

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

300 **THESE**

300

APRESENTADA POR

PEDRO PAULO DE RENSIS

Região mamaria

(Cadeira de anatomia medico-cirurgica e operações)



Bahia—1916



Sendo a anatomia uma das sciencias medicas, por assim dizer, exacta, cingio-me a seguir os classicos na discripção anatomo-topographica da região, que constitue o assumpto desta these.

Região mamaria

A região mamaria pode ser definida : a parte anterior da parede thoraxica occupada pelo seios. E' como se vê, um simples annexo da região costal, ou mais exactamente um annexo de suas camadas superficiaes, a glandula mamaria não é embryologicamente, senão uma glandula cutanea, que altamente se diferenciou e attingiu um grande desenvolvimento. Mais ou menos insignificantes no homem, cujas mamas ficaram n'um estadio rudimentar, a região mamaria adquire nas mulheres a plenitude de sua importancia em razão da physiologia e pathologia que nellas apresenta a glandula mamaria e seus involucros.

LIMITES. — Os limites da glandula mamaria devem ser considerados sob dous pontos de vista, um superficial e outro profundo. Superficialmente a região ma-

mama apresenta os mesmos limites das mamas, confundindo-se os seus limites com a circunferencia desta. Muito reduzida no homem, onde ella não é representada senão pelo mamelão (mamillo) e a aureola apresenta nas mulheres dimensões consideraveis, se bem que susceptivel de innumeradas variações, existindo mamas de volume medio e mamas de dimensões muito reduzidas. Em geral a mama occupa o intervallo comprehendido entre a terceira e a septima costella e se estende na largura dos bordos do sternum ao concavo da axilla. Profundamente vae até a aponevrose superficial, isto é, a aponevrose que recobre ao grande peitoral. Como se vê ella não repousa directamente sobre as costellas e os espaços intercostaes, sendo separada por uma aponevrose e por dous planos musculares, correspondendo o primeiro o grande peitoral, o segundo ao pequeno peitoral, sendo estes tres planos pertencentes á região costal. A região mamaria é uma região par e symetrica : as mamas effectivamente, nas condições normaes, são em numero de duas, uma direita e outra esquerda. A ausencia de mamas (amastia), quer seja bilateral ou unilateral é rara. O mesmo porém não se dá em re-

lação ao augmento de numero (polymastia). Segundo Mitchel (1879) esta polymastia é mais frequente nos homens que nas mulheres, sendo mesmo hereditaria, conforme os estudos de Marie (1893). Interessante é notar que as mamas supranumerarias não se desenvolvem numa região qualquer e sim em ponto que corresponde ao normal das mamas dos animaes: a polymastia na mulher torna-se assim a reproducção de um typo que é constante na serie zoologica, constituindo uma verdadeira anomalia dita reversiva. Ellas são observadas quasi sempre sobre o thorax, quer abaixo das mamas normaes (Liechtenstern): porem já foram notadas glandulas supranumerarias na espadua, no dorso, na espessura dos grandes labios, sobre a face antero interna da coxa direita (Testut). As glandulas aglomeradas são menos numerosas; conta-se habitualmente uma, duas ou tres; muito raramente em maior numero. Rudimentaes na maior parte dos casos, adquirem noutros dimensões consideraveis, susceptiveis de augmentarem de volume durante o aleitamento e secretarem leite como as mamas principaes. E' interessante tambem notar que são sede de abces-

sos e tumores benignos como as mamas normaes.

FORMA E DIMENSÕES. — Os seios nas mulheres normalmente conformadas, a forma de uma semisphera, repousando sobre o torax pela sua face plana, e apresentando no centro de sua face convexa uma saliência chamadas mamelão (ou mamillo). O seio é separado do thorax por um sulco, bem accentuado somente na sua parte inferior, o sulco sub-mamario. Diremos de passagem que as incisões praticadas neste nivel para extirpar os tumores benignos das mamas dão uma cicatriz regular e apenas visivel.

Esta forma fundamental dos seios nos offerece numerosas variedades, em relação de ordinario, com o desenvolvimento tambem variavel que apresentam os seios conforme a idade e conforme os individuos. Quando a mama é atrophia-da, nos apresenta, como se observa no homem um relevo apenas visives. Porem se, ao contrario ella é muito desenvolvida, toma uma forma mais ou menos cylindrica. Algumas vezes mesmo nas mulheres obesas e nas multiparas, que nutriram seus filhinhos, tornam-se molles, flascas, mais ou menos pendentés diante do peito, do qual é separado por um pro-

fundo sulco sub-mamario, sede frequente de eczema e de fissuras.

O volume do seio no estado normal é ainda mais variavel que sua forma. Relembramos desde já que as modificações que elle soffre variam no mesmo individuo, conforme a idade e conforme as condições physiologicas. Rudimentar até a puberdade, os seios apresentam neste momento um desenvolvimento brusco, assim como os órgãos genitales, e attingem em pouco tempo o seu estado de desenvolvimento perfeito. Elles apresentam então as dimensões de um punho mais ou menos desenvolvido. Após a menor pausa elles soffrem a athrophia que abrange nessa occasião todo o apparelho genital. Devemos accentuar doutro lado que seu volume augmenta durante os períodos menstruaes. Elle cresce ainda em proporções consideraveis pelos segundo ou terceiro dia após o parto devido a secreção lactea que começa a se estabelecer. Terminada esta porem adquirem novamente o volume ordinario.

Ao lado dessas variações physiologicas que observamos em todos os individuos, o volume dos seios apresenta diferenças notaveis de um individuo a outro. Interessante é notar neste proposito

que o volume dos seios não está em relação com a aptidão da mulher em amamentar seu filho, correndo muitas vezes por conta do tecido adiposo o augmento consideravel que elle adquire.

Um outro facto interessante a assignalar é que, de uma maneira geral, as camponezas apresentam um desenvolvimento do seio muito maior que as mulheres da cidade, sendo que muitas destas ultimas não amamentam os seus filhos, as mamas se athrophiam, assemelhando-se nisto a todos os orgãos que não exercem a funcção que lhe é destinada. E não é irracional pensarmos que as mulheres das cidades continuam a não amamentar seus filhos, chegará o dia em que a heraditariedade auxilie, e então as glandulas mamarias ficarão reduzidas as proporções minusculas que apresentam hoje as do homem.

O brusco crescimento que apresenta a mesma na puberdade não se produz só na mulher mas tambem no homem; mas elle é neste transitorio e desaparece rapidamente. Persiste todavia em certos casos, e a hypertrophia que dali resulta constitue a variedade de gynecomastia dita primitiva ou escencial.

O trabalho da hyperplasia physiologica que se observa durante a puberdade é susceptivel de exagerar (Cierre Delbet). Podemos então observar mamas se hypertrofiarem a ponto de tomar proporções gigantescas (a observação já tem assinalado mama de um metro de circunferencia, cujo peso ia além de 30 kilos) contituindo uma verdadeira enfermidade susceptivel de accarietar a morte do doente. As lesões dos órgãos genitales exercem uma influencia manifesta sobre o desenvolvimento do seio. Nas mulheres a extirpação dos ovarios acarreta muitas vezes a atrophia dos seios; ao contrario no homem as lesões testiculares sobrevindas pouco após a puberdade podem ser acompanhadas de uma hypertrophia mamaria, descripta sob o nome de gynecomastia secundaria (Delbet). Não se as deve confundir com as gynecomastias primitivas, assinaladas acima, pois estas se observam em individuos absoluctamente normaes.

EXPLORAÇÃO. — A exploração da região mamaria tem, na pratica, uma grande importancia, em razão das numerosas afecções de que pode soffrer esta região. Apanhando-se a mama em plena mão, no sentido transversal, sente-se perfeita-

mente os differentes lobos da glandula, devido á resistencia particular que elles offerecem aos dedos ; reconhece-se assim sua mobilidade sob os planos profundos e a sua mobilidade sob a pelle. A palpação sendo praticada desta maneira parece, as vezes, que um lobo da glandula esteja mais firme, mais duro que os outros, o que poderia fazer acreditar a existencia de um nucleo pathologico. E' necessario então, afim de evitar este erro, apalpar a mama, collocando a mão aberta sobre a mama e achatando-a de encontro ao grande peitoral : a sensação de consistencia normal, dada pelo lobo, desaparecerá se este estiver são : persistirá, ao contrario, se si tratar de uma lesão pathologica.

ESTRACTOS. — Praticando um corte vertical ou um corte horizontal, a região mamaria nos apparece como constituida por uma serie de camadas superpostas, que são, indo da superficie para a profundidade : 1.º a pelle ; 2.º uma primeira camada cellulo-adiposa, o tecido cellulo adiposo sub-cutaneo ; 3.º a glandula mamaria ; 4.º enfim uma segunda camada cellulo adiposa, que separa a glandula da aponevrose do musculo grande peitoral, a camada cellulo adiposo retro-mamario.

1.º Pelle. — A pelle na periferia não offerece caracter particular ; a sua consistencia, a sua espessura, a sua cor, a sua mobilidade são iguaes no restante do corpo. No centro toma um aspecto particular e toma o nome de aureola, especie de mancha redonda, no meio da qual se eleva o mamillo, que corresponde ordinariamente ao 4.º espaço intercostal, a 10 ou 11 cm. de distancia da linha mediana do externo.

Pouco desenvolvido nos individuos do sexo masculino (2 a 3 mm. de altura) o mamillo apresenta a forma cylindrica ou conica, adquirido na mulher adulta um desenvolvimento que varia em altura de cm. 1 a 1,5 cm.. Podendo todavia adquirir um desenvolvimento muito maior, e noutros casos pode dizer-se que faltam completamente, porque se apresentam retrahidos e infossados, constituindo o que se chama mama cega, tornando a sucção impossivel.

No apice do mamillo abrem-se de 12 a 15 orificios que repretam a embocadura de outros tantos conductos galactoforos. Em relação á areola a cutis se adelgaça sensivelmente e, no seu estrato profundo contem uma grande quantidade de celullas fibro musculares, dispos-

tas circularmente, as quaes podem, contrahindo-se sob um estimulo reflexo, contrahir o mamillo na sua base e tornal-o mais saliente.

Esta região cutanea da areola é ricamente innervada, o que torna, deste modo, intensamente doloroso as fissuras ou outros processos irritativos que ahi se desenvolvem.

A aureola é rosea nas mulheres que nunca tiveram filhos e parda nas outras, e adquire esta cor especialmente na gravidez. A pelle da aureola contem pelliculos pilosos, glandulas sebaceas e sudoriparas que augmentam de volume na gravidez e no tempo do aleitamento. A pelle do bico contem tambem glandulas sebaceas, onde podem-se localisar os eczemas e rachaduras, observando-se tambem ulcerações syphiliticas.

A pelle da periphéria da mama é, como a sua face profunda, livre e movel; ao contrario da pelle da aureola, que é adherente e immovel, pouco espessa e na face inferior não contem tecido cellulo adiposo. Por isso os abscessos tomam caracteres particulares, e os abscessos sub-cutaneos distinguem-se em areolares e extra-areolares.

Os abcessos extra-areolares não differem dos abcessos sub-cutaneos ordinarios ; são capazes de invadir as partes vizinhas, e adquirir grandes dimensões : os abcessos areolares, ao contrario, são menores, não teem tendencia a extender-se, apparecem logo á superficie da pelle e não tardam em romper-se espontaneamente, não sendo necessario fazer-se a dilatação dos mesmos. A pelle do mamillo nas mulheres, que dão de mamar, está sujeita á fissuras as quaes convem attribuir a origem de quasi todos os abcessos mamarios.

Os mamillos raramente são sede de tumores. Foi muito bem descripto por Paget uma forma morbosa, representada por producções epiteliaes, relativamente benignas e a decurso muito comprido, as quaes, segundo Tillmanns, representam o primeiro estado do desenvolvimento do carcinoma, e neste primeiro estado perduram muito tempo. Esta affecção cutanea é rebelde a toda cura, parecida ao eczema ou a psoriasis e se desenvolve na região do mamillo nas mulheres entre os 40 e os 60 annos. Após varios annos, sob a influencia da affecção cutanea acaba por desenvolver-se o carci-

noma, tendo as vezes um decurso rapido e as vezes um decurso chronico.

A pelle do seio, que normalmente é movel, perde esta propriedade em alguns tumores malignos. Geralmente esta adherencia não impede a operação, porem algumas vezes estende-se á toda a região mamaria e ao thorax, produzindo os taes carcinomas a couraça.

2.º — O extracto cellulo adiposo subcutaneo thoraxhico, chegando á glandula mamaria se divide em dous, cobrindo a parte mais grossa a glandula mamaria anteriormente e a mais fina posteriormente. E é o volume do extracto cellulo adiposo que dá nas diversas pessoas á região mamaria aspecto, consistencia e elasticidade differente. O extracto adiposo penetra entre os lobos da glandula mamaria, diminuindo progressivamente até chegar á areola.

Os lipomas da região mamaria são raros, sendo superficiaes e intersticiaes, e as vezes se formam no extracto cellulo adiposo sub-mamario.

3.º — A glandula mamaria é uma glandula "a grappolo" ou cacho, ligada estriictamente á funcção da geração: augmenta, como já dissemos na puberdade, chega ao maior volume no tempo de

amamentar, e na velhice se atrophia, chegando a reduzir-se a uma massa fibrosa.

A glandula mamaria se apresenta como uma massa amarella citrino, achatada de diante para traz, irregularmente circular, enviando uma serie de prolongamentos, dos quaes o prolongamento axillar é constante, o qual contorna o bordo inferior do musculo grande peitoral.

A forma é, como já dissemos, de uma piramyde, cuja base corresponde ao grande peitoral e a apice ao mamillo. A consistencia é elastica, sem chegar, em condições normaes, a ser dura. A glandula mamaria é dividida em varios lobos independentes, cujos lobulos desembocam nos conductos galactoforos. Estes de 12 a 15 se dirigem e se abrem no meio das papillas e das glandulas sebaceas do mamillo. Os conductos galactoforos e os lobos de onde procedem são independentes; e no mamillo os conductos galactoforos teem decurso paralelo.

A glandula mamaria é sede frequente de abcessos, cuja importancia é maior que nos abcessos sub-cutaneos. Este processo inflammatorio chama-se mastite, e se produz, como já dissemos, pelas rachaduras ou ulcerações do mamillo, lesões que permitem a introducção dos

microbios atravez os lymphaticos. Estes microbios são geralmente os coccus da suppuração, os estaphilococcus e os streptococcus. A infiltração inflammatoria algumas vezes desapparece sem suppuração, porem geralmente se forma o abcesso; e o pus segue o tecido celluloso adiposo intralobular, chegando á superficie da pelle. A suppuração se reconhece pelos caracteres de toda inflammção (calor, tumor, rubor, dor) e por fim a fluctuação.

Entre as inflammções chronicas do seio figura a mastite intersticial chronica com formação de induramentos nodosos e retracções cicatriciaes, que apparecem no periodo da involução senil, isto é na menopausa ou pouco antes. Anatomicamente trata-se de uma infiltração panicellular do connectivo intersticial do seio, infiltração que decorre com dores, que apparecem a intervallos e que conduzem a uma hiperplasia conjuntival nodosa intersticial, e a uma retracção cicatricial progressiva, de maneira que é possível trocar esta affecção com os tumores. Não se produz nunca suppuração e por fim o processo se detem e os induramentos nodosos podem desapparecer pouco a pouco.

Uma forma especial de mastite chronica é uma mastite, que se apresenta frequentemente e que foi descripta por König, a qual está quasi entre os limites dos processos inflammatorios e dos tumores e conduz á formação de kistos multiplos pequenos, as vezes grandes e voluminosos. Esta mastite chronica kistica se produz depois da puberdade, em qualquer periodo da vida e frequentemente nos dous seios: decorre quasi sempre com dores e os seios endurecem-se no periodo da menstruação.

A tuberculose do seio é rara e é caracterizada por uma formação de tuberculos caseosos do volume de uma avelã e por abcessos tuberculares frios. Os focos tuberculares encontram-se nos lobulos glandulares e nos conductos escretorios, podendo-se distinguir uma forma confluyente e outra disseminada. Quasi sempre a tuberculose é secundaria, produzindo-se ou por metastasi ou por infecção tubercular contigua.

A syphilis raramente se localiza no seio sob forma de mastite gomosa ou gomas circumscriptas no periodo terciario da lue.

A nelvragia do seio ou mastodinia é muito frequente, porem é rara nos dous

seios, é acompanhada de dores mais ou menos fortes, que manifestam-se periodicamente e que augmentam de intensidade durante o periodo da menstruação. A sede da dor é no proprio tecido do seio, mas as vezes tambem a pelle que encobre a glandula é muito sensivel á pressão. Verdadeiras anomalias não se encontram no seio. Se porem encontram-se nodulos grandes como avelã ou como nma noz, trata-se de mastite intersticial chronica, de adenoma ou de neurofibroma.

As verdadeiras nelvragias observam-se nas mulheres hystericas ou nervosas com affeição dos orgãos sexuaes. Em certos numeros de casos trata-se tambem de nevralgias intercostaes.

TUMORES. — Entre os tumores mais benignos da mama estão os adenomas, que differenciam-se da hypertrofia, que é uma hyperplasia diffusa do parenchyma glandular, geral e bilateral; são unilateraes e apresentam-se em forma nodular. Muitas vezes transformam-se em carcinomas e tomam neste primeiro tempo o nome de adenoides. Exceptuados os casos em que se transformam em carcinomas e adeno-sarcomas, são tumores benignos; não dão metastasi e não invadem as glandulas lymphaticas axillares. Tambem

ha adeno-fibromas e adeno-kistomas. Estes ultimos adenomas se transformam em kisticos pela degeneração dos arinos glandulares.

Alem d'estas formas kisticas outros existem, que podemos chamar simples por não estarem associados a tumores. Estes kistos crescem lentamente, chegando a alcançar o volume de uma laranja, e contendo quasi sempre um liquido de uma cor esverdinhada.

Dos tumores do seio o mais frequente é o carcinoma: segundo Billroth é de 85 % na porcentagem; e segundo a maioria dos autores o carcinoma ataca as mulheres na época da menopausa. Este tumor é quasi sempre unilateral, quasi nunca ataca as duas mamas ao mesmo tempo; começa insidiosamente e durante os primeiros tempos é indolor e sempre adherente ao parenchyma glandular e por conseguinte não goza de mobilidade. No desenvolvimento do carcinoma influem os traumatismo, a pressão do espartilho e as vezes os processos inflammatorios do seio e da pelle são a causa ocasional. Segundo Winewarter em 114 casos de carcinoma 24 eram consecutivos á mastite aguda; e segundo o mesmo autor em 170 casos os tumores foram

originados por traumatismo 12 vezes e por predisposição hereditaria 10 vezes. O decurso deste tumor oscilla entre um annos e dois meio : e segundo a estatistica de Fink a vida das mulheres operadas se allonga de sete mezes.

A morte por carcinoma acontece em parte pela diffusão local do tumor na pleura e nos pulmões, em parte por metástasi, com perda progressiva das forças, em parte por hemorragias e por infecção septica. Muitas vezes os doentes morrem sem ter uma reincidencia local ou regional. Emfim os carcinomas de decurso mortal rapidissimo são os que se desenvolvem nas mulheres moças e consecutivos á mastite de amamentação.

As vezes observam-se no seio tumores conjunctivaes, fibromas, sarcomas e mais raramente lipomas e condromas.

Os sarcomas apresentam-se sob diversas formas redondo e fuso-cellulares ; os sarcomas de pequenas e grande cellulas, os sarcomas gigante cellulares, os angio-sarcomas, os lympho-sarcomas, os sarcomas alveolares, os melanomas e os sarcomas molles. Estas ultimas formas são de maior malignidade. Segundo Gross em 156 casos de sarcomas, 68 % eram sarcomas de cellulas fusiformes, 27 %

eram sarcomas de cellulas redondas e 5 % da cellulas gigantes. O angio-sarcoma descripto por Tillmanns e por Schmidt não é raro e pode confundir-se com o carcinoma. Tillmanns constatou em um caso caracteristico que os sarcomas originam do tecido celular periarinoso e pericanalicular e especialmente das paredes vasaes.

Os sarcomas muitas vezes apresentam conductos glandulares dilatados e kistos. Os sarcomas no começo geralmente crescem lentamente, mas depois, especialmente os molles, que são ricos de cellulas, crescem rapidamente. Os sarcomas mais benignos são os kisto-sarcomas; os mais malignos são os melanomas e os sarcomas molles de cellulas arredondadas. Os sarcomas fuso-cellulares e os sarcomas kisticos segundo Gross formam-se na primeira idade, isto é quando a mama não funciona: segundo o mesmo auctor em 148 casos a idade media das doentes era de 36 annos. A idade em media das doentes com sarcoma redondo celular e a cellulas gigantes foi de 47 annos; estas duas formas se desenvolvem no tempo da involução physiologica da mama. Entre 15 sarcomas de

doentes inferiores aos vinte annos eram fuso cellulares.

Relativamente á cura definitiva do sarcoma Gross fundando-se sobre 96 casos, poudo estabelecer que: 12 doentes quatro annos depois estavam curadas, 42 (antes dos seis mezes) apresentavam reincidencias locais, outras doentes apresentavam reincidencias entre dez e dezoito mezes. Portanto os sarcomas da mama apta a funcionar mostram tendencia decisiva a reincidir e menor tendencia ás metastases; e nos sarcomas da mama em periodo involutivo acontecia o contrario. Em comparação do carcinoma o sarcoma da mama tem mais tendencia a metastase e menos á reincidencia local: e a infecção das glandulas lymphaticas no carcinoma é mais frequente que no sarcoma. Segundo Gross no sarcoma a duração media da vida é de 80 mezes e no carcinoma só de 39 mezes; e a cura definitiva nos sarcomas é de 13,2 % e nos carcinomas só de 10,4 %.

4.º — Voltando aos extractos da região mamaria diremos que o extracto cellulo adiposo sub-mamario separa a glandula do musculo peitoral. Este extracto é muito abundante e se estende até a clavicula. A sua debil cohesão faci-

lita a extirpação dos carcinomas. Este extracto, chamado bolsa retromamaria por Chassaignac é sede de abscessos profundos e retromamarios, que levantando a glandula em massa, chegam á superficie desta em um ponto declive.

VASOS E NERVOS. — As arterias procedem : 1.º da mamaria externa, ramo da axillar, 2.º da mamaria interna, ramo da suclavia, 3.º das arterias intercostaes.

As veias seguem um decurso egual ao das arterias.

LYMPHATICOS. — O estudo dos lymphaticos mamarios, apresenta, ao contrario do estudo dos vasos sanguineos, um interesse primordial, em virtude das operações que se experimentaram oppor ao cancer do seio, operações essas que, sabe-se, comprehendem, não sómente a ablação do proprio tumor, como ainda a extirpação tão completa quanto possivel dos lymphaticos e dos ganglios tributarios, sempre mais ou menos invadidos. Importa, então, precisar com cuidado de um lado, o tracto desses lymphaticos e doutro, a topographia exacta de seus ganglios.

Os lymphaticos mamarios se dividem em 3 grupos, que designaremos, segun-

do a situação, em externos, internos e inferiores ou sub-mamarios.

Os lymphaticos mamarios externos, representados por dois grossos troncos, algumas vezes 3, ou mesmo 4, constituem a veia lymphatica principal da mama. Elles partem do plexo areolar, o qual é formado pelos lymphaticos cutaneos, glandulares e satellites dos canaes galactophoros. Dahi, elles se dirigem para fora, do lado da axilla, contornam o bordo inferior do musculo grande peitoral, entram na cavidade axillar e ahi se terminam em um grupo de ganglios que se acham situados a parede interna da axilla, em torno dos vasos mamarios externos. Esses ganglios se anastomosam com os outros ganglios da axilla. Assim, é preciso sempre, no curso de uma intervenção no cancer do seio, retirar, ao mesmo tempo que os troncos lymphaticos e os ganglios axillares internos, todos os ganglios da axilla.

Os lymphaticos mamarios internos, nascem da parte interna da glandula (donde o seu nome) e atravessam a extremidade interna dos espaços intercostaes, para se lançarem nos ganglios que cercam os vasos mamarios internos.

Esses lymphaticos assignalados desde muito tempo por Cruiskshank, Huschke, Hyrtl, Arnold, Henle, foram recentemente injectados (1890) pelo grande Rieffel. Elles são raramente invadidos no cancer do seio; felizmente, concluimos nós, porque se fosse de outro modo, toda tentativa de extirpação radical do tumor seria fatalmente condemnada.

Os lymphaticos inferiores ou sub-mamarios nascem da face profunda da glandula. Uns caminham na espessura da aponevrose do musculo grande peitoral e se dirigem aos ganglios axillares (Heindenhein). Os outros perfuram o grande peitoral, caminham entre esse musculo e o pequeno peitoral e terminam nos ganglios sub-claviculares; sobre seu trajecto encontrar-se-hiam de ordinario, 2 ou 3 pequenos ganglios. Os lymphaticos sub-mamarios são frequentemente attingidos pelo cancer do seio.

Tambem para os retirar, não se hesita actualmente em extirpar os musculos grande e pequeno peitoral, ao mesmo tempo que a glandula e os ganglios da axilla; o cirurgião não pára senão no plano costal, fazendo assim uma operação tão radical quanto pessivel (operação de Halsted).

Operações

ABERTURA DOS ABCESSOS DOS SEIOS

1.º Abcessos sub-areolares. — Abrem-se com a ponta do bistouri dirigido ligeiramente em direcção radiada, do mamillo á circumferencia da glandula.

2.º Abcesso mamario. — Neste abcesso se incidirá francamente seguindo sempre uma direcção radiada. Muitas vezes estes abcessos tem a forma de botão de camisa, contendo, neste caso, uma collecção de pus superficial e outra profunda que deve-se dilatar egualmente. Quando a cavidade purulenta se prolonga em baixo, se deverá com o auxilio de uma sonda praticar uma outra abertura no ponto de declive e drenar-se largamente.

Bardenhauer abre todos os abcessos do seio, superficiaes ou profundos com uma incisão da prega sub-mamaria, que permite levantar a glandula, abrir e drenar as collecções purulentas pela face

profunda. Drena-se a mama e sutura-se a incisão de cada lado dos tubos. Obtem-se assim uma cicatriz rapida e quasi invisível.

3.º Abscessos retromamarios. — Estando o seio já levantado em massa, precisa incidir o sulco sub-mamario, seguindo uma linha curva, parallela ao dito sulco, penetra-se assim no tecido retro-mamario e drena-se largamente.

4.º Mastite suppurada diffusa. — Esta exige ordinariamente muitas incisões. Vale mais, sob o ponto de vista esthetico, abrir largamente a prega sub-mamaria e penetrar por esta via nos varios focos suppurados.

ABLACÇÃO PARCIAL DO SEIO.— Esta applica-se unicamente aos tumores benignos ainda limitados e pode ser praticado com tres processos distinctos.

1.º Incisão mamaria. — Esta é rectilinea, em direcção radiada e segue o mesmo tumor. Incisa-se a pelle, a gordura e descoberto o tumor, agarra-se este com uma pinça de gancho. Si está bem circumscripto e encapsulado, se liberta rapidamente. Si continua com o tecido glandular, secciona-se em redor e destaca-se a massa que deve-se retirar.

Fica uma cavidade na qual ligam-se os vasos. Uma sutura profunda aproxima as paredes. Uma sutura superficial reúne os lábios cutâneos. Applica-se uma medicação compressiva.

2.º Incisão axillar. — Sob o nome de «ablacção esthetica» Morestin para os tumores de pequeno volume, situados na zona supero-externa da glandula produz o processo seguinte: Incisão de quatro a seis centímetros na zona pilosa da cavidade axillar, no limite do bordo anterior. Descollamento em tonel dos ligamentos com o auxilio do bisturi passado de lado, até poder com uma pinça de Musseux agarrar a glandula, tirando-a para fora, e agarrar por sua vez o tumor e extirpal-o. Medicação compressivo com drenagem.

3.º Incisão sub-mamaria. — Com fim esthetico se poderá seccionar a pelle do sulco sub-mamario, destacar a glandula do plano peitoral, retirar a parte enferma e suturar a mama.

ABLAÇÃO TOTAL DO SEIO AFFECTADO DE TUMORES BENIGNOS. — Ha dous processos baseados nos procedentes:

1.º Amputação simples. — Incisão mamaria. — Uma incisão elliptica em baixo e adiante, circumscrevendo um losango

de pelle da extinção variavel que comprehenda o volume do tumor. Si a pelle está ulcerada ou ameaça ulcerar, precisa circunscrever a distancia toda a zona cutanea suspeita. A extremidade externa da ellipse pode prolongar-se com um diverticulo na direcção axillar para se explorar esta cavidade. Os dous labios da incisão são dissecados a forma concava inferior para que o sangue que provem do labio superior não estorve. Se destacará a pelle até que a glandula toda fique descoberta. Agarrada a glandula em plena mão destaca-se do grande peitoral com bisturi ou com tesouras. Se faz cuidadosamente a hemostasia da pelle.

2.º Enuclação massiva do seio. — Incisão sub-mamaria. — Esta pratica-se nos fibromas diffusos e nos kistos.

Incide-se em primeiro lugar o sulco sub-mamario. Destaca-se a parte da pelle correspondente com bisturi ou com tesouras até o mamillo, que se divide transversalmente; depois um ajudante com uma pinça de Messeux tira em baixo a parte da glandula denudada e continua-se a descollar o resto da pelle que encobre o seio. Isto feito se descolla o seio de cima para baixo com a tesoura e os dedos. Obtida a hemostasia, exacta-

mente se suturam os labios da incisão sub-mamaria. Medicação compressiva.

ABLACÇÃO COMPLETA DO SEIO POR TUMORES MALIGNOS. (Operação de Halsted) — Esta operação consiste em retirar em bloco a glandula mamaria com todas as suas dependencias: pelle, gordura, glandula, musculos peitoraes, tecido cellular e ganglios lymphaticos.

1.º Tempo. — Antecipadamente praticar-se-á a asepsia completa do thorax, do abdomen e do dorso, porque se pode ser obrigado a retirar limbos autoplasticos dessas regiões. Incisão da pelle; a dous dedos transversos dos seus limites se circumscreve a glandula, com uma ellipse larga e allongada, cuja extremidade interna chegue á linha mediana do externo e a externa ao longó do bordo inferior do grande peitoral. Precisa sacrificar a quantidade maior de pelle da região mamaria para impedir ou previr as reincidencias locais.

Se começa por libertar o labio inferior da ellipse para evitar o sangue que sahirá do labio superior e que então estorvaria. Destaca-se o labio inferior até o bordo axillar do grande dorsal, cuidando de não ferir os vasos axillares. Se dessecará o labio superior em alto, alem da

clavicula, em dentro alem da linha mediana do externo e para fora até o intersticio pectoro-delhoideo, cuidando de não ferir a veia cephalica.

2.º Tempo. — Secção dos tendões peitoraes e abertura da cavidade axillar. No intersticio pectoro-delhoideo se incide com o bisturi ao longo da veia cephalica, cuidando de não feril-a; se separará essa veia e um ajudante com um afastador a afastará junto ao deltoide para fora.

Na parte externa do instersticio pectoro-delhoideo se faz presão com o index esquerdo, arcuado a forma de gancho, se levanta o tendão do grande peitoral e se corta com um golpe de tesouras ao nivel do hombro com toda segurança porque o index esquerdo protege os vasos sub-jacentes. Com uma pinça Meuseux se levanta para o alto e para dentro o tendão. E transportando debaixo da inserção clavicular o mesmo index esquerdo, que protege dessa maneira os vasos sub-claviculares, se seccionará a inserção clavicular prudentemente de fora para dentro para descobrir o triangulo clavi-coraco-axillar. Se fará igualmente com o musculo pequeno peitoral. Com o dedo se reconhece a apophise coracoide com o tendão do pequeno peitoral. Se corta

este tendão e se levanta com uma pinça de Meusseck.

3.º Tempo. — Limpeza da cavidade axillar. Incisa com cuidado a aponevrose que cobre o musculo coraco brachial se desseca a veia axillar. Rebata-se de baixo para cima (a direita) e de cima para baixo (a esquerda) raspando esta veia com bisturi ou tesouras curvas. E a medida que se apresentam os ramos vasaes arterio-venosos, ligam-se como hemestasia preventiva. Ligam-se os principaes troncos vasculares da axilla, isto é o feixe sub-scapular, que corre no sulco comprehendido entre o musculo grande dorsal, grande redondo e sub-scapular, o grupo mamario externo que segue ao longo do grande dentado e por fim o feixe acromio-thoraxico. Precisa libertar a veia cephalica e a veia sub-clavicular, veia grande que acompanha isochronicamente os movimentos respiratorios. Precisa sacrificar os nervos dos musculos peitoraes e poupar os nervos do grande dorsal, do grande redondo, do sub-scapular e do grande dentado.

A veia axillar levanta-se por meio d'um afastador ou com o dedo de um ajudante.

Estando já limpas as paredes superior e brachial, procede-se á limpeza das

paredes posterior e interna. Precisa extirpar a lamina cellula comprehendida entre o thorax e o homoplata, poupando a todo o transe o nervo do grande dentado.

4.º Tempo — Extirpação das inserções costaes dos peitoraes. Levanta-se para o alto e para dentro a glandula mamaria, os musculos peitoraes, o tecido cellular axillar e destacam-se os feixes clavicularés e as digitações sterno-costaes do grande peitoral, assegurando com pinças e ligando os ramos perforantes dos vasos intercostaes. Termina-se a amputação extirpando o ultimo trato de pelle da linha mediana.

5.º Tempo — Sutura da ferida. Autoplastia. Precisa-se fazer uma hemostasia minuciosa para irritar a drenagem, e dissecamento e a reunião da ferida. Aproximando o braço ao tronco, ensaia-se juntar os labios da ferida para medir aproximadamente a pelle necessaria para cobrir a chaga.

Se desistirá de fazer tracções para cortar os labios da ferida, para evitar que a pelle passe como uma ponta na cavidade axillar, deixando um vacio com ar e sangue e preparando assim uma proxima infecção.

Precisa muita pelle : com os dedos ajudados por tesouras se descollará brutalmente os labios da ferida até a axilla opposta e até o umbigo (Chalot) : e os limbos autoplásticos deverão ser espessos para ser vivaces. Quando o eixo da ferida se approxima mais da vertical que da horizontal, se tirará da mama opposta sã o limbo com duas incições parallelas com direcção ao lado opposto do thorax. Mais frequentemente o eixo da ferida se aproxima mais do horizontal que da vertical, e então se retirará o limbo do abdomen. Com uma incisão vertical mediana e outra lateral parallela, mais ou menos, até o umbigo ou o hypogastrio, se arrasta toda a pelle correspondente para transformal-a até o limbo superior.

Chalot insiste sobre a utilidade de fazer tracções sobre as regiões vizinhas para facilitar a coartação dos labios cutaneos.

6.º Tempo. — Drenagem e medicação. Pode-se drenar, si se teme a formação de um hematima, com um tubo que se faz sahir do ponto mais declive e que se retira depois de vinte quatro horas.

A medicação será larga, absorvente e compressiva com uma almofada axillar para assegurar a adherencia das paredes.