — 1931-1941) e revistos em 1946. Da totalidade dos doentes, 30 apresentavam-se livres da doença desde período que variava de 5 a 14 anos. A radioterapia mostrou-se mais eficaz no tratamento dos



tumores indiferenciados, (37%) se bem que se obtiveram curas em 27,2% dos casos bem diferenciados e em 26% dos casos moderadamente diferenciados.

Aos doentes foram administrados de 5.700 a 7.000 roentgens (dose no tumor) em 5 ou 6 semanas. As aplicações foram feitas diariamente menos aos domingos. A dose total foi distribuída metade para cada lado do pescoço.

MOACYR SANTOS SILVA

*

CÂNCER DA LÍNGUA

Os AA. apresentam um plano de tratamento da lesão primitiva e las lesões metastáticas cervicais. A incidência do carcinoma lingual pode ser drasticamente reduzida pelo diagnóstico precoce e tratamento adequado das lesões pré-cancerosas. Apontam a relação entre a localização da lesão primitiva e a etiologia com o grau de malignidade, e mostram que o diagnóstico definitivo do caráter de uma lesão, só é possível pela biópsia; não foram observados efeitos prejudiciais da mesma na série de casos estudados. A infecção da lesão primitiva e a consequente disseminação de células cancerosas foram em grande parte suprimidas pelo tratamento com a penicilina e sulfamidas. Tratam a lesão primitiva exclusivamente pelas irradiações, combinando a roentgenterapia à implantação subsequente de agulhas de radium. Visando uma pequena distância fóco-pele, dão uma dose diária mais elevada, diminuindo consideravelmente a dose total; dessa forma reduzem o tempo de tratamento roentgenterápico a 10 ou 12 dias. Para a implantação intersticial, usam exclusivamente agulhas de platina. No tratamento das adenopatias cervicais, fazem roentgenterapia pré-operatória, seguida de esvaziamento ganglionar. Quando há contra-indicação para a cirurgia, administram dose maior de raios X, e imediatamente implantação de agulhas de radium. Em 81

casos não selecionados, o tratamento descrito, deu uma percentagem de cura de 5 anos, em 31,3% dos casos.

LUÍS CARLOS DE OLIVEIRA JUNIOR

*

CÂNCER DO CÓLO DO ÚTERO

E. E. Covington (Surg. Gyn. & Obst. 82 : 512, 1946), apresenta uma nova técnica de tratamento do câncer da cérvice pela implantação intersticial de radium nos paramétrios. Alega, com principal razão para uso do seu método, a impossibilidade de se irradiar suficientemente os paramétrios e gânglios linfáticos da pelve pelo processo corrente de roentgenterapia (2.000 r. em cada um dos 4 campos pélvicos) seguida de curieterapia justa-cervical e intra-uterina (3.000 a 4.500 mgh. de radium). Tem visto, em algumas clínicas, vários casos de biópsia positivas após esse tratamento. Acentua que a perda de irradiação, devido à lei do inverso do quadrado da distância, permite que somente 1/10 da dose cancericida chegue aos gânglios linfáticos da pelve, quando se usa a radium-terapia com a técnica habitual (3.600 mgh. na cervice). Isso, a seu vêr, justifica a necessidade de uma melhor distribuição da irradiação para os paramétrios e gânglios linfáticos, tanto mais que é frequente a morte por obstrução urinária em consequência da invasão dos paramétrios.

Segundo o A., observa-se um renovado interesse pela pan-histerectomia tipo Wertheim, com a modificação de Taussig, para os casos escolhidos de câncer recente da cervice (graus I e II), precedida de curieterapia, sob alegação que, com esse método, se obtém mais alta percentagem de cura (5 anos) do que com qualquer deles empregados isoladamente. As vantagens da curieterapia prévia seriam destruir quase totalmente o tumor e diminuir de muito a infecção. Além disso, 3 razões apresentam os defensores desse método: 1.º ainda há alguns casos de câncer da cervice que

não podem ser dominados pelas irradiações da maneira por que são atualmente empregadas: 2.º aproximadamente 1/3 de todos os casos graus I e II têm os gânglios linfáticos tributários invadidos por células tumorosas, por ocasião da intervenção cirúrgica; 3.º com os atuais aperfeiçoamentos técnicos e com os progressos no domínio das infecções, diminuíram muito a morbidade e a mortalidade operatória da pan-histerectomia.

Essas foram as considerações que levaram o A. ao emprego de seu método, cujos resultados observou em 100 doentes, assim distribuídos, segundo o grau clínico: grau I, 3 pacientes. Grau 2, 17; Grau III, 80. Não pode, pois, apresentar resultados definitivos, visto vários desses doentes terem sido tratados há menos de 5 anos. Estão vivas 76 doentes (76%); das 24 restantes, — todas falecidas de câncer, — 3 apresentaram fístulas vésico-vaginais; 2 tiveram metástases ósseas; outras 2, metástases pulmonares; 7, hemorragias vaginais secundárias; 4 faleceram de obstrução urinária e 1 de hemorragia retal. Quatro óbitos ocorreram no grupo das 17 doentes classificadas como grau II (clínico); os restantes 20 óbitos ocorreram no grupo das 80 doentes grau III. Nenhum óbito, nas de grau I (3 pacientes).

A técnica usada pelo A. é a seguinte:

1.º *Tratamento* — Curieterapia intravaginal e intrauterina, compreendendo um total de 3.600 mgh. de radium (filtragem de 1 mm Pt), sendo 2.160 mgh. a dose intrauterina (*tandem* de borracha com 90 mg. x 24 hs.) e 720 mgh. a dose em cada fundo de saco lateral (*tandem* de borracha com 30 mg. x 24 hs.); 5 grs. de sulfanilamida em pó na vagina e tamponamento, procurando afastar os *tandems* vaginais o mais possível do cólo.

2.º *Tratamento* — Roentgenerapia, a ser iniciada 1 a 7 dias após o tratamento anterior, num total de 8.000 r., distribuí-

dos igualmente em cada um de 4 campos pélvicos, num período de 4 semanas. A dose na cervice e paramétrios — 42% da dose total — é de 3.360 r.

3.º *Tratamento* — Curieterapia intersticial, pela nova técnica do A., após o término da roentgenerapia (de 30 a 35 dias após o 1.º tratamento). Nessa ocasião o tumor cervical e a infecção secundária praticamente desapareceram. Prática na mucosa vaginal 4 incisões transversais, medindo 5 cms., nas posições de 2, 4, 8 e 10 hs. do relógio, ao redor da cervice e tão longe dela quanto possível. Em seguida, com um *clamp* longo de Kelly, disséca os paramétrios, em todas as incisões, numa profundidade de 2 a 4 cms. Dois *tandems* de borracha com 25 mg. de radium cada e outros 2 com 20 mg. cada, são inseridos nas incisões, de maneira que um paramétrio lateral receba dose igual à do outro. A dose em cada paramétrio atinge 1.260 mgh. (45 mgh. x 28 hs.). No canal cervical coloca de novo outro *tandem* com 60 mg. de radium (60 mg. x 28 hs. = 1.680 mgh.); 5 grs. de sulfanilamida em pó e tamponamento isolador do réto e bexiga. Segundo o A., a soma de irradiação em cada ponto visado é a seguinte: cervice, 3.840 mgh. de radium e 3.360 r; paramétrios, 1.980 mgh. de radium e 3.360 r. em cada, bem como nos gânglios linfáticos da pelve. Considera, como contra indicações, a fibrose por irradiação (1.º e 2.º tratamentos), a infecção e os casos avançados (IV grau). Apresenta como vantagens: 1.º desnecessidade de intervenção cirúrgica abdominal; 2.º redução do número de casos em que as biópsias da cervice foram positivas após o tratamento pelas irradiações; 3.º distribuição mais homogênea da irradiação e mais alta dosagem nos paramétrios e nódulos linfáticos; 4.º menos rádio-necrose, devido à filtragem (1 mm. pt. + 2 mm. de borracha); 5.º ausência de riscos de lesar vasos ou uretéres, o que não

sucedem com a implantação cega de sementes de *radon*. Considera como complicações precoces: danos aos ureteres ou vasos calibrosos, abertura da cavidade peritoneal, consequente peritonite e celulite pélvica. Como complicações tardias: retite (6 casos em 100 observados), por vezes causando

obstrução (1 caso em 100); fístulas réto-vaginais (1 caso em 100); rádio-necrose da cérvix, observada em várias doentes por êle tratadas com essa técnica; obstrução urinária, hemorragias vaginais secundárias e hemorragia retal.

AMADOR CORRÊA CAMPOS

PATOLOGIA

BÓCIO OVARIANO

A. Tailhefer e P. M. Guerin (*Bul. Ass. Franç. p. l'étude du cancer*, ano 37, Tomo 33, n.º 2 — 1946, a propósito de um caso de bócio ovariano por êles observado, fazem diversas considerações.

A primeira observação da literatura médica (1903), que segundo os AA., pertence a *Lecene*, apareceu dez anos após ter sido verificada por *Bland-Sulton* a presença de tecido tireoidéu num tumor do ovário. Êste achado pareceu tão estranho, que alguns autores interpretaram-no como metastático de um câncer da tireóide. O estudo de casos ulteriores veio provar que o tecido heterópico alí se encontrava, da mesma forma que outros elementos teciduais, muita vês em associação (epitélio de revestimento, elementos musculares, dentes, glândulas diversas, etc.). O tumor é, na realidade, um teratoma. As observações a respeito multiplicaram-se rapidamente, reunindo *Parodi*, em 1929, 70 casos na literatura. Afóra êsses, os AA. reuniram mais 38 casos com referências bibliográficas, não estando compreendidas nessa casuística, 23 casos de bócio tireoidéu reunidos por *Kleine*, entre 164 casos de teratomas de ovário, observados em 25 anos (1910-1936) no material da clínica de Heidelberg.

Não é raro observarem-se, ao nível dos ovários, nódulos tiróideos coexistindo com outros elementos teratóides, principalmente cistos dermóides. O tecido característico da tiróide, pode, entretanto, constituir a totalidade do tumor, sem outros elementos teratóides associados.

Os AA. relatam, em seguida, sua observação. Tratava-se de uma paciente de 60 anos de idade, datando a menopausa de 11 anos. A história atual relata que há cerca de 3 anos, vinha percebendo aumento progressivo do abdome, sem todavia apresentar perdas sanguíneas. Estado geral, regular. Nervosismo. Ao exame ginecológico, útero pequeno, normal, mostrando apenas um tumor do ovário, do tamanho de uma cabeça de fêto, com mobilidade reduzida e desviado para a direita. Em 2/7/938 foi praticada a exérese do tumor cístico ovariano e da trompa direita. Decorridos 5 anos, a paciente encontrava-se em perfeito estado de saúde. O exame histológico da peça cirúrgica demonstrou em seu conjunto, o quadro de um bócio típico: "zonas extensas de bócio, com grandes vesículas, forradas por epitélio cúbico achatado, contendo substância colóide. Em outras zonas de densificação, podia verificar-se leve hiperplasia tireoidéa".

Do ponto de vista da atividade endócrina, êsse bócio não parece acompanhar-se de fenômenos de hiperteroidia verdadeira, com basedoficação, pois não se observa hiperplasia epitelial generalizada com metacromia colóide, nem ilhotas celulares eosinófilas ou agrupamentos linfocitários do estroma.

A observação dos AA. representa um exemplo típico de bócio ovariano em sua forma pura, constituído unicamente de tecido tireoideo, sem qualquer outro elemento teratóide. A sua localização é unilateral, como acontece na quase totalidade des-

ses tumores. Conhecem-se, apenas, 3 observações, nas quais o tecido tireoidêo existia ao nível dos dois ovários.

A benignidade do tumor, na observação presente, era fora de qualquer dúvida, assim como as relatadas pelos demais autores; a transformação maligna é referida por alguns. A presença de ascite, interpretada como sinal maligno, nada mais é que uma reação serosa no decurso de tumores ovarianos comprovadamente benignos.

O bócio ovariano, pôde, excepcionalmente, cancerizar-se, mas em certos casos, pelo menos, a degeneração se faz mais à custa de outros elementos teratóides, que pròpriamente do tecido tireoidêo.

A propósito da verdadeira natureza dêsse tumor, os AA. suscitam a seguinte questão: será a neoformação constituída por tecido tireoidêo verdadeiro ou formada por tumor ovariano epitelial, de disposição vesicular, simulando morfológicamente o bócio banal?

O problema só foi resolvido definitivamente, nêste últimos anos, não sem discussões calorosas entre os diversos autores.

Atualmente, demonstrado está que êses tumores são formados por verdadeiro tecido tireoidêo. A favor dessa tése, abun-

dam argumentos de ordem embriológica, morfológica, histoquímica e fisio-patológica. Êsse último é talvez o mais importante, pois do ponto de vista clínico, o tumor pôde manifestar atividade funcional característica do tecido tireoidêo. Assim é que, em algumas observações, os portadores dêses tumores ovarianos apresentam perturbações que pôdem ser explicadas por secreção endócrina do tumor. O caso mais típico a êste respeito é o de *Kovacs*, onde existiam sinais de bócio exoftálmico que desapareceram após ablação do tumor. Num caso de *Moench* (1929) havia irregularidade cardíaca com extrasístole e tremor digital: após retirada do tumor, tudo normalizou. Todavia, na maior parte dos casos, o tumor não parece exercer atividade endócrina.

Finalmente, os AA., após citarem testes farmacológicos e biológicos, reúnem provas, permitindo afirmar que se certos tumores ovarianos (cistadenoma ou folículo) pôdem simular um bócio, outros existem em que o tecido tumoroso representa incontestavelmente o homólogo de tecido tireoidêo, tanto do ponto de vista morfológico, como funcional.

SÉRGIO AZEVEDO

MICELÂNEA

TRSMISSÃO DA LEUCEMIA

J. B. Thiersch, (J. Lab. and Clin. Med. 30 : 866, (outubro) 1945, apud Arch. Derm. and Syph. 55 : 551 (Abril) 1947,) partindo do princípio que a leucemia pode ser facilmente transmitida aos ratos, cobaias e aves, mediante pequenas injeções de material retirados de animal leucêmico, tentou reproduzir o fenômeno no homem. Valeu-se então de grande número de pacientes portadores de cancer e de outras doenças crônicas que poderiam dar sobrevida de 2 anos no máximo.

Usou para as inoculações, suspensão de gânglios linfáticos, de baço retirado por

autópsia, ou mesmo sangue de leucêmicos vivos. O material era sempre bacteriológicamente estéril e injetado, depois de colhido, mais tardar ao cabo da primeira hora. O sangue dos receptores era examinado antes da inoculação, e após, diariamente durante uma semana, semanalmente por três meses e daí por diante, todos os meses. Quando possível foram levadas a efeito, autópsias dos inoculados.

O autor tentou por outro lado a transmissão cruzada. Para isso inoculava doentes de leucemia mielóide com material colhido de portadores de leucemia linfóide e vice versa.



Todas as tentativas em transmissão da leucemia falharam no período de observação (até 2 anos). Todavia o A. não infere ser intransmissível a doença; antes, pendente pela não susceptibilidade dos receptores e impropriedade das vias de transmissão usadas.

M. SANTOS SILVA

*

TRATAMENTO DO CÂNCER DA MAMA PELO PROPIONATO DE TESTOSTERONA

E. Fels no J. Clin. Endocrinol. 4: 121-125 — 1944, relata casos de mulheres com câncer mamário que foram muito beneficiadas com o tratamento pelas injeções intramusculares de propionato de testosterona, (25 mgrs.) em dias alternados.

O primeiro doente tratado foi uma rapariga de 34 anos de idade que apresentava carcinoma mamário e grande mioma uterino. O exame radiológico de outubro de 1941, mostrou haver infiltração do hilo pulmonar direito; não havia metástase para o esqueleto. Em novembro do mesmo ano, sofreu mastectomia radical com a retirada dos gânglios axilares direitos. Em julho de 1942, diversas metástases no esqueleto foram reveladas pela radiografia. Um ano depois, já estando a doente em caquexia e com dores cruciantes, que nem a morfina acalmava, iniciou-se o tratamento pela testosterona. Atingida a dose de 250 mgrs., começou a apresentar sensíveis melhoras: diminuição acentuada das dores e dos vômitos. Com o total de 700 mgrs., o mioma desapareceu e os nódulos metastáticos existentes nas regiões supraclavicular e cervical, tornaram-se menores. Apareceram, todavia, sinais de virilismo. Em setembro de 1943, o exame radiológico não revelou modificações nas metástases ósseas, porém, em dezembro de 1943, já era possível observar considerável melhora e calcificação geral dos pontos metastáticos de esqueleto. Nessa mesma ocasião

foi retirado um gânglio cervical e comparado histologicamente com um nódulo axilar removido 2 anos antes. O exame demonstrou que agora havia muito mais tecido fibroso, benefício que o autor atribue ao tratamento endocrínico.

Os doentes dos casos 2 e 3 foram beneficiados, porém não tanto quanto o do caso 1.

SÉRGIO AZEVEDO

*

SÔRO CITO-TÓXICO ANTI-RETICULAR

Eimar Póvoa e Walter Guerreiro publicaram, à guisa de nota prévia, na Rev. Bras. Med. 3: 956, (Dez. 1946), notícia dos trabalhos que estão realizando entre nós com sôro cito-tóxico antireticular, estimulantes específico do mesênquima.

Partindo de experiências realizadas com animais de laboratório e vencendo todas as dificuldades de ordem técnica e material, conseguiram produzir sôro anti-homem. Para tal, é necessário baço e medula óssea de cadáver, com menos de seis horas, de indivíduo que em vida, no momento da morte, não fôsse portador de moléstia infectuosa ou câncer. Aplicando o sôro, que é dotado de baixo poder hemolítico e elevado título anti-reticulocitário, os autores têm verificado fatos, inclusive reabsorção de metástase cancerosas.

Prometem publicar posteriormente o resultado detalhado das observações que estão fazendo.

MOACYR SANTOS SILVA

*

ADENOCARCINOMA DO ÚTERO

Gray, L. A. Friedman, M. e Randall, W. S. (Observation on the Treatment of Adeno-Carcinoma of the Uterus — Surg. Gynec. Obst. Agosto 1946 — Vol. 82 — n.º 4 — Pg. 386.) verificaram que nos últimos anos vem se acentuando a crença, de que o tratamento do adeno-carcinoma uterino

pela curieterapia, seguida de pan-histerectomia, dá melhores resultados que a antiga orientação cirúrgica, isto é, operação, sem prévia irradiação. A percentagem de cura (5 anos), com aquele método, chega a ser de 70 a 80% (Arneson, Healy e Brown, Corscaden etc.) enquanto que a obtida com o 2.º — pan-histerectomia sem prévia curieterapia — não vai além de 65%. Por esse motivo, a maioria dos autores é partidária atualmente, do método misto de tratamento.

Embora os AA. tenham na devida conta a autoridade dos que apresentam tais resultados, aceitam com reservas as conclusões daqueles que usaram pequenas doses de radium — de 1.500 a 2.500 mgh. — tendo em vista o pequeno efeito que tais doses produzem nos adeno-carcinomas do útero. Poucas foram as vezes em que os defensores desse método usaram doses de 4.000 mgh. ou mais na cavidade uterina e mesmo essas observações não são adequadas para definitivas conclusões.

Em 10 mulheres com adeno-carcinoma do útero tratadas no "Walter Reed General Hospital" nos últimos 3 anos, 7 foram submetidas ao tratamento misto: inicialmente curieterapia intrauterina, seguida, após 2 meses em média, de pan-histerectomia e salpingo-ooforectomia bi-lateral. De particular interesse é o fato de, em 6 desses 7 úteros excisados, terem sido encontrados, na camada superficial do miométrio, áreas de células cancerosas aparentemente viáveis, maugrado as altas doses de radium empregadas (6.030 a 12.480 mgh.). O único caso em que não se encontrou carcinoma residual foi naquele em que se usou a dose de 12.480 mgh; tratava-se de um tumor de acentuada malignidade.

As razões aventadas por diferentes autores, para o emprego da terapêutica mista — curieterapia e cirurgia — são :

a) — Redução préoperatória da infecção intra-uterina ; b) — redução do volume uterino, simplificando a intervenção ; c) — imobilização das células cancerosas no útero, diminuindo as possibilidades de metástases ; d) — esclerose dos linfáticos e vasos sanguíneos, com o mesmo resultado ; e) — prevenção das metástases na vagina e na incisão abdominal.

Porém, os dados estatísticos que serviram de base para tais conclusões, se basearam em pequenas séries de observações — 10 a 37 casos — o que reduz de muito, o valor das percentagens. Além disso, embora sejam muito ponderáveis as razões acima expostas, convem lembrar que : não são desprezíveis os efeitos tardios da irradiação intrauterina em doses altas, (considerando "a priori" como ineficazes, as doses pequenas, isto é, até 2.500 mgh.) ; pôde haver demora acentuada na cicatrização da ferida vaginal, diarréia intermitente, frequência de micções, e, de um modo geral, maior dificuldade na recuperação da vitalidade.

Também não são raras as metástases ovarianas, observadas em 3, das 10 pacientes tratadas pelos AA. no "Walter Reed General Hospital" e sobre as quais, a irradiação intrauterina não tem praticamente efeito algum.

Concluem pois que :

1.º) — A curieterapia, por si só, não consegue irradiar completamente os adeno-carcinomas uterinos; faz-se necessária a subsequente excisão do útero e anexos ;

2.º) — Ainda não estão perfeitamente precisadas as indicações específicas e o exato papel da curieterapia pré-operatória nos adenocarcinomas uterinos.

AMADOR CORRÊA CAMPOS

NOTICIÁRIO

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

Realizou-se em 1.º de Agosto do corrente ano, uma sessão solene da *Sociedade Brasileira de Cancerologia*, para comemorar a passagem do primeiro ano de fundação.

Ao abrir a sessão, seu presidente, *Dr. Mário Kroeff*, proferiu o seguinte discurso:

“A sessão de hoje deve reservar alguns minutos de seu programa, para comemorar o transcurso do primeiro aniversário de nossa Sociedade.

Faz um ano, nos reunimos pela primeira vez nesta mesma casa, na assembléia de 25 de julho de 1946, para, entre indecisos e esperançados, lançar as bases de uma agremiação destinada à luta contra o câncer no País e ao estudo da cancerologia em geral.

Nessa ocasião, animados debates foram travados em torno da idéia promotora do certame e do empolgante problema, sempre suscitado pelo câncer em todos os espíritos.

A numerosa assistência e as sugestões apresentadas foram eloquente demonstração da importância dos objetivos em causa e a consagração antecipada do futuro da nova instituição. E logo, em sólidos alicerces, fundou-se a Sociedade Brasileira de Cancerologia com a tríplice finalidade estatutária: estudar, educar e amparar.

Essa variedade de atribuições, emprestando feição toda especial à Sociedade, tornava-a interessante e diferente das demais, fadada por isso mesmo a franco sucesso. Hoje, transcorrido um ano de existência, revendo o que foi feito, cabe indagar se cumprimos o prometido e se executámos o belo programa então estabelecido, ao mesmo tempo, científico, social e filantrópico.

Se atentarmos sôber o valor do terreno conquistado, podemos considerar vitoriosa nossa causa, pois cada um de nós bem sabe das tremendas dificuldades que se antepõem em nosso meio a tais empreendimentos, onde é sempre arredio o espírito associativo da classe médica e mínimo o interesse do público pelas obras sociais.

Se por acaso, no bem estar social, se equivalem em importância os três setores em que se dividiram as projetadas atividades da Sociedade Brasileira de Cancerologia, cumpre reconhecer que só o estudo técnico-científico da especialidade mereceu nossa atenção durante a vigência do primeiro ano de vida associativa. Estudar!... Melhorar os meios de diagnóstico e tratamento do câncer! Foi o que cogitamos em todas as sessões realizadas até hoje. Talvez pelo estudo se venha a modificar o atual sistema de defesa do indivíduo contra o câncer, sistema esse, que tem sido baseado até agora na simples educação. Quem sabe se conseguirá com esse mesmo estudo ainda decifrar o problema, simplificando a obra de amparo às vítimas do mal?

Na verdade, a chave da mais fascinante incógnita da medicina moderna está no estudo técnico-científico do câncer, doença que, nos seus processos de etiopatogenia, tem desafiado todo o engenho da inteligência humana, para cobrir de dores, tristeza e luto a vida pacífica dos povos.

Todos nós reconhecemos que, ao estudar os fenômenos íntimos da célula que se tornou cancerosa, tentamos descerrar a ponta do véo que esconde o princípio da própria vida, o eterno enigma do ser.

De qualquer modo, mesmo no estado atual de nossos conhecimentos, podemos

afirmar que muito se pode esperar dos recursos do diagnóstico e tratamento, aplicados pelos médicos em larga escala e em sã consciência.

Não estarão certamente a par dos progressos atuais da cancerologia os descrites a respeito da cura desta doença. Êses poderão desfazer suas dúvidas em pouco tempo, pondo-se em contato com os *Centros Anti-cancerosos*. Hão de verificar, como nós o comprovamos diariamente no Serviço Nacional de Câncer: de um lado, o grande número de casos curados pela intervenção oportuna e adequada, a maioria das vèzes na simbiose de duas ou mais armas de combate; de outro, a multidão dos que caem na incurabilidade, por culpa própria, ou do primeiro médico consultado, ou ainda, o que é mais comum, por tratamento mal conduzido ou mal iniciado.

Na terapêutica do câncer, quer pela cirurgia, quer pelas irradiações, é mil vèzes preferível a abstenção, à intervenção inadequada, que dificulta a bôa indicação posterior. Se o início de um tratamento foi mal orientado, o sucesso periclita. Num doente incorretamente operado, a recidiva é fatal e nova intervenção será sempre de resultado duvidoso, além de penosa a outro cirurgião. Do mesmo modo, uma irradiação incorreta agrava o prognóstico, porque fecha as portas à repetição.

Mas, em face do câncer, não só no tratamento impera a necessidade de esmero, rigor, aperfeiçoamento e bôa técnica. Evidente é também a vantagem do diagnóstico precoce e exato, outra chave do problema. Isto deve ser propagado aos quatro ventos, com a difusão de conselhos aos médicos e também ao grande público, para que êste possa dar força à ação da clínica, em proveito próprio. O diagnóstico do câncer não pode ser protelado à espera de uma manifestação mais clara.

Esperar, talvez seja mais cômodo para o clínico, mas é certamente, prejudicial ao doente. Na bôa prática médica, ou o diag-

nóstico se confirma, ou a suspeita se afasta. Para isso, há utilíssimos e numerosos meios de comprovação, postos ao alcance dos profissionais, pela medicina moderna: biopsia, microscopia, raios X, endoscopia, reações várias e até o olho dos mais experimentados no mistér. Mas não precisamos ir tão longe em nosso meio. Grande parte dos êrros da clínica diária não são cometidos por falta de saber, mas por falta de vêr. Muitos ainda confiam demasiado no interrogatório médico! Não examinam sistematicamente seus doentes com a preocupação de descobrir ou afastar a possibilidade de lesões incipientes, discretas, silenciosas, como sóe acontecer com as manifestações iniciais do câncer.

Ainda no panorama geral, há cientistas e filantropos inclinados à dedicar suas energias e doações, unilateralmente, à causa da investigação. Anda mesmo uma atividade febril no estudo dos fundamentos patogênicos do câncer. Ainda agora, a Organização das Nações Unidas acaba de votar a soma de 14 milhões de dolares à criação de um grande Centro de Estudos a ser instalado, não se sabe ainda em que país da Europa ou da América. Nada mais justo reservarem-se fundos para as lutas médico-sociais, quando se consomem verbas fabulosas na construção de bombas de caráter destrutivo.

Mas, diante da situação de fato, relativa ao câncer, é mais imperioso e mais urgente criar instituições de diagnóstico e tratamento, não só em quantidade como em qualidade, sem esquecer, no ponto de vista humanitário, a situação dos incuráveis, quando abandonados à própria sorte.

Entre nós, neste vasto Brasil, é desnecessário repetir que os recursos são impróprios, pobres e regateados. A própria capital do País pouco dispõe em relação às suas necessidades na luta anti-cancerosa. Por isso, julgo de igual importância médico-social essa outra deliberação das Nações Unidas: fornecer radium a todos os países,



por preço baixo, a longo prazo e ao alcance de tôdas as vítimas da doença.

Eis senhores consócios, o que me cabe anunciar nesta festa de aniversário, lembrando o compromisso assumido por todos nós: o de trabalhar pela vida da Sociedade e animar suas sessões, trazendo à apreciação dos colegas o fruto da experiência no convívio diário com a doença, ou uma parcela do cabedal científico, num cordial intercâmbio de idéias, em prol de uma causa que tão de perto interessa à nossa gente e à própria humanidade.”

*

Iniciada a ordem do dia, o Dr. Sérgio Azevedo pediu que fosse inserido em ata um voto de pesar pelo falecimento do Prof. Angelo Roffo, proferindo as seguintes palavras:

“Senhor presidente: Desejo submeter à apreciação desta Casa, uma proposta no sentido de ser lavrado em ata um voto de pesar pelo passamento do eminente cancerólogo argentino, Prof. ANGEL ROFFO.

ROFFO, inegavelmente, foi personalidade marcante e predestinada a prestar à ciência, valiosa e inestimável contribuição no campo ingrato da cancerologia, concorrendo com seu talento realizador para aquisições da maior importância médico-social.

Desde cedo, egresso dos bancos acadêmicos, mostrando acentuado pendor para a especialidade, elaborou a tese: “*Câncer — contribuição ao seu estudo*”. Mereceu êste trabalho, menção honrosa da Comissão examinadora, e, foi mandado imprimir às custas da própria Faculdade de Medicina.

Doutorado em medicina em 1910, passou a exercer o cargo de Chefe de Laboratório no Hospital Muniz, até que, dois anos mais tarde, foi designado pelo Departamento Nacional de Higiene, para estudar um plano de combate ao câncer, o que fez de modo brilhante. Por essa ocasião, fez chegar ao conhecimento da Academia

de Medicina de Buenos Ayres, um trabalho de sua autoria sobre “*Câncer experimental*”. A obra despertou grande interesse dos titulares e foi certamente um dos fatores decisivos para a concessão de um auxílio governamental ao Instituto de Medicina Experimental para o Estudo e Tratamento do Câncer, por êle fundado, em Buenos Ayres, a 7 de novembro de 1922.

Possuindo a princípio apenas um simples ambulatório e algumas salas para laboratório, dentro de pouco, devido seus esforços, era ampliado o Instituto. *Haberland*, famoso Prof. alemão, que o visitou 5 anos mais tarde, em 1927, disse ser “o maior e o mais bem instalado para investigação do câncer em todo o mundo”.

Repartia sua atividade entre o magistério na Faculdade de Ciências Médicas, onde era Catedrático de Anatomia Patológica, e a direção do Instituto Experimental, onde revelou qualidades de notável organizador, reunindo em torno de si, um grupo de auxiliares dedicados e competentes, a cooperar no engrandecimento da obra do Mestre.

Ao completar 25 anos de trabalho fecundo, inteiramente consagrado à cancerologia, recebeu ROFFO dos cancerólogos de tôdas as partes do mundo, de seus discípulos e amigos, homenagens excepcionais. Quase todos os países fizeram-se representar nessa bôda de prata, quando lhe foi oferecida uma coletânea intitulada “*Libro de Oro*”, grosso volume de mais de 2.000 páginas, contendo uma série de trabalhos de autores de renome na especialidade, escritos especialmente para a comemoração.

No setôr científico, ROFFO contribuiu com mais de 400 trabalhos, muitos deles originais, sobre questões de cancerologia experimental, sailentando-se entre todos, os referentes ao diagnóstico do câncer pela reação do vermelho-neutro, que recebeu seu nome, e os relativos ao papel can-

cerígeno das gorduras e, em particular, do colesterol, quando submetido à oxidação.

Conseguiu experimentalmente provocar tumores malignos com o alcatrão e seus derivados, por meio de destilados obtidos não só do fumo, como até mesmo do café, do chá e do mate.

O ilustre cancerólogo procurou à luz da experimentação, interpretar todos esses processos de cancerização, relacionando-os à uma origem comum : a dos *esteróis*, constituintes dos hormônios sexuais, do hormônio cortical, da colessterina, da vitamina D, dos derivados dos ácidos biliares, etc.

Teve ainda o mérito de aproveitar a fluorescência da colessterina para aplicá-la no diagnóstico das lesões pré-cancerosas da pele, demonstrando que, em indivíduos nórdicos, de pele alva, a colessterina depositada no tegumento cutâneo, se transforma sob à ação das irradiações solares em óxi-colessterina, substância fluorescente e altamente cancerígena.

No setor educacional, esforçou-se por difundir, na mais larga escala, os conhecimentos básicos e necessários à compreensão do problema, não só entre a classe médica, através da publicação regular do *Boletim* de seu Instituto, como ainda entre o grande público, por meio de conselhos, cartazes, folhetos, palestras radiofônicas, filmes, etc.

Como essa campanha repercutiu extraordinariamente no espírito do povo, fazendo-o se compenetrar da importância do diagnóstico precoce para tratamento, os dados abaixo, pela sua significação, dispensam qualquer comentário :

Em 1924, era de 4% o número de doentes que procuravam o Instituto com doença datando de um a três meses. Em 1943 essa cifra subiu para 70%.

Por outro lado, enquanto nesse mesmo ano de 1924, os doentes com mais de seis meses de doença somavam cerca de 80%, em 1943, este número baixava a 16%.

Finalmente, no setôr do tratamento, milhares e milhares de vidas foram poupadas às garras do câncer por terapêutica oportuna e adequada, posta em prática por seus auxiliares no grande Instituto sob sua supervisão de cancerólogo consumado.

Como todo homem em evidência, que faz algo de novo e de revolucionário em qualquer campo da atividade humana, foi personalidade discutida, por vèzes atrôzmente atacada, mesmo em sua terra natal. O monumento científico que idealizou e construiu e do qual foi arbitrariamente afastado em seus últimos momentos de vida, não desaparecerá.

ROFFO será símbolo e exemplo do quanto pode alcançar a vontade do homem, movido em seu íntimo pela força que representa a idéia — sentimento, propulsora dos maiores feitos da humanidade”.

Quando o Dr. Sérgio Azevedo terminou sua oração, o Sr. presidente da Sociedade Brasileira de Cancerologia acrescentou :

“O voto de pesar pelo passamento do grande cancerólogo sul-americano, proposto por nosso consócio, Sérgio Azevedo, certamente representa o sentir da Diretoria e da Sociedade Brasileira de Cancerologia.

O ilustre cientista poderia ter seus defeitos pessoais e os tinha. Foi mesmo atacado acerbamente por seus próprios compatriotas.

Não se pode negar, entretanto, o valor da obra que levantou com seu esforço pessoal, dedicação, inteligência e amor ao trabalho científico.

Era às vèzes exclusivista na concepção da cancerologia e arbitrário na maneira de conduzir seus auxiliares.

Não raro agia discricionariamente com mão de ferro, sem a liberdade indispensável na prática da medicina e na pesquisa científica, onde só deve imperar a hierarquia do saber.

A mim afirmou de uma feita: “*Yo no creo en cirugía. De nada vale sacar los tumores*”. Fui obrigado a responder-lhe: “*Mientras tanto usted no descubre un agente de acción general y específica para curación del cancer, yo seguiré sacando los tumores*”.

A respeito de seus colaboradores, disse-me também: “*Yo controlo todos y pongo el pié en el cuello, quando quieren levantar la cabeza*”.

De qualquer modo, Roffo construiu obra científica e assistencial que é monumento imperecível. Através do seu “Instituto de Medicina Experimental para o estudo e tratamento do câncer”, cooperou para enobrecer a Argentina no conceito das Repúblicas Irmãs e elevar a ciência médica sul-americana aos olhos do mundo civilizado. Sua memória é digna, pois, das nossas melhores homenagens.”

Em seguida, o primeiro Secretário, Dr. A.F. da Costa Junior, deu pequeno relatório, focalizando as atividades da Sociedade até a presente data e sua situação financeira:

Movimento da Sociedade Brasileira de Cancerologia, de 25 de julho de 1946 a 25 de julho de 1947.

Sócios fundadores 95; sócios colaboradores 8; sócios efetivos 60. Total dos sócios: 163.

Doações: Jockey Club Brasileiro Cr\$ 10.000,00; Ulpiano Areal Gil Cr\$ 20.000,00; Victória Feres de Oliveira Cr\$ 500,00; José Martinelli Cr\$ 100.000,00. Total das doações: Cr\$ 130.500,00.

Número de sessões extraordinárias para instalação e fundação da Sociedade Brasileira de Cancerologia, 3; sessões ordinárias 7; conferências realizadas, 16; inscrições para próximas conferências, 19

Conferências realizadas:

Dr. Alberto Coutinho — Sobre dois casos paradoxais de metástases de cânceres

do colo uterino; Dr. Mário Kroeff — Um caso de tumor da face e autoplastia; Dr. Amadeu Fialho — Tumores mistos das glândulas salivares labiais; Dr. Américo Valério — O psiquismo dos cancerosos; Dr. Carl Fried — Radioterapia do Câncer inoperável do estômago; Dr. Moacyr Santos Silva — Tumor de Pancost — Estudo crítico; Dr. Luiz Carlos de Oliveira Junior — Sobre dois casos de mama sangrenta; Dr. A. F. da Costa Junior — Sarcoma da Pálpebra; Dr. Clarice do Amaral — Colpocitologia do câncer ginecológico; Dr. Osolando Machado — Tratamento do câncer cutâneo do nariz; Dr. Ramos e Silva — Doença do Bowen; Dr. Francisco Fialho — Considerações sobre um caso de granuloma eosinófilo; Dr. Américo Valério — Câncer e hipertensão arterial; Dr. Jorge de Rezende — Câncer genital e gravidez; Dr. Alvaro Osório de Almeida — O fator tempo em Roentgenerapia; Dr. Antonio Pinto Vieira — Reticulo sarcoma da costela (tumor de Ewing).

Por fim, o Dr. Dollinger da Graça, inscrito na ordem do dia, falou sobre “Sarcoma das partes moles.”

Para as próximas sessões a serem realizadas estão inscritos:

Dr. Mário Kroeff — Sarcoma recidivante da parede abdominal ligado a gravidez; Dr. Motta Maia — Sobre quatro casos de Hemi-pelvectomia; Dr. Joaquim de Britto — Câncer de vesícula biliar; Dr. Sylvio diAvila — Câncer do reto e o seu tratamento; Dr. Alberto Coutinho — Tumores Néo-mamários; Dr. Mário Goulart e Mauricio Ielpo — Plasmocitoma do testículo; Dr. Evaristo Machado Netto — O aspecto radiológico do Câncer gástrico; Dr. Mário Pardal — Tumor de Wilms; Dr. Antonio Pinto Vieira — O problema da proteção em Radiumterapia; Dr. João Bancroft Vianna — Tratamento do câncer do seio maxilar; Dr. Jorge de Marsillac — Tratamento das linfo-adenopatias

cervicais metastáticas; *Dr. Jesse Teixeira* — Tumores do Pulmão; *Dr. Sebastião da Silva Campos* — A polivacinação no tratamento do câncer, resultados obtidos; *Dr. Turíbio Braz* — Câncer do Penis; *Dr. Egberto Penido Burnier* — Câncer vulvar; *Drs. Alberto Coutinho e Amador Campos* — Doença de Hodgkin; *Dr. Sérgio Barros de Azevedo* — Em torno do tratamento médico do câncer.

Ainda no expediente o *Dr. Américo Valério* na ausência do orador oficial, o Prof. Arnaldo de Moraes, fez o necrológico do consócio, *Dr. Heleno Brandão*, falecido no corrente ano:

“A maioria de mulheres e homens, exausta de especulações sem provas, mistérios e dogmas, mergulhou na indiferença. Contudo, sempre houve e há puros sacerdotes das Ciências, da Filosofia e da Fé. A vida humana e social é cheia de contrastes e possui altos e baixos.

A festa da *Sociedade Brasileira de Cancerologia* é empanada pela lembrança do trespasse, a 1 de junho, de *Heleno Brandão*, um de nossos conspícuos fundadores.

O brilhante e saudoso colega faz-nos recordar que a existência humana está longe de ser simples juguete da fatalidade. E, assim, devemos crêr em Deus e, sobretudo, em nós, arejando o EU profundo. Mas só pode crêr e criar alguma coisa neste “vale de lágrimas” quem possui a “divina paciência”, de que fala André Gide. E Heleno a possuiu em elevado grau. Emgora sofresse amarga traição do Destino.

Como apóstolo da Medicina e da Caridade soube morrer, como soubera viver.

Pedro Ernesto, Leão de Aquino, Heleno e quem faz este necrológico, desde os comêços da “Casa de Saúde e Maternidade *Dr. Pedro Ernesto*”, nos reuníamos periò-

dicamente para o trabalho e “dois dedos de prosa”. Aí Heleno, como os outros, menos o orador de agora, deixaram imperecível renome.

Polarizou Heleno a sua vida da “Santa Casa de Misericórdia”, com Daniel de Almeida e da “Casa de Saúde *Dr. Pedro Ernesto*” às clínicas imensas dos consultórios e domiciliares.

Depois as doenças orgânicas, as viagens, os acidentes, a morte física. Porém, a espiritualidade nunca abandonou o grupo, mesmo em face a tremendos revezes e só resta quem rememora tais episódios.

Estudou Heleno, oportuna e claramente, os fibro-miomas uterinos, os neoplasmas dos ovários, o câncer e a gravidez, a tuberculose e gestação, a eclâmpsia, as hemorragias ginecológicas, os vômitos incoercíveis nas gestantes, o parto cesário, o fórceps, as apendicites e anexites, as metrites e a endocrinologia sexual.

Membro das *Sociedades: Brasileira de Cancerologia, de Ginecologia e de Urologia, da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, de onde foi secretário duas vezes e *Superintendente de Higiene e Saúde Escolar*, era sempre benévolo e prestimoso, atestando amplo lastro científico em segura base deontológica.

Após o colápsio material, sua obra médico-simbiológica, embora debruada em épocas menos dadas aos progressos da Obstetrícia e Ginecologia no pagos dos excelsos Fernando Magalhães e Maurity Santos, melhor vai se avaliando.

É como algumas noites admiráveis do inverno carioca. Rasgam-se, de chôfre, as nuvens negras. E surge a beleza do plenilúnio e de miríades de estrelas, que nos arrebata e provam o exemplo e a unidade do Cosmos, amplexando o Criador e as criaturas.”



CURSO DE APERFEIÇOAMENTO E ESPECIALIZAÇÃO EM CÂNCER

Acham-se abertas por 30 dias as inscrições para matrícula no Curso de Aperfeiçoamento e Especialização em Câncer, a realizar-se no Distrito Federal (de acôrdo com o Decreto-lei n.º 4.296, de 13 de maio de 1942, regulamentado pelo Decreto n.º 9.388, de 13 de maio de 1942 e alterado pelo de n.º 14.178, de 6 de dezembro de 1943).

Os requerimentos de inscrição devem ser dirigidos ao Diretor dos Cursos do Departamento Nacional de Saúde e entregues à Praça Marechal Âncora (sede dos Cursos do D.N.S.), acompanhados dos seguintes documentos: a) — Diploma de médico; b) — Atestado de sanidade física e mental; c) — Prova de identidade.

O Curso destina-se especialmente à seleção dos médicos a serem admitidos para preencherem vagas que ocorrerem no quadro de extranumerários do Serviço Nacional de Câncer do Departamento Nacional de Saúde, e ao aperfeiçoamento de técnicos estaduais. Em seu requerimento de inscrição, os candidatos devem declarar o compromisso de aceitar função fóra do

Distrito Federal. O Curso terá 3 meses de duração e começará a 1.º de setembro de 1947, tendo sido fixado em 30, o limite das matrículas, das quais algumas se acham destinadas a bolsistas dos Estados. Se o número de candidatos fôr superior ao número de vagas, haverá prova de habilitação para matrícula, versando sobre os assuntos abaixo relacionados:

Prova escrita: redação de observação clínica, segundo ficha instituída pelo Serviço Nacional de Câncer.

Prova prático-oral: rudimentos de histologia, caracterização de tecidos normais, comumente atingidos pelo câncer; noções gerais sobre cirurgia e radioterapia.

São dispensados do exame de habilitação os candidatos que possuírem certificado regular de Saúde Pública ou dos Cursos Intensivos Estaduais de Saúde, realizados em colaboração com o Departamento Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, 7 de julho de 1947.

as) Jorge Saldanha Bandeira de Melo, Dr.

Diretor dos Cursos do DNS.

PROGRAMA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CÂNCER

INÍCIO A 1.º DE SETEMBRO DE 1947.

DURAÇÃO DE 3 MESES.

8 às 10,30 h. — Aulas práticas (cirurgia, clínica, patologia e radioterapia) — diariamente.

10,45 às 11,45 — Policlínica (mesa-redonda) — diariamente.

11,45 às 12,45 — Aulas teóricas sobre clínica — 2.ªs 4.ªs 6.ªs.

Aulas teórico-práticas sobre patologia — 3.ªs e 5.ªs. — Aulas teóricas sobre radioterapia sábados.

As 5.ªs feiras — visita geral às enfermarias.

Os alunos serão divididos em três turmas que farão rodizio mensalmente: 1.ª no ambulatório; 2.ª em cirurgia; 3.ª em patologia e radioterapia.

CLÍNICA

- 1 — *Etiopatogenia do câncer* — Sérgio Azevedo
- 2 — *Câncer da pele* — J. Ramos e Silva
- 3 — *Câncer do lábio e língua* — Luiz Carlos Oliveira Junior
- 4 — *Câncer do rebordo, abóbada, assoalho e bochecha* — Luiz Carlos de Oliveira Junior
- 5 — *Câncer do faringe e esôfago* — Jorge Marsillac
- 6 — *Câncer do estômago* — Mário Kroeff
- 7 — *Quimismo no ca. estômago* — Moacyr Santos Silva
- 8 — *Câncer do colon* — Jorge Marsillac
- 9 — *Câncer do reto e do anus* — Alberto Continho
- 10 — *Câncer do penis* — Egberto Burnier
- 11 — *Câncer do testículo* — Egberto Burnier
- 12 — *Câncer da bexiga* — João Vianna
- 13 — *Câncer da próstata* — João Vianna
- 14 — *Câncer do rim* — João Vianna
- 15 — *Câncer genital feminino* — Mário Kroeff
- 16 — *Câncer do aparelho genital feminino* — Amador Campos
- 17 — *Câncer da vulva e vagina* — Egberto Burnier
- 18 — *Câncer do fígado e vias biliares* — Sinval Lins
- 19 — *Câncer do pâncreas* — Sinval Lins
- 20 — *Câncer do pulmão* — Moacyr Santos Silva
- 21 — *Câncer da pleura e do mediastino* — Moacyr Santos Silva
- 22 — *Câncer do laringe* — Georges da Silva
- 23 — *Câncer da mama* — Mário Kroeff
- 24 — *Semiologia da mama* — Alberto Continho
- 25 — *Côncer do sistema linfático* — Amadeu Fialho
- 26 — *Câncer dos órgãos hematopoéticos* — Amadeu Fialho
- 27 — *Câncer da tireóide* — Turibio Braz
- 28 — *Câncer da parótida e outras glândulas salivares* — E. Burnier
- 29 — *Câncer dos ossos* — Mário Kroeff
- 30 — *Câncer dos maxilares* — Alberto Continho
- 31 — *Câncer dos seios faciais* — A. Coutinho
- 32 — *Câncer do sistema nervoso* — Guilherme da Costa
- 33 — *Electro-cirurgia no tratamento do câncer* — Mário Kroeff
- 34 — *Profilaxia do câncer* — J. Barros Barreto
- 35 — *Organização da luta contra o câncer* — Mário Kroeff

DIAGNÓSTICO ANÁTOMO-PATOLÓGICO DO CÂNCER

DR. FRANCISCO FIALHO

30 aulas teórico-práticas sôbre os seguintes têmeas :

Blastomas — Degeneração. Generalidades. Da proliferação celular. Hiperplasias fisiológicas e regeneradoras. Hiperplasias tumorais. Sua autonomia. Diferenciação. Prosoplasia. Desdiferenciação. Anaplasia. Meristomas. Hamartomas e co-

ristomas. Inclusões embrionárias. Malformações. Pré-câncer. Considerações gerais sôbre os tecidos tumorais.

A — *Blastomas benignos* :

lesões circunscritas; sua lenta evolução, perturbações mecânicas, infecção; hemorragia; reincidência; transformação maligna.



B — Blastomas malignos :

período local ; período de invasão, metástases : por continuidade e à distância.

Vias empregadas para o transporte à distância : vasos linfáticos e sanguíneos. Importância das lesões ganglionares quanto ao diagnóstico e ao prognóstico.

C — Período terminal :

Holoblastose. Caquexia.

Classificação.

Tipos de classificação. Suas bases. Dificuldades para uma boa classificação.

Blastomas da pele :

Blastomas benígnos de natureza epitelial e fibro-epitelial. Névos. Disceratoses. Pré-câncer.

Blastomas benígnos de natureza epitelial e mesenquimatosa. Blastomas pigmentados.

Blastomas dos tecidos moles da boca :

Benígnos e malignos. Épulis. Fibromas dos maxilares. Blastomas de origem dentária. Adamantinomas. Odontomas. Cistos foliculares.

Blastomas das amígdalas, faringe e esôfago.

Blastomas do estômago :

Polipos, adenomas, Schwannomas. Carcinomas gástricos. Sarcomas.

Blastomas benígnos e malignos do tubo intestinal, incluindo o apêndice. Polipos e polipose. Câncer das estenoses e do anus.

Blastomas do rim, bacinete e bexiga.

Adenomas. Carcinomas. Tumores mistos. Sarcomas. Polipo.

Blastomas da vulva e vagina :

Disceratoses.

Blastomas uterinos :

Liomioma : suas alterações regressivas. Polipos do colo e da cavidade.

Blastomas malignos do colo e da cavidade. Sarcomas. Coriocarcinomas.

Blastomas das trompas e do parâmetro

Blastomas do ovário :

Benígnos e malignos com e sem atividades hormonal. Dermoides. Embriomas.

Blastomas da mama :

Adenomas. Fibroadenomas. Cistos. Carcinomas. Sarcomas. Disceratose de Paget.

Blastomas do Penis :

Benígnos e malignos. Desceratoses.

Blastomas do testículo :

Teratomas e blastomas malignos que deles derivam. Coriocarcinomas. Seminomas. Sarcomas.

Blastomas da próstata :

Adenomas. Carcinomas. Sarcomas.

Blastomas do laringe :

Polipos. Carcinomas.

Blastomas brônquio-pulmonares :

Polipos. Adenomas. Carcinomas epidermoides, cilíndricos e adeno-carcinomas. A questão dos cânceres alveolares. Sarcomas.

Blastomas pleurais :

Blastomas dos ossos :

Benígnos e malignos. Estudo especial dos tipos mais comuns. Cistos osseos. Blastomas metastáticos.

Blastomas dos seios ósseos :

Blastomas das glândulas salivares :

Tumores mistos. Carcinomas.

Blastomas do pâncreas :

Cistos e formações cistoides. Adenomas. Carcinomas.

Blastomas do fígado e da vesícula biliar :

Hiperplasia regeneradora. Adenomas. Cistos solitários e múltiplos. Carcinomas. Sarcomas.

Blastomas do baço :

Cistos. Sarcomas. Hemangiomas. Referências às leucemias e às tesaurismoses.

Blastomas dos gânglios linfáticos e dos vasos em geral:

Linfomas. Sarcomas. Referências às leucemias e à linfogranulomatose maligna. Malformações, hamartomas e blastomas

dos vasos sanguíneos e linfáticos. Angiomas. Hemangioma e linfangioendotelomas.

Blastomas da tireóide.

RADIOTERAPIA

A — Parte Geral

- 1 — Física dos Raios X (Antonio Pinto Vieira).
- 2 — Radium e seu emprêgo (Osolando J. Machado).
- 3 — Considerações gerais sôbre o Radon e seu emprêgo em Medicina (Antonio Pinto Vieira).
- 4 — Proteção em Raios X e Radium (Antonio Pinto Vieira).
- 5 — Técnicas curieterápicas (Osolando J. Machado).
- 6 — Técnicas roentgenterápicas (Osolando J. Machado).
- 7 — Ação das irradiações sôbre as células e tecidos (Osolando J. Machado).

B — Parte Especializada

- 1 — As irradiações no Câncer da Pêle (Osolando J. Machado).
- 2 — Tratamento dos Cânceres da Bôca pelas irradiações (Antonio Pinto Vieira).

- 3 — Tratamento dos Cânceres do Apar. Digestivo pelas irradiações (Antonio Pinto Vieira).
- 4 — Roentgenterapia no Câncer do Laringe (Osolando J. Machado).
- 5 — Roentgenterapia no Câncer das Vias Respiratórias Superiores (Osolando J. Machado).
- 6 — Roentgenterapia nas Afecções Malignas do Sistema Linfo-hemo-poético (Antonio Pinto Vieira).
- 7 — Roentgenterapia nos Cânceres dos Ossos (Antonio Pinto Vieira).
- 8 — Roentgenterapia no Câncer da Mama (Antonio Pinto Vieira).
- 9 — Indicações e tratamento dos Cânceres do Apar. Genital Feminino pelas irradiações (Antonio Pinto Vieira).
- 10 — Indicações e tratamento dos Cânceres do Apar. Genito-Urinário Masculino pelas irradiações (Osolando J. Machado).
- 11 — Roentgenterapia nos Tumores do Cérebro (Osolando J. Machado).

“As células cancerosas são geralmente ditas indiferenciadas. Apesar de indiferenciadas ser termo susceptível de crítica, podemos considerá-las como tal. De que vale porém essa informação, se nada sabemos sobre os fatores que regem a passagem da diferenciação à indiferenciação? Se procu-

rarmos encarar o câncer, baseados na compreensão que temos de diferenciação e desdiferenciação, faremos o papel do cego que procura conduzir-se dando sua mão direita à esquerda.”

Roger J. Williams
op. cit. pg. 9