

5

---

Tratamento cirúrgico  
do carcinoma do seio

---

16815 FMP

ANTONIO FELICIANO BOTELHO DA SILVA FERNANDES

---

# Tratamento cirúrgico do carcinoma do seio

(BREVES CONSIDERAÇÕES)

---

DISSERTAÇÃO INAUGURAL APRESENTADA  
À FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

|||  
— JULHO — 1916 —  
|||

168/5 FMP

PORTO  
IMPRESA MODERNA  
Rua Cândido dos Reis, 51 a 61

1916

# Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Cândido Augusto Correia de Pinho

LENTE SECRETÁRIO

ÁLVARO TEIXEIRA BASTOS

CORPO DOCENTE

## Professores Ordinários e Extraordinários

1. <sup>a</sup> classe — Anatomia . . . . .	{	Luís de Freitas Viegas
	}	Joaquim Alberto Pires de Lima
2. <sup>a</sup> classe — Fisiologia e Histologia . . . . .	{	Vaga
	}	José de Oliveira Lima
3. <sup>a</sup> classe — Farmacologia. . . . .		Vaga
4. <sup>a</sup> classe — Medicina legal e Anatomia Patológica. . . . .	{	Augusto Henrique de Almeida Brandão
	}	Vaga
5. <sup>a</sup> classe — Higiene e Bacteriologia . . . . .	{	João Lopes da Silva Martins Júnior
	}	Alberto Pereira Pinto de Aguiar
6. <sup>a</sup> classe — Obstetria e Ginecologia . . . . .	{	Cândido Augusto Correia de Pinho
	}	Álvaro Teixeira Bastos
7. <sup>a</sup> classe — Cirurgia . . . . .	{	Roberto Belarmino do Rosário Frias
	}	Carlos Alberto de Lima
	}	Antônio Joaquim de Sousa Júnior
8. <sup>a</sup> classe — Medicina . . . . .	{	José Dias de Almeida Júnior
	}	José Alfredo Mendes de Magalhães
	}	Tiago Augusto de Almeida
Psiquiatria . . . . .		Antônio de Sousa Magalhães e Lemos.

## Professores jubilados

José de Andrade Gramaxo  
Pedro Augusto Dias  
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos.

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

*(Regulamento da Faculdade de 23 de Abril de 1840, art. 155).*

*A meus queridos Pais*

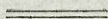
*e*

*A meus Irmãos*

*Aos Excelentíssimos Senhores*

*Dr. Henrique Botelho*

*Dr. Júlio Franchini.*



*Aos meus amigos*

*e discípulos.*

*Ao meu ilustre presidente de tese*

*o Excelentíssimo Senhor*

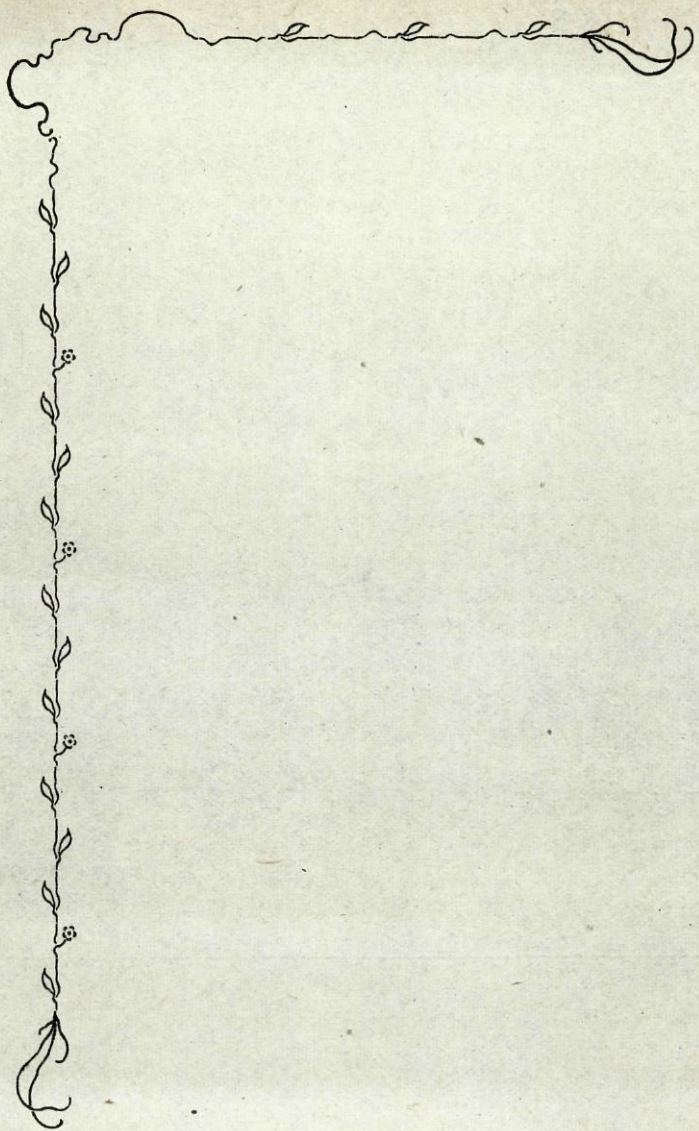
*Dr. Alvaro Teixeira Bastos*

---

*Ao ilustre corpo docente*

*da*

*Faculdade de Medicina do Pôrto*



*Forçados, por imposição legal, a dar como prova final do nosso curso de medicina, uma amostra, em letra redonda, da nossa sciência — uma tese — e ter de a defender perante um doutíssimo júri, procuramos fazer da incompetência confessada esforço ousado, para de tão árdua tarefa nos desobrigarmos.*

*Escolhemos, pois, para assunto da nossa tese — o tratamento cirúrgico do carcinoma do seio — (na mulher), por indicação do Ex.<sup>mo</sup> Snr. Dr. Henrique Botelho, distinto clínico do Hospital Civil de Vila Rial, a quem prestamos aqui homenagem respeitosa da nossa admiração e o preito do nosso muito reconhecimento pelos utilíssimos conselhos e ensinamentos que sempre nos dispensou.*

*É sem dúvida escabroso e cheio de obscuridades, o tema que nos propomos defender; — acresce ainda, para tornar mais duro e apoucado o nosso propósito,*

*a escassez do tempo com que lutamos e a intranquillidade inquietadora da hora torturantemente dolorosa e incerta que hoje vive a nossa querida pátria.*

*Terá, todavia, o nosso modesto trabalho, fundamentado particularmente na técnica operatória do Dr. J. Murphy, estudada por nós praticamente em dois casos operados no Hospital Civil de Vila Rial pelo Ex.<sup>mo</sup> Snr. Dr. Henrique Botelho, a quem tivemos a honra de ajudar e cujas observações adiante transcrevemos, um duplo fim: descrever, embora de afogadilho, uma técnica operatória nova no nosso meio cirúrgico e pretextar ao ilustre júri que, certamente, nos julgará com a benevolente justiça devida aos que começam, ensejo de nos proporcionar mais uma magistral lição sôbre o tratamento cirúrgico do carcinoma do seio.*

## TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CARCINOMA DO SEIO



Na expressão clínica «Tumores do seio» estão compreendidos os tumores da glândula mamária do tecido periglandular e da pele.

Os mais comuns são os primeiros os que mais nos interessam, havendo em certos dêles uma participação grande do tecido conjuntivo periglandular.

Dos tumores epiteliais os mais freqüentes são os malignos, os cancos que na estatística de W. R. Wil- lians atingem, em relação a todos os tumores malignos que podem afectar a mulher, a percentagem de 40, 3 %.

Carcinomas puros, tumores benignos, são raros; quási sempre o tecido conjuntivo participa na sua formação, dando assim logar a tumores compostos, adeno- conjuntivos, — adeno-fibromas e adeno-sarcomas.

Neoplasmas conjuntivos são tumores perimamá- rios, benignos e malignos segundo a proliferação é típica ou atípica.

De modo que temos que anatómicamente consi- derar 4 classes de tumores ;

1.º Tumores conjuntivos — lipomas, fibromas e sarcomas.

2.º Tumores epiteliais — adenomas, epitelomas e carcinomas.

3.º Tumores epitélio-conjuntivos — adeno-fibromas e adeno-sarcomas.

4.º Tumores constituídos por elementos estranhos aos do tecido do seio.

Vamos ocupar-nos dos carcinomas.

### Carcinomas do seio

São tumores epiteliais, caracterizados histologicamente pela disposição alveolar das suas células. Dotados de uma proliferação atípica activa, determinam a infecção ganglionar e a generalização que bem caracterizam a sua malignidade.

**Etiologia.** Entre várias causas etiológicas apontam-se influências de hereditariedade, da idade, do traumatismo, da inflamação epitelial e da amamentação. Uns crêem ainda que os carcinomas são de origem parasitária, outros há que dizem serem devidos a infecções microbianas.

Valpeau constatou que 45,5 % das suas operadas de cancro tinham amamentado. Gross achou a percentagem de 76 % e Winiwarter 68 %. Êstes dois últimos operadores fazem notar que o seio esquerdo é mais frequentemente atingido. O cancro dos dois seios é extremamente raro, tomando-se muitas vezes como casos de cancro bilateral simples lesões metastáticas do seio oposto àquele onde se instalou primitivamente a lesão cancerosa.

**Evolução anatómica** O cancro do seio propaga-se lentamente, de uma maneira centrífuga e por continuidade sucessivamente à glândula e tecidos vizinhos, aos linfáticos e gânglios e por fim generaliza-se ao resto do organismo. É preciso, pois, determinar a fase da sua evolução, o que é em regra difícil, para se avaliar da viabilidade de intervenção e qual a técnica cirúrgica aplicável ao caso. A propagação ao resto da glândula estabelece-se pelos elementos neoplásicos que encham a cavidade dos canais excretores ou por evolução neoplásica simultânea de toda a glândula. A invasão quando rápida determina um processo de esclerose perilinfática acarretando a retracção do mamilo.

A pele, quando atingida pelo processo neoplásico, começa por se enrugar, os seus póros dilatam-se, dando-lhe o aspecto de casca de laranja; a derme, infiltrada, termina por aderir ao tumor, por fim a epiderme destrói-se, dando lugar a ulcerações. Os nódulos cutâneos aparecem sempre na vizinhança do tumor, sendo os maiores, geralmente, os mais próximos e os que primeiro se ulceram.

A invasão carcinomatosa da aponevrose peitoral estabelece-se (Heidnham) através dos linfáticos, que se destacam da parede posterior da glândula e caminham sobre esta aponevrose para se irem lançar nos gânglios axilares.

Quanto ao grande peitoral, essa invasão, posta em dúvida por muitos autores, estabelece-se pelo contacto dos lóbulos glandulares através do tecido conjuntivo e das bainhas dos ramos perfurantes dos nervos intercostais, dando lugar à formação de nódulos pequenos esbranquiçados contrastando bem com a cor do músculo.

Por fim o tumor termina por aderir ao grande peitoral, tornando-se necessária depois a extirpação do músculo quando fazemos a intervenção. Renault, Delbet, Schwartz e J. Murphy não fazem essa extirpação, alegando que as recidivas não se dão no músculo mas sim no tecido conjuntivo peri-muscular, por isso êles limitam a operação, além da ablação da glândula e gânglios, à extirpação da aponevrose peitoral.

A zona de permeação pode estender-se ao grande dentado e grande oblíquo, à aponevrose do grande recto e pode atingir a região mamária oposta. As costelas e os músculos inter-costais, as pleuras, os pulmões podem ser invadidos por cancerose.

As aderências do cancro às costelas contra-indicam qualquer intervenção cirúrgica.

Os linfáticos do seio são, na maior parte, tributários dos gânglios axilares, seguindo o bordo inferior do grande peitoral, um reduzido número dêles atravessam êsse músculo e dirigem-se para os gânglios infra-claviculares. Alguns ainda através da parede torácica vão lançar-se nos gânglios mamários internos.

As células cancerosas atravessam, geralmente, êstes linfáticos, sem deixarem vestígios da sua passagem e vão formar metastases nos gânglios correspondentes. As células neoplásicas podem infiltrar as paredes dos vasos, determinando um processo de linfangite cancerosa, que se revela pela transformação dos linfáticos em cordões duros, volumosos e esbranquiçados.

A invasão ganglionar é em regra muito precoce. O microscópio revela-nos lesões cancerosas dêsses gânglios, que não apresentam clinicamente sintomas de adenopatias cancerosas. Quenu (*Journal de Chirurgie*) refere-se a dois casos. em que as adenopatias axilares

precederam a nodosidade mamária. Para este autor as adenopatias são, muitas vezes, um elemento revelador do cancro, quando sejam duras, se observam em mulheres na vizinhança dos quarenta e cinco ou cinquenta anos e que não haja perturbações gerais ou lesões locais que as justifiquem.

A invasão dá-se primeiro nos gânglios axilares; depois nos infra-claviculares, passando em seguida aos supra-claviculares, generalizando-se por último.

Os gânglios axilares crescendo aderem á parede dos vasos e nervos, englobam-nos, infiltram-os de células neoplásicas, determinando edema e dores nevrálgicas do braço. A veia axilar e os nervos mediano e cubital são os mais affectados. A parte periférica dos nervos sofre a degenerescência valeriana.

A carcinose pode determinar pelo processo de esclerose perilinfática a obliteração dos linfáticos, dando lugar á formação de placas espessas e duras da pele, constituindo esta afecção uma variedade de carcinoma conhecido por *cancro em couraça*. Vencida a barreira dos gânglios axilares e supra-claviculares, o processo tumoral estende-se ao resto do organismo, produzindo metastases nos diferentes órgãos. Segundo a estatística de Gross os órgãos mais atingidos são por ordem decrescente — pleuras, pulmões, fígado, ossos, etc. Dos ossos, os mais atingidos são os mais próximos do tumor, como esterno e costelas; depois o femur e coluna vertebral, ossos do crânio, húmero e cluícula. O rádio, o cúbito, tibia e peróneo, rótula, ossos das mãos e dos pés são raras vezes atingidos.

Em 329 autopsiados do cancro do seio, no hospital Middlesex, viram-se 73 casos em que os ossos eram séde de cancerose secundária ou de fracturas patoló-

gicas. Esta estatística é sujeita a muitas causas de erro, porque além de se não fazer sempre um exame aprofundado do esqueleto do cadáver, só procuramos em regra determinar as fracturas nos ossos compridos, porque os ossos chatos e curtos podem ser atingidos pelo cancro, sem todavia se fracturarem com facilidade.

Estas fracturas patológicas são consideradas como reveladoras de metastases.

As metastases ósseas explicam-se pela propagação através dos linfáticos das aponevroses profundas, e produzem-se sempre no lugar onde o osso é mais próximo dos linfáticos.

Nota-se a coincidência da aparição de metastases ósseas nas zonas onde se vêem nódulos sub-cutâneos. A generalização ao resto do organismo pode produzir-se insidiosamente, sem alteração microscópica dos gânglios.

As metastases viscerais são contra-indicação de qualquer intervenção cirúrgica.

A invasão do abdómen é caracterizada pela aparição de nódulos, pela sensibilidade extrema e empastamento do epigástrio.

A invasão da cavidade peritoneal é sempre acompanhada de diarreia, ascite, vômitos e icterícia, etc.

**Sintomatologia e diagnóstico.** São tumores de comêço silencioso, quási sempre duros, desde a dureza fibrosa até à dureza pétreia, situados em pleno tecido glandular, às vezes no tecido areolar ou sub-areolar, indolores, não encapsulados, de contornos irregulares, fazendo um todo com a glândula, terminando por aderir à pele, que se apresenta lisa, com poros alargados tomando o aspecto da casca de laranja, não formando rugas se a

apertamos entre os dedos; mas formando um sulco se mobilizamos o tumor, sulco êste que depois se torna permanente nos casos avançados. Apresenta-se frequentemente aderente aos planos retro-mamários, o que se reconhece, como aconselha Tillaux, mandando ao doente apoiar fortemente a mão sôbre um objecto fixo e procurando depois mobilizar o tumor, ou, como indica Baumgartener, afastando o braço do corpo de modo a formar com êste um ângulo agudo, segurando depois o braço pelo cotovelo, dando ao cancro movimentos perpendiculares à direcção das fibras do grande peitoral. As aderências, a princípio, revelam-se pela diminuição da mobilidade do seio; depois êste adere ao músculo e então fica imóvel durante a sua contracção. Nos casos extremos de aderência aos planos esqueléticos, a imobilidade mantém-se mesmo durante o periodo de relaxamento muscular.

É cedo acompanhado de adenopatias axilares, que se investigam mandando ao doente levantar primeiramente o braço, percorrendo em seguida com os dedos o cavado axilar, enquanto o doente abaixa o braço. Os carcinomas n'um período avançado, são frequentemente acompanhados de dores nocturnas, que irradiam ao longo dos feixes do plexo cervical.

**Evolução.** A duração média da evolução do tumor é de três a quatro anos. No período de início apresenta-se formado por um pequeno nódulo, duro, indolor, não aderente ao peitoral, sem provocar ainda invasão ganglionar, formando um todo com a glândula, aderente frequentemente à pele que se deprime formando um sulco, quando o mobilizamos. No período de estado a depressão torna-se permanente, a pele

apresenta-se com o aspecto da casca de laranja, o mamilo retrai-se ligeiramente e a aderência ao grande peitoral e a invasão ganglionar são manifestas. Num período mais avançado dá-se a ulceração da pele. A úlcera formada é superficial e saniosa. O feixe vaso-nervoso, quando englobado pelos gânglios cancerosos, dá lugar à formação de edema do braço e determina dores nevralgias intoleráveis. Como termo último, vem a generalização, que, quando afecta a marcha rápida, apresenta-se com todos os sintomas duma intoxicação endogénea grave ou a marcha lenta com todos os sintomas da caquexia; perda de forças, emagrecimento, tegumentos cor de palha, perda de appetite, dores, etc.

### Variedades anatómicas

**Epitelioma papilar.** Cancro da idade avançada, affectando de preferéncia as multíparas. É de evolução lenta. Localizado no centro da glândula, é envolvido por uma camada espessa de tecido conjuntivo e determinando um ligeiro corrimento de sangue pelo mamilo. Esta hemorragia é muitas vezes um sintoma precoce do cancro.

Ao corte, este tumor mostra uma superfície cavada por quistos, formada pela dilatação dos galactoforos affectados, em número e de volume variável, atingindo às vezes o tamanho de uma noz. Fazendo com o bisturi a raspagem dessa superfície, deposita-se sobre a lâmina um suco leitoso. Mais tarde os quistos apresentam-se revestidos de vegetações muito vascularizadas que comunicam ao líquido quístico a cor hemática.

**Epitilioma acinoso.** Cancro dos mais freqüentes, determinando uma rápida invasão dos linfáticos e dos gânglios. Compreende algumas variedades. *Fôrma commum.* Tumor duro aderente à pele, que se apresenta espessa e localizado geralmente à parte supero-externa da glândula mamária. Não é encapsulado, invade o tecido célula-gorduroso ambiente, emitindo prolongamentos, que deixam entre si faixas estreitas de gordura. A superfície do corte é homogénea e translúcida, semeada de pontuações escuras (quistos que deixam sair, quando abertos, um líquido sanguinolento; e outras amarelas que representam um comêço de degenerescência grânulo-gordurosa. A raspagem deixa sôbre o bisturi um líquido leitoso miscível na água.

*Encefalóide.* Afecta particularmente as mulheres novas. É um tumor mole, de marcha rápida, determinando um ingurgitamento precoce dos gânglios da axila. Adere cedo à pele e esta adelgaça-se, inflama-se, torna-se depois violácia e sulcada de vasos. A superfície do tumor é irizada por bosseladuras, de consistência menor que a dos tecidos que as cercam. Os quistos reconhecem-se fácilmente à palpação pela sensação de renitência nítida. A pele ao nível das bosseladuras termina por se ulcerar e das úlceras saem vegetações de côr acinzentada, saniosas, sangrando ao menor contacto e dentre elas vêem-se fragmentos de tecidos necrozados. A pele do seio apresenta-se quási sempre inflamada e edematosa. Provocam uma caquexia precoce.

*Cirro.* Tumor duro, sêco, de evolução lenta, mas terminando sempre pela generalização, quando abandonado à sua evolução natural. Produz a retracção

do seio e se está situado ao nível do mamilo provoca também a retracção do mamilo. Os cirros, quando sub-cutâneos, provocam o espessamento da derme, a epiderme ulcera-se e das úlceras sai um líquido que pela dissecação forma crostas. Haudley considera o cirro como uma forma de pseudo-cura espontânea do cancro, atenta a sua longa evolução e a quasi ausência de reacção orgânica. Os gânglios apresentam-se duros e pouco volumosos.

**Cancro colóide.** Tumor raro. Aparece, por via de regra, depois dos cincoenta anos. Pequeno, não excedendo o volume dum ovo de galinha, bosselado; a princípio de consistência firme, apresenta depois zonas de amolecimento. Não adere à pele nem aos tecidos retro-mamários. A pele ao nível das bosseladuras é distendida, ulcerando-se num período muito avançado, deixando vêr a substância gelatinosa do tumor. Ao corte mostra-se constituído por alvéolos cheios de uma substância colóide. Não produz nunca a retracção do mamilo, nem ingorgitamento ganglionar. Compatíveis com um bom estado geral, porém, abandonados, terminam por aderir à pele e ao peitoral e determinar adenopatias volumosas:

**Cancro agudo.** Afecção geralmente bilateral, quando se instala em mulheres grávidas ou no período de lactação. Fora destes casos a lesão é unilateral. O seio aumenta consideravelmente de volume, apresenta-se tenso, edematoso, de consistência uniforme, de côr vermelho, e com um aumento de temperatura local de 1º,5 a 2º graus. Em breve a pele adere em toda a extensão do seio à glândula, apresenta um aspecto

marmóreo; por fim ulcerava-se. Os gânglios mostram-se consideravelmente ingorgitados. O estado geral é gravíssimo e a morte, conseqüência da intoxicação endogénea grave, sobrevem rápidamentee.

Esta afecção distingue-se da mastite pelo aspecto dos tegumentos — pele rugosa, rubor mais esbatido e não uniforme, sulcado por cordões esbranquiçados de linfangite.

Esta variedade contra-indica em absoluto qualquer intervenção operatória.

### Evolução dos métodos operatórios no tratamento do cancro do seio

Foi Charles More o primeiro cirurgião que numa memória, publicada em 1867, aconselhava a extirpação larga nas operações do cancro do seio, incriminando as recidivas post-operatórias das conseqüências da ablação incompleta do tumor ou dos núcleos secundários vizinhos. Não deixou uma descrição detalhada do seu método, nem a maneira como precisava o limite dos tecidos doentes; indicava, todavia, não incisar o tumor durante a operação. Extirpava os tecidos vizinhos — pele, linfáticos, gordura, músculos peitorais e gânglios que julgava infiltrados por cancerose.

Estas operações largas, executadas numa época prè-antiséptica, eram em geral seguidas de complicações infecciosas graves, razão porque eram largamente combatidas pelos cirurgiões ingleses.

Mais tarde em 1882 Mitchel Banks preconizava a ablação sistemática dos gânglios axilares. Extirpava conjuntamente com a glândula a aponevrose peitoral e o próprio peitoral, quando suspeito. Em 1883 Gross

insistia na necessidade da ablação dos gânglios axilares. Fazia a amputação do seio, ressecava parte do peitoral, se encontrava nódulos cancerosos neste músculo; depois por uma incisão paralela ao bordo inferior do grande peitoral, a dois centímetros para baixo dêste bordo, procedia ao esvaziamento axilar. Jacobson em 1891 preconizava a ablação da porção externa do grande peitoral, quando êste músculo fôsse suspeito.

Em 1893 Stiles faz a ablação do seio por meio de uma incisão cutânea elíptica, de modo a tornar acessíveis as partes periféricas do seio. Dêste modo, com a glândula extirpa a gordura peri-mamária, a aponevrose que recobre o peitoral, o grande dentado e as digitações superiores do grande oblíquo, bem como os tecidos axilares. Essa incisão mede dez centímetros no menor diâmetro. Prolonga-se para a axila, ao longo do bordo inferior do grande peitoral, e engloba o seio, atingindo pelo seu bordo súpero-interno a clavícula e o esterno. Esta disposição permite extirpar numa área extensa os linfáticos em premeação.

Por fim Halsted em novembro de 1894 publicou nos *Annals of Surgery* a técnica da sua operação, a mais radical até então conhecida.

Preconizava em todos os casos a exêrese da porção externa do grande peitoral, recomendava a extirpação em blóco do seio e tecidos axilares, para se evitarem os enxertos locais, pelo motivo de rupturas linfáticas. Para melhor esvaziamento da axila aconselha a extirpação do grande e pequeno peitorais. Deixava muitas vezes cicatrizar a ferida operatória por granulação e êste meio de cicatrização lenta dava tempo a reconhecer qualquer nódulo secundário que viesse a aparecer

no logar do seio extirpado. Em 1904 preconizava a ablação sistemática dos gânglios supra-claviculares.

\*

Os métodos operatórios recentes reduzem duma maneira sensível a percentagem das recidivas, como se pode verificar, comparando os resultados obtidos pelos diferentes métodos de operação do cancro do seio, praticados em diversas épocas no Hospital Middlesex, compilados por Campiche e Lazarus Barlow. Amputações completas ou parciais só do seio desde 1853 a 1875 — em 200 casos; percentagem de recidivas 54,5; amputações do seio e esvaziamento dos gânglios axilares, desde 1875 a 1895 — em 230 casos, percentagem de recidivas 39.

Amputação do seio, esvaziamento axilar, extirpação da aponevrose profunda dos peitorais, etc., a partir de 1894 — em 275 casos, percentagem de recidivas 13,8.

Observa-se, porém, que as recidivas são mais frequentes e mais graves nas mulheres novas. A natureza do cancro é um factor importantíssimo a juntar à causa de recidivas; assim, no cancro agudo, a reprodução opera-se geralmente antes da cicatrização da ferida operatória. No encefalóide, as recidivas são mais frequentes e mais rápidas que no cancro colóide ou no cirro.

As recidivas dão-se em regra nos seis primeiros meses e são raras após três anos da operação. São sempre a consequência de operações incompletas, pelo desenvolvimento de células neoplásicas deixadas no logar ou enxertadas durante a operação.

Não é raro vêr recidivas em glândulas mamárias suplementares.

Podem aparecer na ferida operatória e apresentarem todos os caracteres do cancro ulcerado; na cicatriz, debaixo dos tegumentos e serem livres ou aderentes à pele e camada muscular, como ordinariamente se observa, quando os doentes nos consultam, serem ganglionares e aparecerem no cavado infra ou supraclavicular ou mesmo em gânglios afastados.

A invasão dos gânglios intra-torácicos manifesta-se pelos sintomas de compressão do pneumogástrio, recorrente, dos vasos, etc.

É conveniente pois observar os doentes todos os meses, nos primeiras tempos após a operação, porque, num caso de recidiva local, uma operação complementar é em regra suficiente para garantir um bom êxito.

#### INDICAÇÕES DA OPERAÇÃO

Devem operar-se os indivíduos, portadores de cancro do seio, no período de início ou no período de estado, embora tenha de se lhes fazer largas exéreses dos tecidos ainda àqueles que apresentem gânglios supraclaviculares não aderentes.

#### CONTRA-INDICAÇÕES DA OPERAÇÃO

É contra-indicada qualquer intervenção:

Nos casos de aderência do tumor às costelas;

Quando os cancros são acompanhados de nódulos sub-cutâneos, situados a distância do tumor primitivo;

Quando haja um tumor fixo e aderente às paredes torácicas da axila;

Nos casos em que haja um edema pronunciado do braço ;

Se os gânglios supra-claviculares estão ingorgitados, duros e aderentes ;

Se há metastases ósseas ou viscerais ;

Se há doença constitucional incurável ;

Nas mulheres de idade avançada e debilitadas ;

Nos tumores de evolução extraordinariamente rápida, affectando as mulheres novas ;

Nas mulheres grávidas ;

Nos casos de caquexia.

\*

Halsted aconselha as intervenções no caso de adenopatias supra-claviculares, quando os gânglios sejam ainda móveis. Faz a extirpação dos gânglios, depois de seccionar ou ressecar a clavícula. Esta operação numa só sessão é extremamente morosa, levando para cima de três horas e sem resultados animadores, pois, em setenta casos por êle operados nestas condições, só em nove não apareceram recidivas.

Um grande número de cirurgiões abstem-se de fazer esta operação.

Alguns há que a admitem, executando-a em duas sessões. Na primeira, fazem a ablação do seio e o esvaziamento axilar. Na segunda o esvaziamento dos gânglios cervicais ; mas praticam esta segunda parte da operação, decorridos vinte ou mais dias depois da primeira.

Para a investigação das metastases ósseas e viscerais devemos fazer um exame minucioso de todo o esqueleto e explorar a sensibilidade e a dôr epigás-

trica e, quando elas existam, palpar o fígado que, no caso de infiltração cancerosa, deve estar aumentado de volume, irregular e nodoso; investigar a presença de nódulos sub-cutâneos ao nível da cartilagem xifóide, que indicam invasão epigástrica; procurar a tumefacção e dôr ovárica, o empastamento do fundo do sacco de Douglas e a dôr pélvica.

As doenças extensas da pele, indicam vícios de nutrição, não podendo nós contar por isso com a cicatrização dos lábios da ferida operatória. As mulheres grávidas estão nas mesmas condições que as mulheres novas. A sua glândula apresenta-se congestionada e em grande actividade de proliferação celular, constituindo um terreno próprio para a proliferação muito rápida do cancro. A intervenção complica-se muitas vezes de abôrto ou de parto prematuro.

Convêm fazer um exame ginecológico completo para verificar a possível coexistência de tumores cancerosos nos órgãos genitais, o que seria contra-indicação a qualquer intervenção, a não ser que nesses órgãos e no seio estivessem muito em começo.

### Princípios a observar na operação do cancro do seio

As operações parciais não devem ser nunca praticadas, pois são cedo ou tarde seguidas de metastases locais ou a distância.

Sem dúvida nos casos de diagnóstico precoce, em que o tumor se conserva ainda na sua fase local, uma intervenção radical poderá ser seguida de melhor êxito, mas êsses casos ideais não aparecem geralmente, pois que o cancro, por via de regra, evolue lentamente e a

doente, uma vez que dê conta do tumor espera que esse nódulo lhe desapareça e só mais tarde, preocupada pelo crescimento constante do tumor ou por qualquer acidente que elle determine, é que se resolve a consultar o cirurgião.

Nos casos de diagnóstico duvidoso e para evitar operações mutiladoras, que são indicadas no cancro maligno, há nos grandes centros de cirurgia instalados, ao lado da sala de operações, laboratórios de análises histológicas que de pronto indicam a natureza do tumor por uma pequena amostra que lhes é fornecida. Só depois dessa indicação é que o operador procede à operação indicada. Pena é que nos nossos primeiros hospitais não estejam os serviços de análises histológicas montados, por forma a garantir de pronto, ao médico operador, a natureza exacta do neoplasma sobre que está a intervir.

**Traçado da incisão cutânea.** A incisão da pele deve ser dirigida, por forma que permita tanto quanto possível a reunião dos bordos da ferida operatória; que a cicatriz não seja dolorosa, nem aderente ao tórax e garanta ao braço a maior expansão nos seus movimentos.

Devemos preferir uma linha de sutura sinuosa ou estrelada, porque se a retracção da pele se faz numa direcção perpendicular à linha de sutura, sendo esta sinuosa, essa fôrça de tracção que solicita a cicatriz decompõe-se nas linhas em que a cicatriz se desdobra, permitindo desta maneira que a pele recubra mais facilmente a ferida operatória.

Evitam-se muitos destes inconvenientes, conduzindo a incisão do vértice da axila, afastando-a do seu

bordo anterior e procurando fazer só a exérese precisa da pele.

**Exérese da aponevrose.** Deve fazer-se sempre uma exérese extensa da aponevrose profunda à volta do tumor, visto que o cancro antes de invadir a pele propaga-se primitivamente ao longo desta aponevrose. Assim, se o tumor está situado ao centro do seio, Haudley aconselha a exérese da aponevrose até à clavícula para cima, para além da linha mediana do lado de dentro, até ao bordo anterior do grande dentado, do lado de fóra e do lado de baixo estende essa exérese até uma linha horizontal que fique próximamente a cinco centímetros para baixo da ponta da cartilagem xifóide, o que fácilmente se obtém prolongando a incisão e fazendo a dissecção dos retalhos cutâneos revestidos pela sua camada de tecido célula-adiposo. No caso do cancro estar situado no bordo esternal do seio, deve excisar-se a aponevrose profunda até à metade interna do seio oposto; estando situado na parte inferior do seio deve levar-se a extirpação da aponevrose mais além do que o limite acima indicado, e da mesma maneira se deve proceder indo até à região deltóide, quando o tumor se encontre do lado axilar do seio.

**Exérese dos músculos.** Os operadores, partidários da propagação do cancro aos músculos, aconselham a fazer, nos casos precoces, a ressecção das fibras esternais do grande peitoral; guardando para os casos mais avançados a ressecção do grande e pequeno peitorais, o que permite fazer com facilidade o esvaziamento axilar e extirpar os gânglios cancerosos que possam existir por baixo do pequeno peitoral. Nos casos ex-

tremos pode estar indicada a ressecção das fibras do grande dentado e do grande oblíquo vizinhas do tumor.

Os gânglios axilares podem englobar elementos vásculo-nervosos, o que demanda um cuidado minucioso quando procedemos à sua extirpação. A secção do plexo braquial acarretará sempre perturbações graves da motilidade do braço. A secção do grande dentado acarretará a paralisia da espádua.

A laqueação da artéria axilar, abaixo do tronco das escapulares, não produz perturbações sensíveis; porêm as ressecções extensas da artéria e dos nervos implicam as mais das vezes a desarticulação da espádua ou a amputação inter-escápulo-torácica.

No caso de adenopatias do cavado supra-clavicular teremos que fazer a sua ablação. Para isso faremos uma incisão, que parte do lábio superior da incisão cutânea, cruza a clavícula na parte média e vai dar à parte média do bordo posterior do esterno-cleido-mastoideo. Secciona-se o sub-clávio, serra-se a clavícula. Desta maneira o cavado supra-clavicular alarga-se suficientemente e os gânglios serão então extirpados. Em seguida faz-se a sutura metálica da clavícula.

### Descrição de alguns métodos modernos de extirpação do cancro do seio

#### OPERAÇÃO DE HALSTED MODIFICADA POR MEYER E KOEKER

**Incisão cutânea.**—Forma elíptica. A porção superior da incisão parte do vértice da axila, um pouco para trás do tendão do grande peitoral, cruza em se-

guida êste tendão, contorna a parte superior do seio, indo terminar a dois dedos para baixo da prega inframamária. A segunda porção da incisão, semelhante à primeira, à qual se junta nas suas extremidades, contorna a parte inferior do seio. O afastamento das duas incisões depende da extensão da lesão cancerosa; porém fazem-se passar muito por largo, em pleno tecido são. As incisões atingem em profundidade o tecido gorduroso sub-cutâneo e a aponevrose.

Em seguida descobre-se o sulco delto-peitoral ou o interstício que separa as fibras esternais das fibras claviculares, conforme se deseja extirpar a totalidade do músculo ou conservar as suas fibras claviculares. Introduce-se um dedo num destes interstícios, isola-se para baixo a totalidade ou parte do tendão, que em seguida se secciona e rebate para dentro.

Depois corta-se a inserção coracóide do pequeno peitoral e rebate-se também para dentro.

A cavidade axilar fica assim francamente acessível e no meio da camada de gordura que a preenche vamos agora procurar os seus vasos, guiados, já pelas pulsações arteriais, já pelos conhecimentos da topografia do seu trajecto normal. Êste trabalho deve executar-se com todo o cuidado. Encontrada a veia axilar, isola-se em toda a sua extensão. Os vasos aferentes que vão sucessivamente aparecendo — escapular inferior, mamária externa e acrómio-torácica serão isolados e laqueados. As artérias satélites serão pinçadas à medida que vão aparecendo no campo operatório.

Procura-se, tanto quanto possível, respeitar os nervos grande dorsal, grande redondo e infra-escapular.

Rebate-se para baixo dos vasos axilares isolados

a gordura e gânglios axilares. Em seguida, na parede axilar posterior procura-se desnudar o infra-escapular, o grande dorsal e grande redondo, conservando apenas os nervos; na parte inferior faz-se a excisão de toda a gordura; para dentro, na parede torácica, conservam-se apenas as digitações do grande dentado e o seu nervo.

Cortam-se depois as incisões torácicas dos peitorais, completando-se assim a amputação do seio.

Faz-se imediatamente uma hemostase perfeita.

Passa-se um dreno através de uma botoeira aberta no ponto de maior declive do retalho inferior.

Procede-se por último à sutura. Neste método, onde se faz uma exérese extensa da pele, raramente se obtém um afrontamento dos lábios dos retalhos formados. Muitas das vezes só se consegue êste desideratum levando muito longe a dissecação dos retalhos superior e inferior, que em seguida faremos deslizar ao encontro um do outro, ao mesmo tempo que aproximamos o braço do tórax com o fim de diminuir a tensão dos tegumentos. Se com êste artifício não pudermos realizar a oclusão da ferida, teremos de recorrer a outros processos de autoplastia que adiante descreveremos.

Segundo as necessidades que o caso requer, pode ser-se forçado a ressecar os feixes do grande dentado e do grande oblíquo, vizinhos do tumor, a fazer a excisão das adenopatias supra-claviculares, pelo método já descrito, a ter de laquear vasos importantes por estarem englobados por gânglios cancerosos e, como último recurso, ter de praticar a desarticulação da espádua, à amputação inter-escapulo-torácica ou fazer largas ressecções costais.

## PROCESSO DE HAUDLEY

**Incisão cutânea.** — Braço em abdução. Compreende esta incisão três porções: uma incisão circular de dez a dôze centímetros de diâmetro, circunscrevendo o tumor; uma incisão axilar quási semi-circular, de concavidade anterior, que parte do bordo inferior do grande peitoral, junto da sua inserção humeral, atravessa a base da axila, passando junto do bordo do grande dorsal, indo por fim juntar-se à primeira incisão ao nível do bordo inferior do grande peitoral, limitando um retalho cuja base corresponde à linha axilar anterior, permitindo um esvaziamento perfeito da axila e uma boa drenagem ulterior; uma incisão epigástrica linear, que parte da porção infero-interna da incisão anular e dirige-se oblíquamente para baixo atingindo a linha média, ultrapassando-a depois, permitindo assim a ablação da aponevrose profunda, que recobre a parte superior da parede abdominal. Os retalhos formados por estas incisões são depois dissecados com a gordura sub-cutânea, numa zona circular de vinte e cinco a trinta centímetros de diâmetro à volta do tumor, em seguida revirados e recobertos, depois de uma hemostase perfeita, de compressas quentes que são frequentemente renovadas.

A dissecação dos retalhos cutâneos, levada assim longe, permite que se separe dos músculos sub-jacentes e da periferia para o centro até aos limites do seio e do cavado axilar uma zona de gordura sub-cutânea profunda e de aponevrose que contem os linfáticos permeáveis. Se tiver de se fazer a ressecção do peitoral não se necessita de fazer nesta zona a extirpação da aponevrose, que será retirada conjuntamente

com êsse músculo. Do lado da linha média leva-se essa extirpação até ao bordo interno do peitoral oposto, laqueando aí os ramos perfurantes da artéria mamária interna seccionados. Êste tempo da operação acarreta o corte dos linfáticos que ligam o plexo linfático peitoral aos gânglios mediastínicos anteriores, o que constitui uma garantia contra a invasão do tórax pelo cancro. Do lado de baixo, será descolada, com a aponevrose profunda, a parede anterior da bainha dos dois retos, prevenindo-se desta forma a invasão da cavidade peritoneal pelo cancro. Do lado externo leva-se o descolamento da aponevrose até ao bordo anterior do grande dorsal e grande dentado. Se o tumor ocupa o lado axilar do seio leva-se essa extirpação para cima até ao bordo do deltóide.

Durante êste trabalho procede-se à laqueação de todos os vasos que sangrarem.

Se o tumor é pequeno, bem limitado e de evolução recente, ou se está situado na parte inferior do seio, basta muitas vezes ressecarem-se as fibras esternais do grande peitoral. Na grande maioria dos casos, porém, esta ressecção terá de ser total, começando por desinserir as fibras claviculares, cortando depois as que se inserem ao esterno e costelas, trabalho de execução fácil, se se meter um dedo por debaixo do músculo e procurando levantar as suas fibras. O músculo é des-tacado, os vasos e nervos torácicos antero-esternos são seccionados. Em seguida cortam-se as inserções costais do pequeno peitoral. Cortam-se depois as inserções superiores dêstes dois músculos, respectivamente ao húmero e à apófise coracóide.

Extirpa-se a aponevrose clavi-peitoral, que facilita a ablação da gordura e dos gânglios axilares, que

se devem procurar com todo o cuidado depois de se ter desnudado a veia axilar, laqueando os ramos infra-escapulares e os outros ramos aferentes desta região. Extirpa-se a aponevrose que recobre os músculos, que formam a axila, procurando poupar os nervos infra-escapulares; ressecando por último as digitações do grande dentado que estão em contacto com a superfície profunda do seio e a camada superficial das digitações do grande oblíquo que vão inserir-se à quinta e sexta costelas.

O seio destaca-se então em bloco.

Procede-se imediatamente a uma hemostase perfeita. Faz-se passar um dreno por uma botoeira aberta na parte de maior declive do retalho infero-externo, colocando-se um outro dreno na axila.

Por último procura-se, por pontos de sutura, fazer o afrontamento perfeito dos bordos da ferida operatória, o que muitas vezes se consegue, graças à extensão da dissecação dos retalhos cutâneos. Quando desta forma se não consiga o afrontamento dos retalhos, recorrer-se-há a outros meios autoplásticos.

#### PROCESSO DE DOYEN

Doyen aplica sempre nos seus operados de cancro a electro-coagulação térmica que produz uma temperatura penetrante, a alguns centímetros de profundidade, de 50 a 55 graus, necessária para destruir os elementos cancerosos, não alterando os tecidos sãos. Para assegurar a disseminação regular da acção térmica muitas vezes aumenta a superfície de contacto do electrodo, polvilhando a ferida operatória com um pó metálico muito fino.

A sua técnica é diversa, conforme o tumor é móvel ou aderente.

#### NO CASO DE TUMORES MÓVEIS

A incisão da pele é elíptica. A parte superior da incisão começa na linha mediana ao nível da porção antero-superior do seio, que contorna para por fim atingir o cavado axilar. A parte inferior, passando abaixo do seio, percorre uma curva simétrica da primeira, à qual se junta nas suas extremidades; limitando entre si um afastamento suficiente para permitir a fácil extirpação do tumor.

O retalho superior é depois levantado, o seio repuxado para baixo, enquanto que separamos o seio do grande peitoral, o que facilmente se consegue por uma ligeira tracção exercida sobre o seio ou por pequenos golpes de bisturi. No caso do tumor se encontrar levemente aderente ao músculo, devem ressecar-se as fibras superficiais desse músculo.

Procede-se em seguida ao esvaziamento da axila, procurando o bordo do grande peitoral, seccionando a aponevrose profunda e libertando a cavidade axilar da gordura gangliar como se aí tivéssemos de fazer a dissecação dos músculos grande e pequeno peitorais, da parede torácica, do feixe vâsculo-nervoso, dos músculos infra-escapular e grande dorsal.

Por último secciona o tecido célula-adiposo subcutâneo ao nível da incisão cutânea infra-mamária, completando-se a extirpação em bloco do seio.

Procede-se a uma hemostase perfeita e depois faz-se a aplicação da electro-coagulação térmica.

## NO CASO DE TUMORES ADERENTES

Faz-se em separado a ablação do seio, com os tecidos infiltrados que o cercam, e o esvaziamento axilar, evitando-se desta maneira as fortes tracções sobre o feixe vásculo-nervoso da axila. A dissecação do feixe é feita a pequenos golpes de tesoura; e se os vasos se encontram envolvidos por massas cancerosas, deixa-os revestidos por uma delgada camada de tecidos neoplásicos. Se a veia fôr aberta durante esta dissecação, procura suturá-la. Após uma boa hemostase, faz a aplicação da electro-coagulação térmica.

## PROCESSO DE JOHN MURPHY, DE CHICAGO

O doutor John Murphy, circunscribe o seio por meio de duas incisões elípticas, estendendo-se, do bordo supra-externo ao bordo infra-interno, atingindo o fascia peitoral, sem o cortar.

Procede desta forma à ablação total da mama sem traumatizar o tumor. Em seguida diseca a aponevrose do músculo grande peitoral, respeitando-o. Posto que tenha o diagnóstico clínico como certo, manda, nesta altura, remeter ao patologista uma amostra da neoplasia para exame microscópico. Para efectuar uma operação radical do carcinoma do seio, não destrói os músculos peitorais, pois que êstes não são envolvidos pelo tumor a não ser que êste esteja abaixo da superfície do seio.

Os linfáticos, faz notar o Dr. John Murphy, encontram-se no fascia que recobre a superfície muscular e nunca os atravessam, bem como nunca existem nestes músculos estruturas linfáticas — vasos ou nódulos.

Quando ocasionalmente encontra nódulos linfáticos na gordura existente entre os dois músculos peitorais, faz a ablação do fascia inter-muscular. Depois resseca a aponevrose do grande peitoral e toda a massa gordurosa. Em seguida liberta o grande peitoral das suas inserções costais e reflecte-o para fora sôbre o braço, separando-o bem da clavícula. O fascia e gordura inter-musculares (do grande e pequeno peitorais), são então dissecados cuidadosamente e bem assim os nódulos linfáticos que porventura aí estejam localizados. O pequeno peitoral é seguidamente separado das suas inserções e reflectido para fóra, como já o fez para o grande peitoral. Todas as aponevroses dêstes são removidas.

Faz a secção dos músculos peitorais à tesoura, metendo dois dedos por baixo de cada um dêles, tão perto quanto possível das suas inserções costais, a fim de poder almofadar, mais tarde, no resto da operação, convenientemente o cavado axilar.

Procede depois ao esvaziamento da axila, no caso de haver gânglios, fazendo notar que é nas veias que os nódulos linfáticos predominam.

Limpos assim os vasos de todos os gânglios a êles aderentes, torna-se-lhe bem patente o plexo braquial. Conduz sempre a dissecção do plexo braquial de cima para baixo, e encontra assim fácilmente os gânglios, localizados na parte posterior da axila, sôbre o bordo do músculo grande dorsal, tendo o cuidado de não ofender o grande nervo infra-escapular, pois que dessa lesão resultaria a paralisia do músculo grande dorsal e consequentemente o movimento do braço para trás.

Laqueia todos os vasos pinçados durante a

operação. Para almofadar a cavidade axilar fixa em seguida, separadamente, os dois músculos peitorais, recobrando o plexo neuro-vascular: primeiro, o pequeno peitoral, que é suturado a catgut (dois a três pontos bastam) à parede torácica, à frente, e, a trás, ao grande dorsal e depois o grande peitoral, que se sobrepõe ao pequeno peitoral, e é suturado à parede torácica e ao grande dorsal.

\*

Esta disposição dos músculos (grande e pequeno peitorais), almofadando o cavado axilar, evita de uma forma segura que a cicatriz cutânea vá comprimir o plexo vaso-nervoso e mais tarde causar dôr, edema e paralisia do braço, como demonstrou em Cleveland, o dr. Greenough, de Boston, no congresso da Associação Cirúrgica Americana, com uma percentagem de 30 por cento, em casos operados, num período de 25 anos, no Hospital Geral de Massachussetts.

Notemos, que é esta parte final da técnica do Dr. John Murphy, usada por êle há trinta annos, com os melhores resultados, que caracteriza particularmente o método operatório do grande cirurgião americano.

### Autoplastias

Nos casos avançados em que tem de se fazer uma exérese extensa da pele, a reunião dos retalhos formados é impossível. Teremos então, para fazer o afrontamento dos retalhos, de recorrer aos variados processos de autoplastia, que passaremos a enumerar.

Halsted usa os enxertos.

Morestin usa o processo da autoplastia por deslise.

Beek faz uma incisão rectangular circunscrevendo o seio; prolonga as incisões verticais para cima e para baixo numa extensão dependente da lesão; mobiliza por dissecção os retalhos formados que trás ao encontro um do outro.

Quenu e Robineau recobrem a ferida operatória à custa de um retalho quadrilátero, de base dorsal tomado sôbre o hypocôndrio, que mobilizam e repuxam para cima para o suturar à pele da região peitoral.

Tausini toma um retalho sôbre o dorso.

Gröve e Seguen utilizam a mama sã. Fazem duas incisões horizontais uma acima, outra abaixo do seio são e perpendicularmente a cada uma destas incisões fazem duas novas incisões de três a quatro centímetros. Com êste retalho que mobilizam conseguem recobrir a ferida.

Ombredanne arranja nos casos de exérese pouco extensa da pele um retalho infra-mamário, de convexidade inferior, ligado à axila, estendendo-se para lá da linha mediana, tendo uma altura igual ao raio do seio oposto. Enrola êsse retalho em forma de funil com o vértice para diante que depois sutura pelos bordos à ferida que vai preencher. Por êste meio consegue obter uma forma aproximada do seio.

### Operação da linfangioplastia

Quando haja um edema muito pronunciado do braço, pode fazer-se esta operação, descrita por Haudley em 1903, com o fim de estabelecer uma derivação artificial da linfa estagnada no braço por motivo da obliteração dos linfáticos.

É de uma técnica muito simples. Após um desinfecção muito cuidada da pele, introduz-se, através de pequenas incisões, no tecido sub-cutâneo, grossas sêdas que partem do punho em direcção à axila, e por onde se faz a derivação da linfa.

Deve aconselhar-se ao doente a que conserve o braço levantado durante três a quatro horas por dia.

O edema diminue dia a dia e os movimentos do braço entorpecidos até então, começam a executar-se cada vez mais facilmente. A dôr proveniente da tensão do braço desaparece.

Terminada a operação toca-se a linha de sutura com tintura de iodo, recobre-se de gaze e algodão esterilizados. Almofada-se a axila e a região dorsal do lado operado com uma espessa camada de algodão; recobrando tudo com uma faixa de flanela ou com uma liga moderadamente apertada. O braço fica flectido em ângulo recto. O penso é mudado ao fim de 48 horas e nessa ocasião poderemos retirar o dreno, se não houver supuração.

A doente pode levantar-se ao quinto dia. A partir do décimo dia ser-lhe-hão permitidos os movimentos de rotação, elevação e abdução do braço, correspondente ao tumor, com o fim de evitar a retracção da cicatriz e a anquilose da espádua. Ao fim de três semanas devem fazer-se-lhe movimentos tendentes a mobilizar a cicatriz, e sessões de massagem conduzidas transversalmente à cicatriz.

Com um fim profilático deverá fazer-se-lhe algumas aplicações de raios x.

\*

Nos casos em que a operação é contra-indicada, podemos ainda prestar alguns benefícios ao doente.

Assim, no cancro ulcerado em que há um corrimento fétido ou hemorrágico anemiante, é indicado fazer-se uma curetagem das granulações da úlcera. Nas formas dolorosas deve praticar-se a ressecção dos nervos.

A fulguração tem a sua indicação nos tumores extensos.

A radioterapia é aconselhada nos cancros ulcerados muito superficiais.

A acção do rádio é bem mais manifesta. Aplica-se introduzindo no tumor tubos de rádio ou injectando nas veias o sulfato de rádio. Contudo tanto os seus efeitos como os dos raios x são muito inconsistentes.

### Conclusão

O tratamento cirúrgico do cancro do seio, quando bem conduzido, e precocemente executado é o único racional e de êxito satisfatório.

Os processos operatórios radicais, mesmo os mais modernos e aperfeiçoados, não teem dado um êxito completo, pois que a percentagem das recidivas é ainda hoje assustadora; porque a operação não tem mudado o carácter da doença.

De todas as técnicas operatórias, a de resultados mais concludentes é a do Dr. J. Murphy.

---

## CASOS OPERADOS

*Hospital Civil de Vila Real.* — Enfermaria n.º 3. — Cama n.º 10. — Tab.ª n.º 214.

C. J. G., 59 anos, casada, natural de Tendeiros, freguesia de Afonsin, concelho de Vila Pouca de Aguiar.

Sempre saudável, tendo tido apenas a varíola.

Teve dois filhos que amamentou. Dos pais nada sabe.

Em Setembro de 1913 deu conta pela primeira vez da existência no seio direito de um pequeno nódulo que foi crescendo gradualmente, até à data em que se apresentou à nossa observação em 10 de abril de 1915, em que o tumor tinha o volume e a configuração de um ovo de galinha aproximadamente.

O tumor com uma certa mobilidade, não tem aderências à parede torácica.

Sofre de dores fulgurantes, sobretudo acentuadas durante a noite. Do mamilo, ligeiramente retraído, corre, de tempos a tempos, um líquido ligeiramente hemático. Há gânglios na região axilar. Posto o diagnóstico de carcinoma do seio, procedeu-se à operação indicada, pelo processo do Dr. John Murphy, em 12 de abril de 1915, tendo tido alta a paciente, em 16 de junho de 1915; obtendo uma cicatriz por primeira intenção, sem que no decorrer do tratamento houvesse alterações neurovasculares.

Observada a doente a 20 de maio de 1916, o seu estado era bom.

Operador, Dr. Henrique Botelho.

\*

*Hospital Civil de Vila Real.* — Enfermaria 3. — Cama 5.  
I. S., 70 anos, natural de Gouvinhas, Sabrosa.

Neoplasia dura, bastante volumosa e rugosa, ocupando a parte central do seio direito. Há alterações acentuadas do mamilo e imobilidade da glândula mamária. A pele do seio é pergaminhada. Há invasão ganglionar axilar e infra-clavicular. Queixa-se de dores intensas espontâneas e mais acentuadas à pressão, o que muito dificulta a observação.

Os primeiros sintomas tiveram começo há já tempos, não precisando a doente a data. A história hereditária é como o progresso, negativa.

Posto o diagnóstico de carcinoma do seio, foi a doente operada sob anestésia pelo éter em 17 de fevereiro de 1915, seguindo-se o processo do Dr. John Murphy, tendo alta em 12 de março do mesmo ano, com cicatriz por primeira intenção. Não houve alterações neuro-vasculares consecutivas à intervenção cirúrgica.

Operador, Dr. Henrique Botelho.

\*

*Hospital de Santo António.* — Enf. 14. — Tab. 1227. — M. J., 44 anos, solteira, cozinheira, natural de Felgueiras.

Entrada a 14-12-915.

Nada há digno de menção, tanto nos seus antecedentes hereditários como nos seus antecedentes pessoais. Nunca teve filhos nem abortos.

*História da doença.* Há 7 anos deu conta de um pequeno tumor, situado na parte súpero-externa do seio direito, que foi crescendo com extrema lentidão. Mais tarde determinava dores, a pele a seu nível rubrefazia-se, e terminava por se ulcerar, não cedendo essa úlcera a nenhum tratamento.

*Exame local.* Internada na enf. 14 a 14-12-915, êsse tu-

mor apresentava-se como uma massa dura, irregular, aderente à pele, que estava ulcerada, estendendo-se para a axila, determinando a invasão dos gânglios axilares que se apresentavam duros mas pouco volumosos.

Posto o diagnóstico de cirro foi-lhe feita a amputação do seio, seguida do esvaziamento axilar.

Operador, Dr. Teixeira Bastos. Operação a 17-12-915.

A operada teve alta passadas duas semanas, tendo tudo decorrido sem incidentes.

\*

*Hospital de Santo António.*—Enf. 14.—Tab. 1498.—M. S. F., 63 anos, casada, doméstica, natural de Arruda dos Vinhos (Sobral de Monte Agraço). Entrada a 25-1-916.

Nos antecedentes pessoais e hereditários nada há digno de referência.

Há um ano próximamente começou por sentir ligeiras picadas à volta do mamilo direito. Mais tarde deu conta de um nódulo retro-mamilar que determinou a ulceração da pele e a queda do mamilo.

Esse nódulo cresceu rapidamente ocupando a totalidade da glândula, terminando por aderir aos músculos e determinando a invasão dos gânglios axilares correspondentes a uma ligeira retracção do seio.

Posto o diagnóstico de carcinoma do seio procedeu-se à operação. Foi-lhe feita a amputação do seio pelo método de Halsted a 30-1-916.

Operador Dr. Teixeira Bastos.

A operação correu sem incidente não havendo nenhuma perturbação neuro-vascular. Mais tarde começaram a desenharem-se tumefacções ósseas ao nível do grande trocanter e do condilo interno de femur esquerdo, determinando a 1.ª uma fractura patológica do osso. Estas tumefacções duras, irregulares e dotadas do crescimento contínuo revelam a invasão do tecido ósseo pelo processo neoplásico.

\*

*Hospital de Santo António.* Enf. 8. L. R. S., 47 anos, solteira, jornaleira.

*História da doença.* Há dois anos apareceu-lhe na parte súpero-interna do seio direito, um pequeno nódulo, duro, indolor, que diz ter sido consecutivo a um traumatismo sobre essa região. Foi crescendo lentamente.

*Exame local.* Tumor de forma elíptica, bosselado, muito duro, em continuidade com a glândula, ligeiramente aderente ao peitoral, aderente à pele que a seu nível apresenta duas depressões. Gânglios axilares duros e indolores. Movimentos do braço um pouco comprometidos

*Diagnóstico carcinoma.* Operador, Dr. R. Frias. Incisão da pele em raquete. Extirpação do seio, da aponevrose peitoral e das fibras superficiais da porção esternal do grande peitoral; esvaziamento axilar. Em seguida faz-se uma sessão de fulguração.

*Nota.* Operação feita perante o curso de 1915-1916.

\*

*Hospital de Santo António.* — Enf. 14. — Tab. 1655.

M. N., 45 anos, casada, jornaleira, natural de Vila do Conde.

*Antecedentes pessoais.* Teve sarampo em criança. Teve seis filhos.

*História da doença.* Há um ano deu conta de um nódulo do tamanho de uma azeitona, situado à parte infero-externa do seio direito, que desde então, revelou um crescimento rápido, acompanhado de nevralgias ao longo do braço.

*Exame local.* À data da operação o tumor tinha o volume de uma noz, não encapsulado, aderente ao peitoral e à pele, determinando retracção do mamilo. Invasão axilar, (um volumoso gânglio e outros mais pequenos situados abaixo deste).

*Diagnóstico carcinoma.* Operado em 26-2-915. Operador Dr. Franchini. Operação de Halsted modificada por Meyer e Kocker.

Ficou um pequeno espaço a descoberto que cicatrizou por 2.<sup>a</sup> intensão.

*Nota.* Na axila encontraram-se um volumoso gânglio do tamanho de uma tangerina e vários pequenos gânglios envolvendo o feixe vâsculo-nervoso.

\*

*Hospital de Santo António.* — Enf. 14. — Tab. 174 (pensionista de 3.<sup>a</sup>.) R. F. A., 50 anos, casada, doméstica, natural de Santo Agões (Vila do Conde).

*Antecedentes pessoais.* Sarampo e varíola. Teve três filhos.

*História da doença.* Há três meses apareceu-lhe um pequeno nódulo duro à parte súpero-externa do seio direito não lhe acarretando dores.

*Exame local.* Tumor duro, volumoso irregular, não encapsulado, formando um todo com a glândula, aderente à pele que tem o aspecto da casca de laranja e não se deixa preguear ao nível do tumor. Não há retracção do mamilo. Não está aderente ao peitoral. Gânglios axilares.

*Diagnóstico carcinoma.* Operada a 28-2-916. Operador Dr. Franchini. Operação de Halsted modificada por Meyer e Kocker.

*Nota.* Inúmeros gânglios pequenos envolvendo o feixe vâsculo-nervoso que foram extirpados.

\*

*Hospital de Santo António.* Enf. 8. — Tab. 157; A. C. S., 53 anos, casada, doméstica, natural de Almofada (Figueira de Castelo Rodrigo).

*Antecedentes pessoais.* Teve 3 filhos. Operada há 9 anos de polipo uterino.

*História da doença.* Aparecimento há 2 anos de um pequeno tumor à parte superior do seio direito, determinando por vezes ligeiras picadas no seio. Foi sempre tomando cada vez maior volume.

**Exame local.** Tumor duro, volumoso, aderente à pele, ao mamilo, e ao peitoral. A pele tem o aspecto de casca de laranja. Seio e mamilo, ligeiramente retraídos. Invasão dos gânglios axilares.

Operação em 4-1-916. Operador Dr. C. Forte. Os métodos de Halsted.

## PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia** — Nos casos de atelia os galactóforos abrem-se no centro da areola.

**Histologia**. — Não existem vasos linfáticos no tecido miomatoto do cordão umbilical.

**Matéria Médica**. — A urotropina é um bom adjuvante no tratamento das doenças infecciosas.

**Patologia geral**. — Na eclosão das doenças infecciosas as causas acidentais são um factor para considerar.

**Anatomia patológica**. — Há neoplasias que conquanto histologicamente malignas são clinicamente benignas e vice-versa.

**Higiene**. — Os lactários tem hoje um alto papel na hygiene social.

**Clínica cirúrgica**. — Nos traumatismos do rim impõe-se hoje a cirurgia conservadora.

**Clínica Médica**. — Emprega-se frequentemente a auto-sero-terapia no tratamento das pleuresias sero-fibrinosas.

**Operações**. — Na extirpação do cancro do seio prefiro o método de Murphy.

**Partos**. — O prognóstico clínico, nos casos de apertos da bacia, está dependente de três factores — a natureza do apêrto, a energia das contracções uterinas, e o volume do feto.

**Medicina legal**. As fracturas da base do crânio nem sempre são mortais.

Visto:

Teixeira Bastos.

Pode imprimir-se:

O Director,  
Pinho.

# PROPOSIÇÕES

## ERRATA

Na pag. 17, linha 11, onde se lê *carcinoma*, leia-se *adenoma*.