

✓

ANTONIO CARLOS GUEDES

V

---

TUMORES MALIGNOS  
DO SEIO NO HOMEM

DUAS OBSERVAÇÕES CLINICAS

TESE DE DOUTORAMENTO  
APRESENTADA À FACULDADE  
DE MEDICINA DO PORTO.

21415 FMP

1925

TIPOGRAFIA CENTRAL  
Rua Fernão de Magalhães, 54  
PORTO

ANTONIO CARLOS GUEDES

---



# TUMORES MALIGNOS DO SEIO NO HOMEM

DUAS OBSERVAÇÕES CLINICAS

TESE DE DOUTORAMENTO  
APRESENTADA Á FACULDADE  
DE MEDICINA DO PORTO.

N.º 218

1925

---

TIPOGRAFIA CENTRAL  
Rua Fernão de Magalhães, 54  
PORTO

# FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

---

DIRECTOR

*Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães*

SECRETARIO

*Dr. Hernani Bastos Monteiro*

---

## CORPO DOCENTE

### PROFESSORES ORDINARIOS

Dr. João Lopes da Silva Martins Junior .	Higiene
Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar. . .	Patologia geral
Dr. Carlos Alberto de Lima . . . . .	Patologia cirúrgica
Dr. Luiz de Freitas Viegas . . . . .	Dermatologia e Sifilografia
Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães. .	Terapeutica geral
Dr. Antonio Joaquim de Sousa Junior . .	Anatomia patológica
Dr. Tiago Augusto de Almeida. . . . .	Clínica médica
Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima . . .	Anatomia descritiva
Dr. Alvaro Teixeira Bastos . . . . .	Clínica cirúrgica
Dr. Antonio de Sousa Magalhães Lemos .	Psiquiatria
Dr. Manuel Lourenço Gomes . . . . .	Medicina legal
Dr. Abel de Lima Salazar . . . . .	Histologia e Embriologia
Dr. Antonio de Almeida Garrett . . . . .	Pediatria
Dr. Alfredo da Rocha Pereira . . . . .	Patologia médica
Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão . . .	Bacteriologia e doenças infecciosas
Dr. Hernani Bastos Monteiro . . . . .	Anatomia cirúrgica
Dr. Manuel Antonio de Moraes Frias . .	Clínica obstetrica
Vaga . . . . .	Fisiologia geral e especial
Vaga . . . . .	Farmacologia
Vaga . . . . .	Parasitologia e doenças parasitárias

### PROFESSORES JUBILADOS

Dr. Pedro Augusto Dias

Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão

A Faculdade não responde pelas doutrinas expen-  
didas na dissertação.

Art. 15.º, § 2.º do *Regulamento  
Privativo da Faculdade de Medicina  
do Porto*, de 3 de Janeiro de 1920.

*A meu Pai*

*A minha Mãe*

*A minhas irmãs e irmãos*

---

*A minhas cunhadas*

---

*A minhas tias e tios*

---

*A meus primos*

*Aos meus companheiros de casa*

*Dr. João Ferreira Guedes*

*Dr. Anibal Scipião Gomes de Carvalho*

*Dr. Ulisses Canijo*

*Dr. Fernando Carlos*

*Dr. Antonio Augusto Custodio Fernandes*

*Luiz de Magalhães Mendonça Pimentel*

*Antonio Cassiano Ferreira Melo*

*Aos meus amigos e companheiros de estudo*

*Dr. Manuel de Faria Cardoso de Araujo*

*Dr. Fernando Duarte de Azeredo Antas*

---

*Aos meus condiscipulos*

---

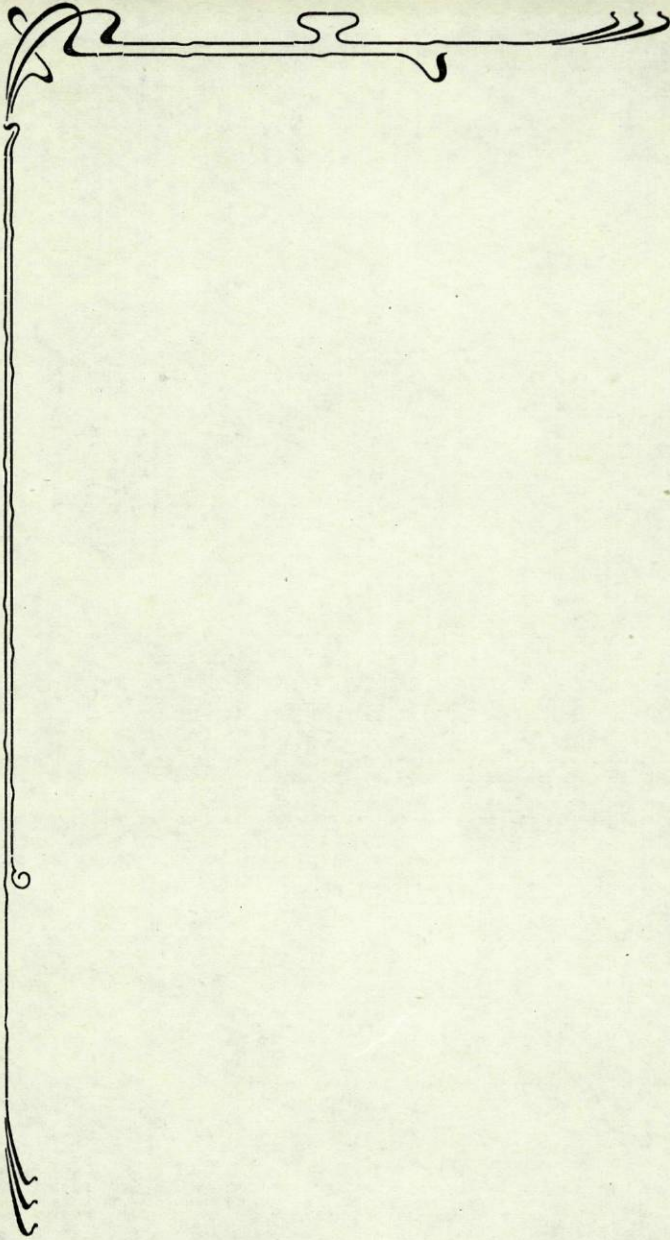
*Aos meus amigos*

*Ao meu ilustre presidente de tese*

*Ex.<sup>mo</sup> Snr. Professor*

*Dr. Alvaro Teixeira Bastos*

*Com muita gratidão e respeito*



*Ha duas especies de escritores: os que escrevem voluntariamente e os que são obrigados a escrever.*

*Se para os primeiros o crítico deve ser rigoroso e severo para os segundos deve ser indulgente. Eu, como facilmente se depreende da natureza do meu escrito, pertenço à segunda categoria.*

*Quizera fazer um trabalho melhor; mas, a falta de tempo e a minha incompetência, não me deixaram ir mais longe.*

*O assunto não é novo, mas importante; e, toda a nossa pena é o não podermos acrescentar alguma coisa ao que sobre ele se tem escrito.*

*Seja-nos permitido agradecer ao nosso professor Ex.<sup>mo</sup> Snr. Dr. Teixeira Bastos o auxilio que nos prestou, dando-nos occasião a que podessemos apresentar duas observações que constituem a parte mais importante do nosso trabalho.*

## Considerações gerais

*O homem possui, como a mulher, duas mamas simetricamente colocadas dum e doutro lado da linha média do peito.*

*A mama do homem, embora com dimensões muito reduzidas, apresenta-nos as mesmas partes fundamentais que a da mulher. Assim possui um mamilo, aréola, uma camada de fibras musculares lisas debaixo da pele que ocupa, ao mesmo tempo, a aréola e o mamilo, uma camada celulo-adiposa e finalmente um pequeno corpo glandular.*

*Pela face posterior, a glândula mamária está separada do musculo grande peitoral pela sua aponevrose e por uma camada celulo-gordurosa situada entre a glândula e a aponevrose. Pela face anterior está recoberta por uma camada gordurosa sub-cutânea e pela pele.*

*As arterias provêm das mamárias interna e externa e das intercostais.*

*Os linfáticos da mama vão para os grupos ganglionares antero-interno ou tórácico dos gânglios axilares, para o grupo dos gânglios subclaviculares e para os gânglios mamários internos.*

*Os nervos vêm dos intercostais, de alguns filetes do plexo braquial e cervical.*

*No homem como na mulher, a glândula mamária apresenta-nos, sob o ponto de vista histológico, duas espécies de tecidos.*

*Tecido conjuntivo duma parte, tecido glandular doutra.*

*Cada um destes tecidos reconhece como elemento fundamental uma célula: célula epitelial*

*para o elemento nobre e celula conjuntiva para o esqueleto da glândula.*

*A glândula mamária do homem é constituída por tecido conjuntivo, contendo conductos excretores curtos, estreitos, abrindo-se no vértice do mamilo por pequenissimos orificios, e terminando na extremidade oposta por pequenas dilatações. Não tem alvéolos glandulares.*

\*

\*

\*

*A glândula mamária pôde apresentar:*

*I — Anomalias que podem ser congénitas (amastia, atelia, polimastia e politelia) e adquiridas (atrofia do seio, malformações do mamilo e ginecomastia).*

*II — Lesões traumáticas (feridas da glândula mamária, contusões e queimaduras).*

*III — Doenças infecciosas e parasitárias (abscessos do seio e da glândula, mastites crônicas, tuberculose, sífilis e actinomicose mamárias e quistos hidáticos do seio).*

*IV — Neoplasmas mamários e paramamários. Este grupo compreende as neoplasias benignas e malignas.*

*Não nos ocuparemos nesta dissertação senão destas ultimas no homem.*

## Historia

O problema cuja historia vamos abordar é destes que mal tem a servi-lo, como fonte bibliográfica, uma ou outra revista, um ou outro reduzido estudo.

Foi Ledran, no entanto, segundo parece, o primeiro que o abordou no seculo XVIII (1778), dando-nos do cancro da mama masculina uma fugidia notícia.

Pouco mais tarde, Dussausoy contribue, com um caso de cancro do seio do homem mais detalhadamente estudado, para o problema em questão.

Aí por 1839 Nélaton refere-nos tambem dois casos, e é sobre eles que assenta a sua tese inaugural.

E' afinal, depois desta época, que começam a surgir de todos os lados, ainda que pouco desenvolvidos, estudos de casos isolados de varios

autores. E' Morgagni, Lisfranc, Cruveillier, Lebert, Velpeau que estuda 14 casos de tumor do seio do homem, Bertherand, Hugo Stumpt, etc. Porém, preciso é dizê-lo, a todos estes autores falta a base histológica, embora em muitos dêles, a quantidade de casos observados seja digna de nota.

Mas foi incontestavelmente Horteloup que em 1872 nos deu do problema uma mais por-menorisada noticia na sua tese de agregação. E' um interessante documento em que o autor nos apresenta 62 casos.

Chenet, em 1876, toma de novo o assunto, estuda e aumenta os trabalhos de Horteloup.

Começam, em 1883, com a tese de Poirier, alguns trabalhos de mais vulto que, desde então para cá, se têm afirmado lenta e vagarosamente. Poirier não só estuda o cancro do seio, mas mostra uma nova fase do seu estudo. Subsidia-o, enriquece-o, assentando sobre a histologia todos os seus trabalhos. E' indubitavelmente este autor que faz a maior revolução que na historia do assunto se conhece. Funda a escola anatomo-patologica; todos os seus tumores são estudados sob o ponto de vista histologico e os seus diagnosticos confirmados pelo microscópio.

A partir desta época, os tumores do seio, no homem, constituem um vasto assunto de estudo. E encontram-se dum lado as grandes revistas de

conjunto de Williams (1889, com 100 casos), de Finsterer (1907, 23 casos), de Speese (1912).

Doutro lado, monografias, tendendo a isolar os tipos particulares de estas neoplasias.

Delage e Massabiau, em 1904, estudam os angiomas e os lipomas.

Cormel, em 1907, estuda os sarcomas (34 casos). Pela mesma época são apresentados mais tres casos á Sociedade Anatómica de Paris, um pelo Dr. Prat e dois por Cornil e Campenon.

E. Forgue e E. Chauvin, em 1919, estudam os tumores melânicos do seio no homem.

Kufanoff observou tres casos que apresenta em 1924.

Joseph Narat apresenta, em 1925, um caso de carcinoma.

Ainda hoje os patologistas não dedicam um capitulo especial á patologia dos tumores malignos da mama, no homem.

## Etiologia e Patogenia

Antes de entrar na etiologia e patogenia, referir-nos-hemos á freqüência das neoplasias malignas do seio, no homem.

Os tumores malignos do seio do homem são neoplasias raras, e o fraco desenvolvimento da glândula mamária explica esta raridade.

Ultimamente, porém, talvez antes por uma maior atenção que os médicos lhe tem dedicado que por uma maior freqüência destas neoplasias, parece que estes casos se tem multiplicado, devendo ter contribuido para isso um maior numero de trabalhos publicados nos ultimos tempos a tal respeito.

Segundo uma estatistica de Williams, o cancro do seio, no homem, ocupa o decimo lugar, deixando os primeiros para os câncros da lingua e bôca, da pele e dos lábios.

Williams dá-nos também uma estatistica

referente á freqüência dos tumores malignos no seio do homem e da mulher. Sôbre 1974 atingidos por estas neoplasias, 1955 eram mulheres e 19 eram homens, o que estabelece de um por cento a relação de freqüência, segundo o sexo.

Shultes eleva esta relação a 1,39 %; Shuchard a 2 %, Billroth a 2,85 %, Randolph Winslow a 3 % e Charles Peck e William White a 5,5 %.

Shuchard, em 1884, reuniu os casos de que a literatura tratava e os que alguns cirurgiões lhe enviaram, perfazendo um total de 348 casos. Depois desta data, não tem sido publicados mais de um cento.

Como se vê, pelo que acima dizemos, o numero de casos é relativamente pequeno dando uma média aproximada de 2,6 %.

Nos ultimos seis anos do serviço da 2.<sup>a</sup> clinica cirurgica do Snr. Prof. Dr. Teixeira Bastos fôram operados 60 doentes do seio, dos quais apenas dois eram homens.

Os tumores malignos do seio, no homem, aparecem em quasi todas as idades sendo porêm mais freqüentes entre os 40 e 70 anos. Poirier, baseado na observação de 53 casos e Friedler na de 212, apresentam-nos as seguintes estatísticas:

## Estatística de Poirier:

Dos 20 aos 30 anos . . . . .	1 caso
" 30 " 40 " . . . . .	7 casos
" 40 " 50 " . . . . .	13 "
" 50 " 60 " . . . . .	16 "
" 60 " 70 " . . . . .	15 "
" 80 " 90 " . . . . .	1 caso

## Estatística de Friedler:

Antes dos 20 anos . . . . .	2 casos
dos 20 aos 30 " . . . . .	9 "
" 30 " 40 " . . . . .	20 "
" 40 " 50 " . . . . .	54 "
" 50 " 60 " . . . . .	59 "
" 60 " 70 " . . . . .	50 "
" 70 " 80 " . . . . .	16 "
" 80 para cima . . . . .	2 "

Outras estatísticas há que estão de acordo com estas duas.

Não há preferência por um ou outro dos seios, sendo os dois atingidos com uma frequência aproximadamente igual. Poirier observou 23 casos na mama esquerda, e 30 na direita. Williams encontra o seio esquerdo tomado 38 vezes, e o direito 33. E' muito raro aparecerem os dois seios atingidos ao mesmo tempo.

Nas duas observações que colhemos, uma é dum homem de 60 anos, com um tumor na mama

esquerda, e a outra é dum homem de 41 anos, com um tumor na mama direita.

Etiologia e Patogenia — Ao contrário do que acontece na mulher em que as neoplasias mamárias são freqüentes, no homem são muito raras. Quando procuramos investigar as causas deste facto, a primeira ideia que nos aparece é a de incriminar o desigual desenvolvimento do órgão no homem e na mulher e a função própria que a glândula tem na mulher.

Berns, Imbert e outros autores dizem que, se o homem é atingido de neoplasia do seio, é porque o tem mais desenvolvido que no estado normal. Raramente os seios do homem tomam dimensões tão consideráveis como na mulher, sendo esta hipertrofia do seio conhecido pelo nome de ginecomastia. Nos casos mais pronunciados, o seu volume não vai além do que normalmente tem os duma rapariga no periodo da puberdade, sendo também nesta época que geralmente se dá esta hipertrofia no sexo masculino. Como é sabido este facto não passa do exagero dum fenómeno normal. Começa por notar-se uma sensação de calor, de tensão e de formigueiro ao nível da glândula; individuos ha que segregam, neste periodo, um liquido sero-lactacente pelo mamilo. Os casos em que a ginecomastia é verdadeira, isto é, aqueles em que a própria glândula

está hipertrofiada, são mais raros que aqueles em que se encontra um excesso de tecido celulogorduroso com a glândula aproximadamente normal. É freqüente os tumores malignos do seio, no homem, coincidirem com a hipertrofia mamária. Por certo não são as alterações internas do seio do ginecomasta que o predispõem para estas neoplasias, mas sim por estarem mais expostos a traumatismos repetidos. Como mais adiante diremos, o traumatismo é a causa mais freqüentemente incriminada na produção de tais afecções.

Os estados inflamatórios e congestivos do seio masculino são raros, mas quando existem, predispõem para os tumores malignos.

Não devem ser estranhas ao seu aparecimento as sucções repetidas. Poirier cita um caso de cancro do seio, consecutivo a sucções freqüentes.

Se a lactação se não produz, e o cancro se desenvolve, este não será devido senão aos traumatismos repetidos, de que a sucção foi o pretexto. Se se produz e a secreção se estabelece, a glândula mamária torna-se idêntica á da mulher, ficando assim sujeita a mastites agudas ou crônicas que, principalmente as crônicas, actuarão como fermento do processo neoplásico.

É classico a proposito da etiologia das neo-

plasias, estudar a influência dos traumatismos, da idade e da hereditariedade.

Encontramos muitas vezes a acção dos traumatismos referida.

É, sem duvida, esta uma das causas, talvez a mais importante, do desenvolvimento dos processos neoplásicos. Velpeau diz que, em 58 exemplos, 31 mulheres atribuíam o seu mal a um traumatismo, Fergue e Chauvin observaram dois casos em que fortes contusões da região mamária precederam a aparição do processo e um terceiro caso em que o traumatismo não interveio senão para apressar o desenvolvimento dum tumor já existente.

Na maior parte das vezes a causa do traumatismo é o atrito produzido por qualquer peça do vestuário ou pela ferramenta da arte a que se dedica, outras é um golpe violento e único.

É este um ponto obscuro da questão, pelo que não podemos ainda fazer uma afirmação categórica, relacionando a causa com o efeito.

O papel da hereditariedade parece ser muito menos importante.

Poirier não cita mais que tres casos e Fergue e Chauvin apenas se referem a um caso em que a mãe do doente tinha morrido dum cancro do intestino, aos 60 anos.

A idade em que mais se observam as neo-

plasias malignas é a compreendida entre os 40 e 70 anos.

Acreditou-se durante muito tempo que os alemães eram relativamente refratários ao cancro do seio. Hugo Stumpt na sua tese em 1869 a este respeito diz: "Observaciones germanorum mammae virilis carcinomati paucissimae habere videmur,,.

Poirier insiste também sôbre esta raridade comparada com a freqüência de França e de Inglaterra.

Shuchard, no seu primeiro trabalho encontra, sôbre 272 casos, 162 anglo-americanos, 56 franceses e sómente 42 austro-alemães. Achando este facto curioso e ao mesmo tempo chocado com esta proporção, fez um novo estudo, juntou todos os casos a que a literatura se referia e recebeu algumas observações novas conseguindo assim juntar 144 casos austro-alemães contra 164 anglo-americanos. Assim ficou posta de parte a ideia duma relativa imunidade que existia para algumas raças.

## Anatomia patológica

Os tumores malignos do seio podem ser de natureza epitelial (epiteliomas e carcinomas) ou de origem conjuntiva (sarcomas).

Num grupo de fundos de saco glandulares, o epitélio prolifera duma maneira superactiva; assim se formam massas celulares que distendem os acini, que destroem as paredes, e que, infiltrando-se nos interstícios do tecido conjuntivo péri-acinoso e afastando-lhe os feixes, constitue os alveolos característicos do carcinoma. Nem sempre isto assim se passa. Ha tumores, em que a infiltração epitelial se faz desde o principio, que são carcinomas desde o inicio.

O epitelioma do seio, no homem, anatomo patologicamente não nos oferece nada de particular, é em tudo comparável ao da mulher.

Geralmente unico, tem a sua séde debaixo do mamilo, no centro da mama ou debaixo da aréola.

A massa tumoral, que excepcionalmente ultrapassa o volume dum ovo de galinha, apresenta-se eriçada de pequenas saliências de forma arredondada. Ao corte apresenta-se crivada de pequenos orifícios correspondentes aos canais da glândula.

Por vezes notam-se cavidades pequenas, arredondadas e irregularmente disseminadas ao lado das quais não é raro vêr-se uma ou duas bolsas mais volumosas. A superfície do corte é de côr branco leitoso com pontos róseos, podendo mudar de aspecto segundo o grau da lesão.

Ao microscópio nota-se, devido aos prolongamentos que a cápsula envia para a massa neoplásica, a disposição lobular. As células epiteliaes aparecem-nos com aspectos muito diversos: as que repousam sôbre a parede são bem delimitadas, os seus nucleos córam-se perfeitamente e estão em plena actividade nutritiva; as que estão no centro dos cordões sofrem a degenerescência granulogordurosa.

Dos tumores do seio do homem o que mais freqüentemente se encontra é o carcinoma. Este tumor é formado por dois elementos principais: um estroma conjuntivo mais ou menos alterado e células epiteliaes dum variadissimo polimorfismo. O aspecto anatómico e a evolução clínica destes tumores modifica-se conforme a quantidade de tecido epitelial e de tecido conjuntivo que neles entra.

Se é o tecido conjuntivo que predomina, se os alveolos cancerosos são muito reduzidos, as fendas interfasciculares estreitas e as células epiteliais pouco numerosas e pouco volumosas, o tumor não deixando de ser maligno, tem uma marcha relativamente lenta—é o carcinoma fibroso ou cirro.

Quando estes tumores contêm uma grande proporção de fibras elásticas produzem a atrofia do seio. São os cirros atróficos.

Se o carcinoma tem pouco tecido conjuntivo, formado de feixes fibrosos delgados, e células epiteliais em abundância—é a forma mole do tumor que tem o nome de encefaloide.

Histologicamente, o carcinoma encefaloide é caracterizado por massas epiteliais separadas umas das outras por delgados septos conjuntivos.

O sarcoma é dos tumores malignos do seio, no homem, o que mais raramente aparece. Ordinariamente aparece sob o tipo de adeno-sarcoma, caracterizado por uma hipertrofia paralela do tecido conjuntivo e dos elementos glandulares.

As células sarcomatosas são globulares ou fusiformes. O tecido patológico é branco acinzentado, de consistência dura, húmida ao corte, muitas vezes apresenta umas cavidades onde se fazem hemorragias e pontos amolecidos ao nível dos quais as células sofreram a degenerescência gor-

durosa ou mucosa. O seu volume ultrapassa, no geral, o dos outros tumores.

A difusão neoplásica dos epitelomas e dos carcinomas faz-se por propagação de camada em camada ou por via linfática. Por via linfática os enxertos neoplásicos fazem-se primeiro nos vasos e depois nos gânglios produzindo uma linfangite cancerosa.

Nos sarcomas, em virtude da sua larga comunicação com o sistema venoso, a generalização faz-se por via sanguínea. Os vasos e gânglios linfáticos ficam indemnes.

## Sintomas, diagnóstico e prognóstico

Para maior facilidade de exposição, citaremos primeiro os sintomas dos epitelomas e carcinomas, e depois os dos sarcomas.

Epitelomas e carcinomas.— Estes tumores de principio insidioso e difficil de notar, teem, póde dizer-se, dois inicios:

Um inicio verdadeiro e outro clinico, datando este do dia em que o doente nota a existência do tumor.

As modificações na forma e dimensões da glândula mamária, no homem, são, devido ás suas reduzidas dimensões, mais facilmente reconhecidas que na mulher. Antes da invasão apreciavel dos gânglios e de ter aderências perceptíveis, estes tumores apresentam-se com nódulos resistentes, indolôres e situados profundamente nos tecidos.

Por vezes, a atenção do doente é atraída por uma sensação de formigueiro, ou por picadas dolorosas.

Em casos de epitelioma, o nucleo é circunscrito; quando se trata dum carcinoma, ha uma falta de nitidez nos contornos, continuando-se insensivelmente com o tecido ambiente. O tumor é sempre infiltrado na glândula e não capsulado. Em alguns casos, embora muito raros, a dôr constitue o primeiro sinal de neoplasia.

Á medida que o tumor se estende ás partes visinhas, ocasiona novos sintomas.

Estendendo-se para a pele provoca aderências. A pele e o tecido celular infiltram-se, espessam-se, tornam-se endurecidos e parecem fazer corpo com a massa profunda.

Num periodo mais avançado, a pele tem o aspecto de casca de laranja; as aderências estendem-se ao mamilo, retraindo-o, umbilicando-o.

A propagação a distância por via linfática pôde traduzir-se por traços esbranquiçados irregulares de linfangite cancerosa.

Ordinariamente os gânglios são tomados sem existência de linfangite apreciavel. A adenopatia mais precoce é a do grupo antero-interno do cavado axilar; depois são tomados os outros grupos da região, e finalmente as das fossas supra e infra-claviculares.

A aderência do cancro aos planos profundos arrasta a aderências do tumor ao grande peitoral, tornando-o imovel sôbre este musculo. Compa-

rando a mobilidade dos dois seios, doente e são, mais facilmente se notará a diferença de mobilidade. A' medida que o processo se estende, os diversos fenómenos vão-se agravando. O cancro continua a sua marcha.

A pele torna-se avermelhada, luzidia, violácea e depois ulcera-se.

Esta ulceração é irregular e sangra ao menor contacto. Ao mesmo tempo, as aderências profundas tornam-se mas íntimas. O tumor absolutamente imovel, colocado contra o torax, faz corpo com êle. Os gânglios na áxila aumentam cada vez mais de volume, e acabam por formar um tumor multilobado. Comprimindo os vasos e nervos da áxila, produzem-se edema do membro superior correspondente e perturbações de sensibilidade e motricidade. A regra é as dores faltarem ao principio, mas é freqüente aparecerem depois, e nos períodos últimos podem atingir um caracter particularmente agudo.

Os sintomas gerais que aparecem sempre num período avançado estão, como para todas as neoplasias malignas, sob a dependência de dois factores:

1.º Intoxicação cancerosa, arrastando a desnutrição, a caquexia caracteristica com emagrecimento, perda de forças, e coloração amarelo palha dos tegumentos.

2.º A generalização, as metastases nos diversos órgãos: pulmão, fígado, coluna vertebral.

Estas perturbações gerais arrastam a uma morte fatal.

A evolução parece ser mais demorada no homem que na mulher, oferecendo por consequência uma gravidade menor, pois que a sua disseminação é menos rápida.

### **Sarcomas**

Os sarcomas são raros no homem.

Apresentam-se sob a forma de tumores arredondados e proeminentes. Ao seu nível os tegumentos podem apresentar certas modificações. Ora se observa uma espécie de pigmentação, ora são ricamente vascularizados, quentes, de aspecto inflamatório. Geralmente o sarcoma fica movel, independente dos tegumentos e não aderente aos planos profundos.

Não acompanhado de adenopatia axilar, fazendo-se a propagação geralmente por via venosa. A marcha é em geral mais lenta que no carcinoma. Mas é preciso fazer restrições, pois a evolução do sarcoma é essencialmente caprichosa.

Um sarcoma, depois de um longo período de silêncio pode evolucionar com uma rapidez que ultrapassa a do mais maligno carcinoma.

*Diagnóstico* — O bom êxito do tratamento depende da precocidade do diagnóstico. É, ao princípio, que é preciso fazer o diagnóstico do cancro do seio.

Devemos saber reconhecer os seus caracteres próprios e não necessitarmos esperar os sinais mais tardios.

O diagnóstico entre um tumor benigno e maligno, regra geral, não é difícil. A não limitação do tumor, a ausência de encapsulamento são os caracteres principais dos tumores malignos. Desde o princípio, o cancro faz corpo com a glândula mamária.

O sarcoma, ao princípio, quando se apresenta no primeiro estado da sua evolução lenta, aproxima-se, confunde-se com um tumor benigno. Mais tarde, porém, adquire uma individualidade bem nítida, que o permite reconhecer.

O diagnóstico do cancro deve fazer-se de duas maneiras muito diferentes, segundo o tumor está ulcerado ou não.

#### I — Tumor sem ulceração.

Regra geral, um tumor benigno não se parece nada com um cancro do seio. Mas o contrário se dá com um certo número doutras afecções que simulam muito bem o cancro do seio, fazendo corpo com a glândula, tais como, a mastite crónica, a tuberculose e sífilis do seio.

A *tuberculose mamária* é dum diagnóstico difícil, quando os gânglios não são atacados e não ha uma tara tuberculosa no doente. Os melhores meios de diagnóstico são fornecidos pelos caracteres dos gânglios e pelas condições etiológicas.

A *goma sifilitica*, quando se apresenta sob a forma de um pequeno tumor aderente á pele, simula o cancro, mas a evolução é, em geral, mais rápida. Alem disso, interrogar-se-ha com cuidado o passado dos doentes; far-se-ha um exame clínico minucioso, recorrer-se-ha ao laboratório, pedindo uma reacção de Wassermann e por fim experimentar-se-ha o tratamento específico. Quanto mais adeantada estiver a evolução do cancro, tanto mais simples será o diagnóstico.

Certas mastites crônicas simulam por vezes um cancro.

Um lipoma inflamado poderá também oferecer confusão. Mas o lipoma apresenta caracteres inflamatórios, produção brusca de aderências, de rubor dos tegumentos, de sensibilidade, de dôr, que bastarão para o diferenciar.

II — Tumor com ulceração.

Reconhecemos um cancroíde pelos seus caracteres evolutivos: lesão primitiva ligada á pele, tendo apresentado por longo tempo o aspecto duma crosta, e consecutivamente dando lugar a

uma ulceração cada vez mais profunda, sangrando e repousando sobre uma massa endurecida.

O carcinoma ulcerado é primitivamente um tumor da glândula, cujas particularidades conhecemos.

As ulcerações tuberculosas do seio não se parecem em nada com as ulcerações cancerosas. Aquelas não repousam sobre um tumor e tem bordos delgados, violáceos, descolados, com um aspecto muito especial. O cancro ulcerado poderá, no entanto, ser confundido com certas ulcerações sifilíticas, cancro ou goma ulcerada.

O cancro sifilítico com a sua base endurecida, poderia dar lugar a equívoco; mas o seu fundo brilhante tem uma coloração ora avermelhada, ora acinzentada que o distingue do fundo descorado e baço, desigual e escavado da ulceração cancerosa.

O cancro sifilítico da mama é muito raro, não se produzindo senão por contacto directo e as mais das vezes por sucção. Nunca esquecer o interrogatório do doente a tal respeito.

A goma sifilítica ulcerada é facil de individualizar. Succede a um tumor profundo, arredondado, movel, de limites nítidos, é ulcerado prematuramente, o que o diferencia do carcinoma. Os caracteres objectivos dos bordos e o escoamento gomoso veem em seu auxílio. Se algumas dúvidas

ainda subsistem, a reacção de Wassermann e o tratamento específico veem levantá-las.

Poder-se-ha ainda tratar dum caso de actinomicose, que os exames laboratoriais podem esclarecer.

### Prognóstico

Todo o cancro do seio, abandonado á sua evolução natural, conduz á morte, em maior ou menor espaço de tempo.

As formas moles e certos tumores conjuntivos evolucionam mais rapidamente, e apresentam uma gravidade particular.

No homem, o prognóstico dos cancros do seio, é mais favoravel que na mulher. Varias causas colaboram neste facto.

O tumor é mais cedo descoberto no homem, e da precocidade do diagnóstico resulta evidentemente um prognóstico mais favoravel. A intervenção definitivamente radical quando aplicada a um tumor não aderente, será pelo contrario muitas vezes impotente para debelar o processo, quando ele tem entrado no periodo de extensão.

Finalmente, o tratamento cirúrgico oferece no homem mais facilidades e mais garantias— com uma intervenção menos sangrenta, ter-se-hão maiores probabilidades de atingir o tecido são.

## Tratamento

No estado actual dos nossos conhecimentos, todos os métodos devem ceder o lugar ao tratamento cirúrgico.

A intervenção deve ser larga, e levantar em bloco todos os tecidos doentes e partes suspeitas. Assim o cirurgião extraírá o neoplasma em bloco com o rosário ganglionar da axila. Em profundidade irá até ao plano costal. A possibilidade de enxertos cancerosos é assim diminuída consideravelmente.

Não falaremos da técnica operatória e passaremos a apresentar as indicações e contra-indicações da operação. Para isso agruparemos os cancros do seio em:

- 1.º Cancros que se devem operar.
- 2.º Cancros que se podem operar.
- 3.º Cancros que não se devem operar.

Deve-se operar todas as vezes que o cancro está no princípio, que não tenha ainda aderências, sobretudo profundas, ainda mesmo que se acompanhe de adenopatia axilar. Aqui está o triunfo da intervenção cirúrgica.

Pode-se operar quando o cancro, num período mais avançado, é largamente aderente á pele. Se a massa neoplásica está aderente ao grande

peitoral, isto não é uma contra indicação. Da mesma maneira, se os gânglios infra-claviculares, e ainda mesmo alguns supra-claviculares são tomados, poderemos ainda tentar a operação, embora Fergue diga que a clavícula é a fronteira das intervenções racionais. Mas nestas condições devemos fazer todas as reservas, porque, se a barreira dos gânglios axilares foi ultrapassada até aos gânglios supra-claviculares, também os gânglios intra-torácicos podem já estar atingidos.

Não se devem operar os tumores ultrapassando os limites acima indicados, aderentes às costelas, e do lado dos tegumentos completamente fixos não se devem operar. A coexistência de adenopatia do lado oposto é também uma contra-indicação.

Os tumores tendo-se já generalizado às vísceras, ossos, etc., não devem ser operados. Não operaremos um doente caquético, com um estado geral precário, qualquer que seja a causa deste estado. A senilidade é também uma contra-indicação.

Falhos os recursos cirúrgicos, ou contra-indicada a intervenção operatória, recorreremos aos agentes físicos.

O tratamento pelos meios físicos compreende principalmente a radioterapia e radiumterapia.

A radioterapia dá casos de cura nos cancros superficiais e pouco avançados e tem a sua indicação capital nos cancroídes do seio. Tem uma influência paliativa nos cancros profundos e avançados e exerce uma influência salutar sobre a caquexia. Os sarcomas são influenciados com alguma vantagem. Nos casos inoperáveis, a radioterapia constitue um recurso muito precioso, fornecendo o meio de reduzir os sofrimentos dos doentes. A radioterapia será, segundo os casos, curativa, paliativa e profilática.

A radiumterapia dá os mesmos resultados da radioterapia actuando contudo um pouco mais profundamente. Apesar dos bons resultados registados, a radiumterapia é o método ainda á prova.

OBSERVAÇÕES

## I Observação

Doente Francisco P., viuvo, de 60 anos de idade, pedreiro, natural de Sinfães.

Entrado na enfermaria de clínica cirúrgica — Homens — em 26 de Agosto de 1924. Alta, curado, em 9 de Outubro do mesmo ano.

*Estado actual* — Apresenta a mama esquerda aumentada de volume, mas sem quaisquer alterações de pigmentação ou inflamatórias, sendo sede de dores espontâneas em fisgada, por vezes violentas.

A palpação permite constatar a existência dum nódulo duro, regularmente distribuido em torno do mamilo, aderindo ligeiramente á pele, mas deslocando-se bem sôbre os planos profundos. Esta palpação provoca dores.

Na axila nota-se a presença de gânglios duros, mas sem dores espontâneas ou provocadas.

O exame dos diferentes aparelhos não revela nada de anormal.

*História da doença* — O doente não precisa bem a data do aparecimento da tumefação descrita, parecendo-lhe que datava de ha tres meses o aparecimento das dores em fígada que sente.

*Antecedentes pessoais e hereditários* — sem importância.

*Tratamento* — Amputação do seio com esvaziamento da axila.

*Resultado do exame histo-patológico da peça* — Adeno-carcinoma mamário.

Os gânglios não apresentam metastases.

## II Observação

Doente Alfredo F. B., solteiro, de 41 anos de idade, trabalhador rural, natural da Maia.

Entrado na enfermaria de clínica cirúrgica — Homens — em 23 de Março de 1925. Alta, curado, em 24 de Abril do mesmo ano.

*Estado actual* — Na cavidade axilar direita encontra-se uma tumefação formada por varios gânglios, volumosos, aderindo uns aos outros, duros, pouco moveis e aos quais a pele adere mais ou menos intimamente. Não ha dores, não ha fenómenos inflamatórios.

No seio do mesmo lado existe um nódulo duro, bem mobilisavel, estendendo-se numa su-

perfície de cêrca de sete centímetros, regularmente arredondado, e que tem como centro o mamilo. Este tumor é sede de dôres em fisgada espontâneas e provocadas.

Os gânglios inguinais apresentam-se hipertrofiados, duros, moveis, indolores bem como os da axila esquerda.

Reflexos rotulianos muito vivos.

Restantes aparelhos normais.

*História da doença.*— Conta o doente que ha seis anos que deu pela existência da tumefação que ocupa a axila direita, aumentando lentamente, sempre sem dores, sempre sem fenómenos inflamatórios apreciaveis, só movimentos mais violentos ou demorados, malhar, por exemplo, tornavam aquela tumefação dolorosa.

Mais recentemente, ha quatro meses, appareceu o nódulo que ocupa o seio direito, sendo este desde o inicio a sede dos fenómenos dolorosos já mencionados.

*Antecedentes pessoais e hereditários.*— Sem importância.

*Tratamento.*— Amputação do seio com esvaziamento da axila do mesmo lado.

*Exame histo-patológico.*— Adeno-carcinoma em inicio do seio.

*Gânglios tuberculosos.*— Não se encontraram metastases.

## Conclusões

1.<sup>a</sup> Os tumores malignos do seio, no homem, são muito raros.

2.<sup>a</sup> Dentre estes, o carcinoma ocupa o primeiro lugar.

3.<sup>a</sup> No homem a evolução destes tumores é mais demorada que na mulher.

4.<sup>a</sup> A sua única terapêutica reside numa intervenção cirúrgica precoce, como precoce deve ser o diagnóstico.

5.<sup>a</sup> A prognose destas neoplasias, quando não operadas ou sujeitas a uma intervenção tardia, é sempre fatal.

Visto.

*Teixeira Bastos.*

PRESIDENTE.

Pode-se imprimir.

*Alfredo Magalhães.*

DIRECTOR.

## BIBLIOGRAFIA

---

- L. TESTUT. — Traité d'Anatomie Humaine.
- E. FORGUE. — Précis de Pathologie Externe.
- E. FORGUE ET E. CHAUVIN. — Revue de Chirurgie. — 1919.
- GEOFFREY KEYNES. — The British Journal of Surgery. — 1923—1924.
- J. KUFANOFF. — Surgery, Gynecology and Obstetrics. — 1924. Supplementary. — I volume.
- CARL E. BLACK — Surgery, Gynecology and Obstetrics. — 1923. — II volume.
- A. MUELLEDER. — Surgery, Gynecology and Obstetrics. — 1923. — II volume.
- C. A. HEDBLUM. — The Lancet. — 1921.
- G. M. DUNCAN. — The British Medical Journal. — 1924. — II volume.
- RANDOLPH WINSLOW. — Annals of Surgery. — 1921.
- CHARLES H. PECK AND WILLIAM WHITE. — Annals of Surgery. — 1922.
- A. LE DENTU ET P. DELBET. — Traité de Chirurgie. — Vol. XXIII.
- JOSEPH K. NARAT. — Annals of Surgery. — 1925. Vol. LXXXI.