



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 27 • Dezembro 2013

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

História do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama* – – *Empirismo e Ciência*

History of Surgical Treatment of Breast Cancer – – *Empiricism and Science*

Luiz Damas Mora

Ex-Director do Serviço de Cirurgia do Hospital do Desterro (Hospitais Cívicos de Lisboa)
Presidente do Capítulo da História da Cirurgia Portuguesa da SPC
Presidente da Comissão do Património Cultural do Centro Hospitalar de Lisboa Central.

RESUMO

A História do tratamento cirúrgico do cancro da mama é bem demonstrativa de que a verdade em Medicina é circunstancial, e que o caminho a percorrer no sentido de a alcançar é árduo. Mostra, também, como ao longo dos séculos o empirismo vai dando lugar ao método científico, e como os estudos prospectivos, controlados e randomizados determinam a alteração dos conceitos e a consequente modificação das técnicas cirúrgicas. Estas vão desde os métodos bárbaros, à luz dos conceitos actuais, que, da Grécia antiga se estendem até à descoberta da anestesia – em que se destacam nomes como *Henri de Mondeville*, *Guy de Chauliac* e *Lanfranco* na Idade Média, *von Hilden* e *Ambroise Paré* no Renascimento, ou *H.F. Le Dran*, *J.L. Petit* e *Benjamin Bell*, no tempo do Iluminismo – até às técnicas cada vez mais meticulosas e racionais, já na Idade Contemporânea, sucessivamente devidas a *James Paget*, *Joseph Pancoast*, *Charles Moore*, *William Stewart Halsted*, *William* e *Richard Handley*, *Geoffrey Keynes*, *Robert McWhirter*, *George Crile Jr.*, *Cushman Haagensen*, *Dahl-Iversen*, *Jerome Urban*, *David Patey*, *Bernard Fisher* e *Umberto Veronesi*, entre outros que souberam criar novos paradigmas na História do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama, para se chegar à prática actual de cirurgia conservadora (mamária e axilar) com reconstrução.

Palavras chave: *Cancro da Mama, Cirurgia, História.*

ABSTRACT

The history of the surgical treatment of breast cancer is very demonstrative of how the truth in medicine is circumstantial and that the way to go towards achieving it is hard. It also shows how over the centuries empiricism gives way to the scientific method, and how prospective, controlled, randomized studies determine the change of the concepts and the consequent modification of surgical techniques. These techniques range from the barbarian, in the current concepts, methods from the ancient Greece extending bind to the discovery of anesthesia – that stand out names such as *Henri de Mondeville*, *Guy de Chauliac* and *Lanfranco*, in the Middle Age, *von Hilden* and *Ambroise Paré* in the Renaissance, or *H.F. Le Dran*, *J.L. Petit* and *Benjamin Bell*, in the Enlightenment period – just

* Este artigo, quase exclusivamente de divulgação, é adaptado de uma palestra proferida nas 2^{as} Jornadas Internacionais de Cirurgia (Faculdade de Ciências Médicas da U.N. de Lisboa – 21 de Janeiro de 2011) a convite do Prof. Pereira Alves e do Dr. Jorge Penedo (Serviço 6 do Hospital de Stº António dos Capuchos).



to more and more meticulous and rational surgical techniques in Contemporary Age dues successively to *James Paget, Charles Moore, William Stewart Halsted, William and Richard Handley, Geoffrey Keynes, Robert McWhirter, George Crile Jr., Cushman Haagensen, Dahl-Iversen, Jerome Urban, David Patey, Bernard Fisher and Umberto Veronesi*, among others, who were able to create new paradigms in the History of surgical treatment of Breast Cancer, until achieving the current practice of conservative surgery (breast and axillary) with reconstruction.

Key words: *Breast Cancer, Surgery, History.*

A História de uma ciência é a História do pensamento humano sobre os fenómenos dessa ciência. Os fenómenos são imutáveis, o que muda é a sua interpretação, e é esse caminhar através de dúvidas e certezas – que se transmutam em novas dúvidas! – que dá corpo à História dessa ciência.

Há verdades científicas para cada momento histórico, – os paradigmas – e nas ciências aplicadas, de que a medicina é um exemplo, a prática está, em cada época, conceptualmente de acordo com esses paradigmas, e por essa razão se vai alterando com o decorrer do tempo.

Digamos que isto é, na actualidade, um conceito um pouco simplista do fenómeno científico, porque as coisas não se passam com a linearidade que a cadeia: “fenómeno → observador → conceito → aplicação prática”, sugere.

Há, hoje, no tempo da sociedade da informação e da comunicação, factores sócio-económicos que fortemente influenciam os caminhos do saber.

A mulher actual, informada, ao contrário da sua avó, exige ao médico de família, se o tiver, mamografias de rastreio, porque sabe, ou pensa que sabe, que quanto mais precoce for o diagnóstico de carcinoma da mama (CM), maiores são as probabilidades de cura e de cirurgia conservadora, defendendo, assim, não só a sua vida, mas também, a sua imagem, a sua auto-estima e a sua sexualidade.

Esta vaga de fundo da sociedade para a ciência é que é um fenómeno relativamente recente na História da Humanidade, pois que durante séculos o que se passava era o contrário, com a ciência a lançar os seus “diktats” sobre a sociedade passiva, porque ignorante.

Naturalmente o sentido deste movimento da sociedade para a ciência estimula a investigação e obriga os investigadores a encontrarem mais rapidamente a solução dos problemas e a lançarem mão de técnicas cada vez mais rigorosas e sofisticadas:

Investigação ↔ Sociedade

Do ponto de vista biológico o CM é idêntico há milhares de anos.

Vejamos, então, como variaram os conceitos a seu respeito e como os diversos tratamentos acompanharam esta evolução.

A História do tratamento do CM acompanha, como seria de esperar, a evolução dos fundamentos da ciência cirúrgica, e esta segue, “pari passu”, o progresso do conhecimento humano. Há uma longa fase empírica, de séculos, e uma fase científica que tem pouco mais de cem anos. A última e mais importante etapa é a dos derradeiros quarenta anos que corresponde sensivelmente à nossa vida cirúrgica pessoal.

Chegámos à cirurgia com a mastectomia de *Halsted* acompanhada quase sempre de radioterapia, passámos depois à mastectomia modificada de *Patey*, até à fase actual em que predomina a cirurgia conservadora, ganhou o seu lugar próprio a cirurgia reconstrutiva e se dispõe de potentes armas como a Quimioterapia, a Hormonoterapia, a Radioterapia e, mais recentemente, a Terapêutica Génica.

O CM é um dos primeiros tumores malignos a ser reconhecido, uma vez que é um tumor externo, facilmente evidenciado.



O papiro de *Edwin Smith*, coetâneo das pirâmides do Egípto, descreve oito casos de tumor da mama, e distingue os tumores duros e frios, para os quais reconhece não haver tratamento, dos quentes e com conteúdo líquido, isto é, faz uma clara divisão entre cancros e abcessos da mama.

Hipócrates (460 – 377 a.C.), dotado de uma grande capacidade de observação clínica faz esta descrição impressionante “...e aparecem tumores duros na mama, uns maiores, e outros mais pequenos, que não supuram mas que vão sempre crescendo e ficando mais duros. Daqui nascem os cancros oclusos¹. Quando, finalmente, os cancros aparecem, a boca torna-se mais amarga, e tudo os que as doentes comem lhes sabe a amargo, e se lhes quiserem dar mais comida, recusam-na, e fecham a boca. Começam a delirar, os olhos ficam parados e deixam de ver com clareza, e a dor nascida na mama chega ao pescoço e às omoplatas, a sede aparece, os mamilos tornam-se secos e todo o corpo fica emaciado. Quando as doentes chegam a este estado, não recuperam e morrem da sua doença. É melhor não aplicar qualquer tratamento em casos de cancro ocluso, porque, se se tratarem, as doentes morrem depressa, mas, se não se tratarem, ainda duram um longo tempo”.

O grande papel de *Hipócrates*, na História da Medicina é ter intuído e reconhecido que as doenças, até aí atribuídas aos deuses ou a magia, tinham a sua origem em causas naturais, terrenas.

Perfilhando a teoria humoral das doenças que as explica por alterações do equilíbrio entre os quatro humores do corpo humano – o sangue, a pituíta, a bÍlis amarela e a bÍlis negra – atribui o CM a uma acumulação local desta última. Registe-se que o termo cancro vem de “kakrinos” (caranguejo) e foi criado por Hipócrates para definir este tipo de doença maligna.

Celso (25 a 30 a.C. – 45 a 50 d.C.), que viveu em Roma e foi contemporâneo de Cristo, distingue os tumores precoces que, para ele, são os únicos que po-

¹ Este termo aparece por vezes como “cancro ocluso”, mas Hipócrates contrapõe o “carcinoma apertus” (ulcerado) ao “carcinoma oclusus”. Creio que esta é a tradução mais correcta, reservando-se o termo tumor ocluso para o seu actual conceito.

dem ser extirpados, dos tumores avançados, os quais devem ser tratados apenas com paliativos.

Galeno, cuja vida decorreu entre os anos 131 e 200 da era cristã, atribui o CM, tal como *Hipócrates*, a um desequilíbrio de humores, a uma acumulação de bÍlis negra (é da bÍlis negra que vem o termo melancolia). Sabemos o peso que tiveram as teorias de Galeno, ou as por ele adoptadas e transmitidas, na medicina ocidental, que as considerava verdadeiros dogmas, e esta, a teoria humoral do CM, vai perdurar até ao século XVIII.

Leónidas, no 2º século da era cristã, regista o envolvimento axilar dos tumores e executa mastectomias em que combina secção dos tecidos e cauterização.

Da queda do Império Romano até ao Renascimento as disseções anatómicas são proibidas pela Igreja Católica e pelo Islão, e há um retrocesso no conhecimento médico e na prática cirúrgica. Apesar disso, cirurgiões como *Henri de Mondeville* (1260-1320) e *Guy de Chauliac* (1300-1368) propõem a excisão local de tumores da mama – uma cirurgia conservadora da época! – e outros como *Guilherme de Saliceto* (1210-1277) e *Lanfranco* (1250-1306) – este, curiosamente, de Milão, hoje um centro tão importante de patologia mamária – propõem a remoção completa da mama.

Com o Renascimento voltam a desenvolver-se os estudos anatómicos, base da cirurgia.

André Vesálio (1514-1564) revoluciona a Anatomia e, sendo também um cirurgião, executa mastectomias utilizando a laqueação de vasos na hemostase em vez da, até então comum, cauterização.

Mas o tratamento cirúrgico do CM não era aceite por todos.

A mortalidade operatória era muito alta, quer no próprio acto cirúrgico, em que a dor e a hemorragia actuavam sinergicamente para desencadear o “shock”, quer no pós-operatório imediato, pois muitas das doentes que tinham sobrevivido à agressão cirúrgica viriam a sucumbir à infecção. A isso acrescia a mortalidade própria da doença, e estava assim criado um quadro desolador, que desencorajava os mais animosos e abria a porta aos tratamentos locais mais esotéri-





FIG. 1 – A mastectomia no tempo de Scultetus

cos: pomadas várias, extractos vegetais, animais vivos abertos ao meio, urina, fezes etc.

O grande *Ambroise Paré* (1510-1590), descrente das virtudes do tratamento cirúrgico do CM, propunha a compressão intensa e prolongada dos tumores. Suspeitamos que os resultados não seriam brilhantes...

No entanto, outros cirurgiões, como o alemão *von Hilden* (1560-1624) ou o holandês *Johannes Scultetus* (1595-1645), mantêm acesa a chama da cirurgia, e executam mastectomias e, já, disseções axilares (fig. 1). Como não podia deixar de ser, estando assente em bases empíricas, não científicas, o progresso no tratamento do CM, se é que havia algum, era lento.

“*Natura non facit saltus*” é um velho princípio filosófico, mas a Ciência, que, no fundo, é o caminho que o Homem percorre para interpretar a Natureza, essa, de vez em quando, dá saltos, sendo suficiente para isso o aparecimento providencial de um homem que saiba encontrar um novo paradigma.



Fig. 2 – Henri Francois Le Dran

O Iluminismo, dando prioridade à Razão, veio a ser fonte de inúmeras alterações ou, mesmo, inversões do sentido da Ciência.

Como vimos, durante séculos, o CM foi considerado uma doença sistémica – desequilíbrio dos humores – que, por fim, se iria manifestar localmente na mama. Seria a escola cirúrgica francesa que iria inverter a ordem dos factores.

Em 1757 *Henri François Le Dran* (1685-1773), (fig. 2) publica uma memória na qual explana o seu pensamento, fruto das suas observações: o CM é uma doença com início local, na glândula mamária, e, a partir daí, através dos canais linfáticos atinge os gânglios axilares só então se disseminando pelo organismo. Isto é, se se conseguir fazer uma ablação loco-regional completa pode alcançar-se a cura da doença.

Estavam criados os fundamentos da mastectomia com esvaziamento axilar.

Pela mesma época o seu compatriota *Jean Louis Petit* (1674-1750) aprovava os conceitos de *Le Dran* e, com o enorme peso da sua autoridade, tornava-os conhecidos do mundo médico. Não muito longe dos princípios que chegaram até nós, escrevia no seu “*Traité des Maladies Chirurgicales et des Opérations*”: “...



as raízes do cancro são os gânglios linfáticos aumentados; os gânglios devem ser removidos bem como a fascia peitoral e algumas fibras do músculo; a glândula mamária deve ser extirpada mas não deve ser cortada durante a operação”.

Entretanto, em Portugal, o que se passava?

Em ciência, exceptuando no que diz respeito às actividades relacionadas com as viagens marítimas, fomos pouco dados ao pioneirismo. Será preciso chegar ao séc. XX – Egas Moniz (este na forma conceptual), Reynaldo e Cid dos Santos – para se encontrar uma cirurgia portuguesa inovadora. Assim, limitávamo-nos a seguir o que se fazia no estrangeiro e a cirurgia mais diferenciada era executada por cirurgiões de outras nacionalidades que os nossos monarcas se encarregavam de contratar como, por essa época, Falconet, Monravá y Roca, Santucci ou Pierre Dufau.

O quadro era pintado nos seguintes termos pelo teólogo e escritor iluminista *Luís António Verney* (1713-1792) na sua obra “Verdadeiro método de estudar para ser útil à República e à Igreja” publicada em 1746: “os cirurgiões portugueses são meros sangradores, não se arriscando a cortar uma perna ou coisa semelhante, pelo que é necessário chamar estrangeiros; quando lhes falam de anatomia respondem com uma risada”, e, mais adiante, “não há cirurgião que saiba curar as deslocações e as fracturas, sendo necessário recorrer a um homem designado por um vocábulo novo, a quem chamam algebrista, o qual é um tremendíssimo ignorante”.

Na mesma linha, *Ribeiro Sanches* (1699-1783), em 1763, no seu “Método para aprender a estudar Medicina”, propunha “o envio de estudantes para os grandes centros estrangeiros para poderem estudar anatomia e cirurgia”.

Só com *Manoel Constâncio* (1726-1817) a cirurgia portuguesa viria a conhecer um notável progresso a que não foi alheio o envio de estagiários (“pensionados”) para os grandes centros cirúrgicos de Londres e Edimburgo, já no tempo de D. Maria I.

Mas, diga-se em abono da verdade que o P.^e Verney exagerava. De uma grande cultura e lucidez, que o fariam chegar à cúria de Roma, o seu hipercriticismo

levava-o frequentemente a juízos injustos sobre os seus concidadãos.

Se é verdade que a maior parte dos autores portugueses de livros de cirurgia do séc. XVIII trata dos assuntos na generalidade sem se referir a casos pessoais (como com tanta riqueza tinha feito Amato Lusitano nas suas “Centúrias”), o que é facto é que o cirurgião da Casa Real e Mestre de Anatomia do Porto Manuel Gomes de Lima Bezerra (1727-1806) no seu livro “Memórias Chronologicas e Criticas para a História da Cirurgia Moderna” relata em termos vivos uma mastectomia feita por si a uma freira com 25 anos, tendo a “chaga” cicatrizado completamente ao fim de dois meses. Temos como certo que Lima Bezerra não seria o único a fazer mastectomias, mas que isto deveria ser raro e requeria, então, grande coragem, inferir-se do que escreve a seguir: “*O cancro he sem duvida huma enfermidade cruel, mas a cobardia dos Cirurgioens he mais inhumana, que todos os Cancros*”².

Não deixa de ser curioso passar uma vista de olhos sobre a literatura médica portuguesa do séc. XVIII referente ao CM.

Na Biblioteca da Faculdade de Medicina de Lisboa fomos encontrar alguns tratados dessa época e verificámos que os textos são muito parecidos entre si, não se podendo acusar os autores de plágio pois, então, estas transcrições eram muito frequentes e não caíam sob a alçada da Lei.

Dos livros consultados (“Recopilaçam da Cirurgia” de António da Cruz – 1711; “Cirurgia Reformada” de Feliciano de Almeyda” – 1715; “Castello Forte” de João Lopes Correia – 1723; “Cirurgia Clássica, Lusitana” de António Gomes Lourenço – 1754 e “Luz Verdadeira e recopilado exame de toda a Cirurgia”, de António Ferreira – 1757), vamos reproduzir, como padrão descritivo, textos do capítulo “Cancro nos peitos”, de duas dessas obras, em que se evidencia bem o quase plagiato que então se praticava:

“*Conhece-se o cancro nos peitos, porque principia do tamanho, mais ou menos, de hum chicharo*³, e *vay cres-*

² Devemos estas informações sobre o Dr. Lima Bezerra ao nosso colega e amigo João Fortuna Campos.

³ Variedade de feijão.



cendo pouco a pouco, até que se faz como huma castanha, e às vezes como hum ovo, como comumente se vê. Logo no principio he duro, de cor denegrida, ou lívida, com picadas que molestão; e quando està mais crescido, he mais duro, e tem a cor como de chumbo, e as dores, e afflicções são veementes, e finalmente se ulcerão” (“*Cirurgia Reformada*” – 1715);

“No principio do seu nascimento começa do tamanho de huma lentilha, ou de hũ grão de comer: e augmentado-se mais, parece do tamanho de huma castanha. He duro com negridão algumas vezes, e outras he de cor lívida, e tras consigo picadas puncturais. Crescendo mais, he duro, e de cor de chumbo, e tem dores moderadas no principio; porem no aumento são as dores intoleráveis. Se chega a ulcerar-se, as dores são atrocíssimas” etc. (*Castello Forte*” – 1723).

António Gomes Lourenço, na *Cirurgia Clássica Lusitana* (Fig. 3), tece considerações muito curiosas no que diz respeito às indicações cirúrgicas e à ex-



Fig. 3 – A página de rosto do livro de Antonio Gomes Lourenço

quibilidade da mastectomia, definindo claramente as situações em que a doença era operável, tais como “boa idade, constância de forças, bons humores; não terá (a enferma) mais cancros, particularmente nas glândulas axilares;...estará o cancro móvel sem aderência alguma com os tendões dos músculos peitorais e costelas e não será formado de pouco tempo e com fúria – uma clara referência ao carcinoma inflamatório –; não havendo ditas boas circunstâncias, se não empreenderá a obra de sorte alguma, e fazendo-se se apressará a morte”.

Em seguida descreve a técnica da mastectomia simples sem dissecação axilar.

Do mesmo modo na Escócia, um pouco mais tarde, *Benjamim Bell* (1749-1806), autor de um célebre tratado de cirurgia em 6 volumes, a cuja tradução francesa do ano IV da Revolução, ou seja, 1796 da era vulgar, tivemos acesso, propunha a mastectomia, mas agora com esvaziamento axilar, chamando a atenção para o cuidado que era preciso ter com os vasos e nervos axilares.

Apesar de tudo isto, na era pré-anestésica e pré-antisséptica, os maus resultados eram a regra e o pessimismo reinava; em muitos centros o tratamento era considerado pior que a doença.

Assim, em 1853, *Sir James Paget* (1814-1899) que identificou a que é hoje conhecida por doença de *Paget* da mama, escrevia: “...ao termos de decidir contra ou a favor da remoção de um CM podemos, segundo penso, perder toda a esperança de que a operação seja um remédio definitivo para a doença”. Note-se, no entanto, que apesar de haver descrições anteriores de dissecações axilares, como vimos, a prática geral era a excisão mais ou menos alargada do tumor.

A descoberta do microscópio revolucionou a compreensão das doenças.

O fisiologista alemão *Johannes Müller* (1801-1858) em 1838 demonstrava a estrutura celular dos tumores malignos e o francês *Joseph Récamier* (1774-1852) descrevia pela primeira vez a invasão local e venosa dos tumores e encontrava a palavra “metástase” para definir a sua disseminação à distância.

O grande patologista alemão *Rudolf Virchow* (1821-1920) defendia, em 1858, o conceito de que as me-



tástases axilares ganglionares funcionavam como uma barreira à invasão tumoral do organismo. Os seus compatriotas *Karl Thiersch* (1822-1895) de Leipzig e *Wilhelm Waldeyer* (1837-1921), fisiologista, reconheciam a embolização das células através dos linfáticos e das veias como sendo o mecanismo que estava na base da metastização.

Este conceito, mais tarde, em contraposição com o de permeação linfática, isto é, o preenchimento ininterrupto dos linfáticos por células malignas entre o tumor e os gânglios axilares, viria a ter a maior importância na passagem das mastectomias radicais e supra-radicaais para a cirurgia conservadora da mama. Mas a permeação linfática, cuja frequência se devia certamente ao estado avançado em que a doença se apresentava quando chegava às mãos dos cirurgiões, ganhou os favores destes e, assim, se estabeleceram os princípios que haviam de levar ao tratamento loco-regional da doença, em breve defendidos nos E.U.A. por *Joseph Pancoast* (1805-1882) e, principalmente, em Inglaterra por *Charles Moore* (1821-1870) (fig. 4) do Middlesex Hospital – Londres, onde desde 1803 havia um registo preciso das doentes com CM, que foi o primeiro a nível mundial.

Charles Moore foi um dos mais influentes cirurgiões ingleses dos meados do século XIX. Em 1867 apresentava perante a Royal Medical and Surgical Society de Londres a sua comunicação intitulada “On the influence of inadequate operations on the Theory of the Cancer”. Para Moore, ao contrário do que até aí se pensava, isto é, que as recidivas locais eram devidas a uma predisposição constitucional, elas seriam o resultado de uma excisão insuficiente. Não era um novo tumor, mas o mesmo, a partir dos fragmentos residuais, não visíveis a olho nu.

Enunciava dois princípios importantes:

1. O tumor não deve ser cortado durante a operação, melhor, nem sequer deve ser visto;
2. As recorrências do cancro são determinadas por uma dispersão centrífuga a partir do tumor primitivo.

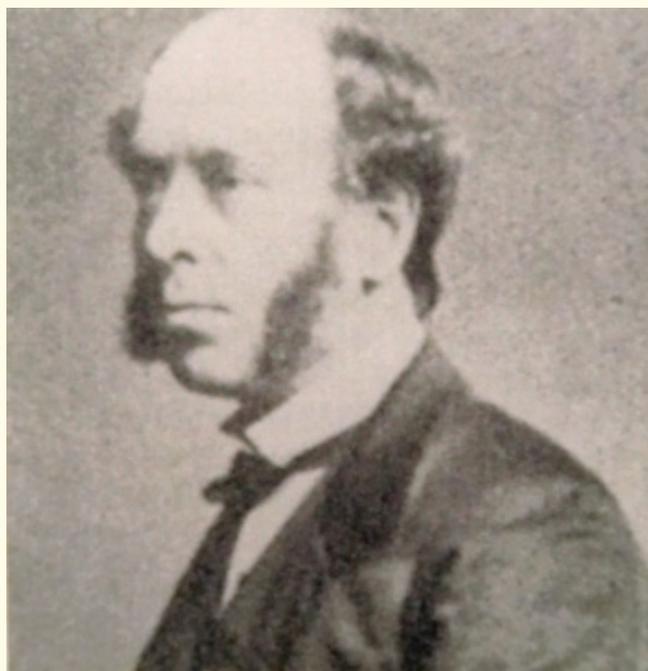


FIG. 4 – Charles Moore

Daqui decorriam as seguintes conclusões:

1. O CM exige a extirpação de todo o órgão, o que inclui a cadeia ganglionar axilar;
2. Os tecidos vizinho invadidos, especialmente a pele, devem ser removidos em bloco.

Ainda nos E.U.A., *Samuel Gross* (1837-1889) e, na Inglaterra, o famoso *Joseph Lister* (1827-1912), seguiam os princípios acima definidos. Este último promovia a desinserção dos músculos grande e pequeno peitoral para mais fácil dissecação da axila.

Em 1875 *Richard von Volkmann* (1830-1889), professor em Halle (Alemanha), propunha a excisão da fascia peitoral e explicava: “Eu fui levado a adoptar este procedimento porque, no exame microscópico, encontrei muitas vezes, sem o esperar, uma invasão carcinomatosa da fascia enquanto o músculo permanecia são”.

Por esta época, entre 1878 e 1880, *William Stewart Halsted* (1852-1922), (fig. 5) mais tarde professor de Cirurgia e cirurgião-chefe do Johns Hopkins Hospital (Baltimore), viajava pelos grandes centros cirúrgicos



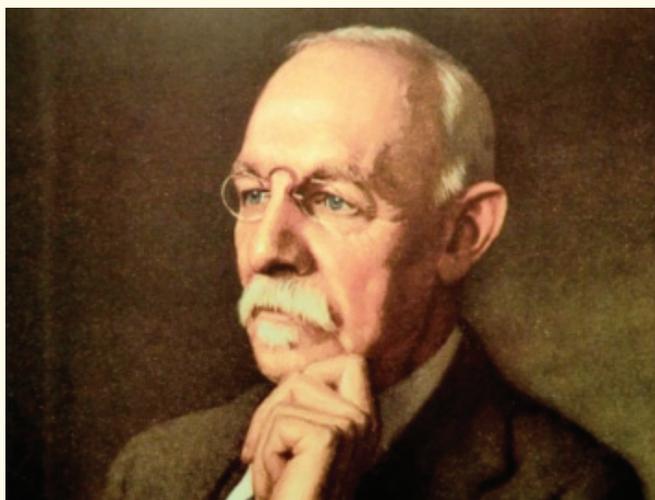


FIG. 5 – William Halsted

da Alemanha e da Áustria e frequentava as clínicas de *Theodore Billroth* (1829-1894), *Volkman* e *Thiersch*. No seu regresso dos E.U.A. trazia na mala científica uma grande bagagem cirúrgica e uma metodologia de organização hospitalar, de carreira médica e de arquivos clínicos que iria influenciar toda a cirurgia americana. Mas esta viagem de estudo tinha também apurado o seu sentido crítico.

Halsted considerava a mastectomia de *Volkman* “obviamente incompleta”, e os resultados dos cirurgões europeus, desastrosos. Por exemplo *Billroth*, o consagrado cirurgião vienense, tinha uma mortalidade de 18,5% nas mastectomias e uma recorrência local de 82% aos 3 anos. Só 4,7% das suas doentes tinham sobrevivido mais de 3 anos.

Halsted decidiu ressecar em bloco uma extensa porção de pele – que obrigava ao uso frequente de enxertos de *Thiersch* –, toda a glândula mamária, o músculo grande peitoral – e não apenas a sua fascia – e o conteúdo axilar. A esta operação de *Halsted*, (fig 6) executada pela primeira vez em 1882 no Roosevelt Hospital, Nova Iorque, foi dado o nome de operação completa e, mais tarde, o de mastectomia radical. É preciso notar que, por falta de informação das doentes (e às vezes por pudor) se tratava quase sempre de tumores muito avançados, com invasão muscular e metastização ganglionar axilar.

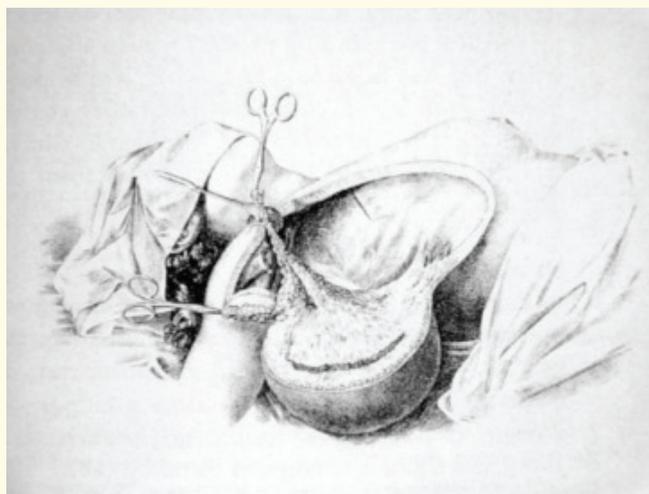


FIG. 6 – A mastectomia radical de Halsted



FIG. 7 – Após a mastectomia de Halsted...

Era esta operação que se praticava quando, em 1964, iniciámos o Internato nos Hospitais Cívicos de Lisboa. (Fig. 7)

Fica para sempre gravado na memória dos cirurgões da nossa geração o quadro patético e atroz, à luz dos conceitos actuais, quando, finda a mastectomia, se nos apresentava a parede torácica despida das suas coberturas musculares e exibindo a alvura da grelha costal que se expandia e retraía ao ritmo dos movimentos respiratórios. Barbárie? Não, era o estado da arte...



Os resultados não se fizeram esperar. Em 1894 *Halsted*, com 50 casos operados, sem mortes intra-operatórias, tinha uma recorrência local de 6% enquanto na Europa – então o grande centro cirúrgico mundial – esse número se elevava a valores entre 51 e 82%.

Em 1898 *Halsted* publica novo trabalho. Ao fim de três anos, das 133 doentes operadas, 76 (57%) tinham sobrevivido e, destas, 40, ou seja 52%, viviam livres da doença.

Como vimos, na Europa, *Billroth* obtinha apenas 4,7% de sobrevivência aos 3 anos, embora *Ernest von Bergmann* (1836-1907), de Berlim, atingisse os 30,2%, mesmo assim longe dos resultados do cirurgião de Baltimore.

Os factos davam razão à prática de Halsted.

Note-se que um dos principais factores responsáveis por estes resultados era a extrema delicadeza com que tratava os tecidos e a preocupação obsessiva com a hemostase. Recusava-se a fazer mais do que uma mastectomia por dia, despendendo 3 a 4 horas na sua execução.

A ressecção em bloco era um conceito importante. Nos primeiros anos do século, o cirurgião inglês *William Sampson Handley* (1872-1962) considerava o CM como uma doença de desenvolvimento local inicialmente, mas que, depois, se estendia de forma centrífuga por permeação linfática em todos os sentidos. Sendo assim, dever-se-ia evitar seccionar os linfáticos porque isso poderia levar à disseminação da doença.

Note-se como estes princípios, agora alicerçados na experiência acumulada e numa abordagem científica mais rigorosa, se assemelhavam aos que *Le Dran* defendia em meados do séc. XVIII.

Pela mesma época, embora um pouco mais tarde (1891), *Willy Meyer* (1858-1932), da New-York Post-Graduate Medical School, chegava aos mesmos conceitos básicos no tratamento cirúrgico do CM com diferenças de pormenor: utilizava uma incisão um pouco diferente, iniciava a operação pela dissecação da axila e ressecava o pequeno peitoral enquanto *Halsted* se limitava a seccioná-lo. As diferenças são tão insignifi-

ficantes que esta operação também foi conhecida por operação de *Halsted-Meyer*.

Rudolph Matas (1860-1957), de Nova Orleães, afirmava: “a mastectomia radical não oferece melhores perspectivas de cura ou probabilidades de evitar as metástases internas... do que as obtidas por operações menos mutilantes”.

Mas, entretanto, no início do século, outra arma despontava no combate ao CM: a radioterapia.

Em 1906 é publicado em Boston o primeiro trabalho sobre a nova modalidade terapêutica. Em 1908 o francês *George Chicotot*, médico e pintor francês, que viria a morrer com o “mal das radiações”, seguia o mesmo caminho.

Ao lado de algumas curas espectaculares apareciam as complicações resultantes de doses indiscriminadas de Raios X que, por essa altura, eram aplicados numa única sessão levando mesmo à morte das doentes.

Só em 1919 *Claude Regaud* (1870-1941), de Paris, concebe a radioterapia em doses fraccionadas.

Em 1922 o cirurgião inglês *Geoffrey Keynes* (1887-1982), irmão do mundialmente conhecido economista *John Keynes*, utiliza pela primeira vez agulhas de rádio no tratamento primário do CM, e sugere, em 1937, a combinação deste tratamento com cirurgia conservadora em casos precoces. Isto valeu-lhe o ostracismo a que foi votado pelos seus colegas.

Veremos mais adiante o papel desempenhado pelo radioterapeuta escocês *Robert McWhister* que deu importantes passos no caminho que levou à cirurgia conservadora da mama.

Em 1932, nos E.U.A. (Filadélfia), *G. E. Pfahler* num estudo incluindo 1022 doentes propõe a irradiação pós-operatória, notando aumento da sobrevivência nas doentes com metástases.

Quando nos iniciávamos na cirurgia (anos 60 do séc. XX) o tratamento padrão do CM era a mastectomia radical seguida de radioterapia, fosse qual fosse o estágio da doença.

Já abordámos os primeiros passos da terapêutica cirúrgica e da radioterapia no CM, isto é, do tratamento loco-regional da doença. Mas há muito se suspeitava da possibilidade de um tratamento sistémico,



coadjuvante do tratamento cirúrgico, uma vez que vários factos apontavam para a existência de factores que condicionavam a evolução da doença.

Em 1835 *Sir Astley Cooper (1768-1841)* – discípulo de *John Hunter (1728-1793)* – observava e descrevia diferenças de padrão evolutivo dos tumores mamários em mulheres pré e post-menopáusicas, assim como uma maior frequência de tumores nas mulheres nulíparas.

Em 1889 *Albert Schinziger (1827-1933)*, de Friburgo, verificando que o prognóstico da doença era pior nas mulheres jovens, propunha a ooforectomia como forma de “envelhecer as mulheres”, melhorando-lhes o prognóstico.

Mas só em 1895 o cirurgião escocês *George Beatson (1848-1933)*, de Glasgow, realizava a primeira ooforectomia bilateral com intenção curativa numa mulher de 33 anos com uma metástase de CM na parede torácica, tendo obtido uma resposta total.

O método foi seguido por outros cirurgiões com maior ou menor êxito e mais tarde, como alternativa, começou a utilizar-se a radioterapia como meio de ablação da função ovárica, menos eficaz, todavia, que a ablação cirúrgica.

Entretanto a concepção halstediana de que o CM era uma doença essencialmente loco-regional, pelo menos de início, juntamente com a teoria da disseminação do tumor por permeação linfática, que o próprio *Halsted* perfilhava, levava a operações cada vez mais radicais.

Richard Handley (1909-1984) filho de *William* estimulado pela observação feita pelo seu pai de recorrências para-esternais após mastectomia radical, verificava que em 38% das doentes havia metástases ganglionares na cadeia mamária interna e propunha a excisão desta. Isto foi feito de forma sistemática, inicialmente, por *Mário Margottini (1898-1981)* em Itália. Estávamos nos finais da década de 40 do séc. XX.

Nos E.U.A., *Everett Sugarbaker (1910-2001)* e *Jerome Urban (1914-1991)*, do Memorial Sloan-Kettering Center, Nova Iorque, foram os grandes promotores desta intervenção.

Na Dinamarca *Erling Dahl-Iversen (1892-1978)* alargava a exérese até aos gânglios supra-claviculares, mas a agressividade dos cirurgiões – e ao mesmo tempo a sua coragem! – não se ficava por aqui.

Owen Wangensteen (1898-1981), de Minnesota, EUA, abria o tórax e excisava os gânglios do mediastino – era a mastectomia supra-radical – e, em França, *A. Prudente, em 1949*, levava a mastectomia até ao seu limite máximo que incluía a amputação do membro superior! (citado por Daniel Roses).

Por outro lado atendendo à frequência com que os anatomopatologistas encontravam lesões multicêntricas e ao risco de cancro na mama contralateral, o nova-iorquino *George Pack (1898-1969)* propunha, em 1951, a mastectomia bilateral no tratamento do CM clinicamente unilateral. Esta intervenção reserva-se hoje para as situações em que o risco de CM contralateral é alto como, por exemplo, nas portadoras de mutações nos genes BRCA 1 e BRCA 2, como aconteceu recentemente no mediático caso da actriz americana Angelina Jolie.

Embora *Urban* se mantivesse durante muito tempo fiel à sua proposta, outros cirurgiões pararam para reflectir, e o próprio *Urban* viria a desistir da sua radicalidade. A morbidade operatória era alta e a mortalidade atingia valores inadmissíveis (12,5%). A sobrevivência, essa é que não aumentava. O próprio *Dahl-Iversen* reconheceu que tinha ultrapassado os limites do bom senso e em 1961 escrevia a *Max Cutler*: “Quanto à sua questão no que diz respeito à dissecação dos gânglios para-esternais, posso dizer-lhe que na minha clínica deixámos, desde Janeiro de 1959, de fazer a minha operação radical alargada, pois verificámos que os resultados não melhoravam quando comparados com a operação de *Halsted* seguida de radiação”.

Nas décadas de 40 e 50 são feitas observações fundamentais para o estabelecimento de novos conceitos respeitantes ao comportamento biológico do CM e, portanto, à sua terapêutica:

- Verifica-se que a permeação dos vasos linfáticos entre a lesão e os gânglios axilares afinal era rara, e o que era mais frequente era a emboli-



zação o que, de resto, já tinha sido notado por *J. H. Gray*, do Departamento de Anatomia do University College, de Londres, em 1938;

- Comprova-se que os linfáticos através do músculo peitoral são escassos e que, mesmo que haja metástases nos gânglios de Rotter, o músculo não está necessariamente invadido;
- Confirma-se a observação, já feita em 1921 por *Albert C. Broders (1885-1964)*, anatomopatologista da Clínica Mayo, de que existem tumores não invasivos da mama: os carcinomas “in situ”;
- Reconhece-se que os resultados obtidos por *Halsted* com um “follow-up” de 3 anos, pioravam significativamente quando eram analisados aos 5 e aos 10 anos;
- Generaliza-se o conceito de que é necessário estadiar o CM para racionalizar o seu tratamento. A primeira proposta feita neste sentido deve-se a *Steinthal*, de Estugarda, que em 1905, propunha uma classificação clínica em três estádios, 1, 2, e 3. Nas décadas seguintes aparecem vários projectos mas o primeiro devidamente estruturado e que conheceu uma difusão global deve-se a *Cushman Haagensen (1900-1990)* (Fig. 8) autor do livro “Diseases of the Breast”, que foi a “bíblia” da nossa geração, e teve uma primeira edição em 1958, e *Arthur Purdy Stout (1885-1967)*, aquele, cirurgião, e este, cirurgião e anátomo-patologista, no Columbia Presbyterian Medical Center em Nova Iorque. Começaram por rever os casos operados no hospital entre 1915 e 1942 e, ficando impressionados com o número de mastectomias feitas sem qualquer utilidade, estabeleceram os critérios clínicos de inoperabilidade (“categorical inoperability”), tais como, edema extenso da pele, nódulos satélites peri-tumorais, edema do braço, metástases à distância e outros. Com os dados obtidos a partir do estudo pormenorizado de 1058 casos analisados criaram então a classificação clínica de Columbia em quatro estádios progressivamente mais graves, A, B, C e D, que vigorou



FIG. 8 – Cushman Haagensen

até à generalização do critério T, N, M (Tumor, Nodes; Metastasis).

Os critérios de inoperabilidade foram publicados em dois números do *Annals of Surgery* de 1943 e a classificação de Columbia na mesma revista em 1951.

É curioso notar que *Haagensen* foi um defensor estrénuo da mastectomia radical de *Halsted*, mas considerava que a sua indicação tinha limites, marcados pelos critérios de inoperabilidade. Na 3ª edição do seu livro, de 1986, dedica um capítulo inteiro à crítica da cirurgia conservadora e à defesa da mastectomia de *Halsted*.

A classificação TNM foi originalmente proposta à Union International Contre le Cancer, em 1944, por *Pierre Denoix (1912-1990)* do Instituto Gustave-Roussy em Villejuif, Paris. Classificava os CM em



quatro estádios I, II, III e IV. Teve uma versão inicial em 1958 e, a partir de então, sofreu várias revisões até à versão actual.

Não valia, portanto, a pena operar todos os tumores malignos da mama e, como alguns começaram a pensar, mas não *Haagensen*, dos operáveis, talvez se obtivessem resultados idênticos com intervenções menos agressivas.

É quando, em 1948, entra em cena o inglês *David Patey* (1899-1977), (fig. 9) do Middlesex-Hospital, que poupa o músculo grande peitoral, ressecando apenas o pequeno peitoral para ter acesso à axila, obtendo com isto uma grande melhoria estética e, principalmente, funcional. Esta mastectomia radical modificada – a operação de *Patey*, como passou a ser denominada – foi aconselhada com entusiasmo por *Richard Handley*, já nosso conhecido. A técnica chega até nós uns anos depois e lembramo-nos bem da transição do *Halsted* para o *Patey*. Foi um enorme progresso funcional.

Até à irrupção da cirurgia conservadora da mama é esta a intervenção que, acompanha grande parte da nossa própria experiência hospitalar na década de 70 e início da de 80. Registe-se em abono da verdade histórica que esta operação era essencialmente a mesma que *Charles Moore* tinha proposto em 1867.

A *Patey* seguem-se, nos E.U.A., *John L. Madden* (1913-1999), do St. Clare's Hospital, Nova Iorque, que preserva os dois músculos peitorais, e *Hugh Auchincloss* (1915-1998) da Universidade de Columbia, Nova Iorque, que preserva os gânglios apicais da axila.

Mas neste país sobressai na cirurgia conservadora da mama a grande figura de *George Crile Jr.* (1907-1993), (Fig. 10) de resto um cirurgião que em vários campos da cirurgia procurou diminuir a radicalidade das intervenções. Muito contestado na época fez a sua última mastectomia radical em 1954, passando então à prática da mastectomia simples, e, mais tarde, da tumorectomia, dispensando em casos precoces a linfadenectomia axilar. Embora os seus críticos não fossem destituídos de alguma razão, *Crile* lutou denodadamente contra a mastectomia radical, e o peso da sua autoridade viria a influenciar a evolução do tratamento do CM.

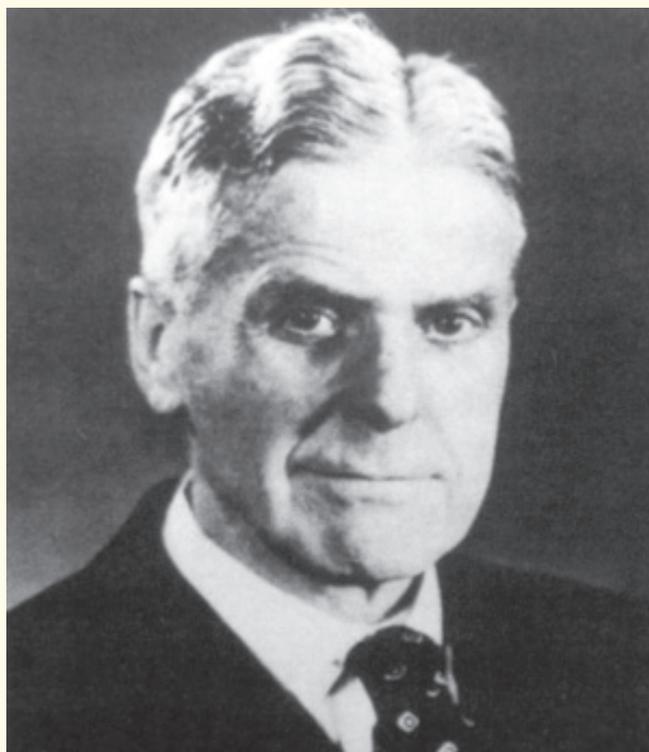


FIG. 9 – David Patey

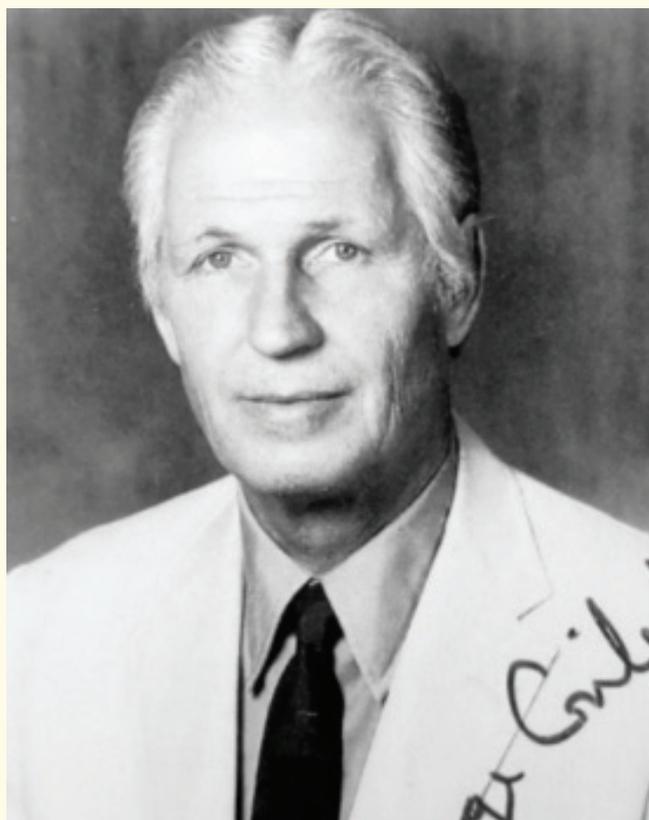


FIG. 10 – George Crile Jr.



Entretanto um poderoso meio de diagnóstico despontava: a mamografia. Foi este método que permitiu identificar tumores em fases cada vez mais precoces, ignorados pela doente e pelo seu médico, porque não palpáveis, possibilitando assim um tratamento mais eficaz, embora isto hoje seja discutível.

A História da sua descoberta e difusão no meio médico é muito interessante, mas sai do âmbito deste trabalho. Registem-se aqui apenas alguns nomes-chave desta técnica: *Albert Salomon* – Berlim (1913 – primeiras mamografias em peças de mastectomia), *Otto Kleinschmidt* – Berlim (1927 – aplicação clínica da mamografia), *Stafford Warren* – Rochester (1930) e *Walter Vogel* – Leipzig (1931 – importantes pioneiros na implantação e divulgação do método), *Jacob Gershon-Cohen* – Filadélfia (anos 30-50 – relação entre a imagem e a lesão e rastreio em mulheres assintomáticas), *Raul Leborgne* – Montevideu (1943 – microcalcificações), *Robert Egan* – Houston (1960 – generalização da mamografia), *Charles Gros* – Estrasburgo (anos 50-60 – generalização da mamografia na Europa), *Gerald Dodd* – Filadélfia (1963 – localização com arpão) e *Philip Strax* – Nova Iorque (1963-1966 – primeiro ensaio randomizado e controlado do rastreio do CM).

Vamos agora rapidamente abordar um novo capítulo que se abriu, não propriamente com fins curativos mas no sentido de restituir à mulher o gosto pela vida tantas vezes perdido com a amputação mamária: a cirurgia reconstrutiva da mama, ou, em sentido mais estrito, a cirurgia oncoplástica. (Fig. 11)

Após tentativas episódicas ou inadequadas (*Vincent Czerny*, de Heidelberg, em 1895 com autotransplante de um lipoma, o italiano *I. Tanzini*, em 1906, com o primeiro retalho músculo-cutâneo dorsal ou *Louis Ombredanne* (1871-1956), de Paris, em 1905, moldando o grande peitoral, passando pelo cirurgião plástico inglês *Sir Harold Gillies* (1882-1960) que, em 1942, propõe um retalho cutâneo tubular em dois tempos), seguiu-se um longo interregno, porque *Halsted*, que influenciou toda a cirurgia mamária durante a maior parte do século XX, considerava que a cirurgia reconstrutiva da mama poderia comprometer a cura da doença, e só em 1963 os cirurgiões plásticos americanos *Thomas Cronin* e *Frank Gerow* introduziram o implante de silicone. Em 1982 é a vez de *C. Radovan* criar o conceito de expansão tecidual.

Em 1977 *W. S. Schneider* (Minnesota – EUA) volta a utilizar o retalho músculo-cutâneo com o grande dorsal que *Tanzini* concebera, e no mesmo ano o ale-

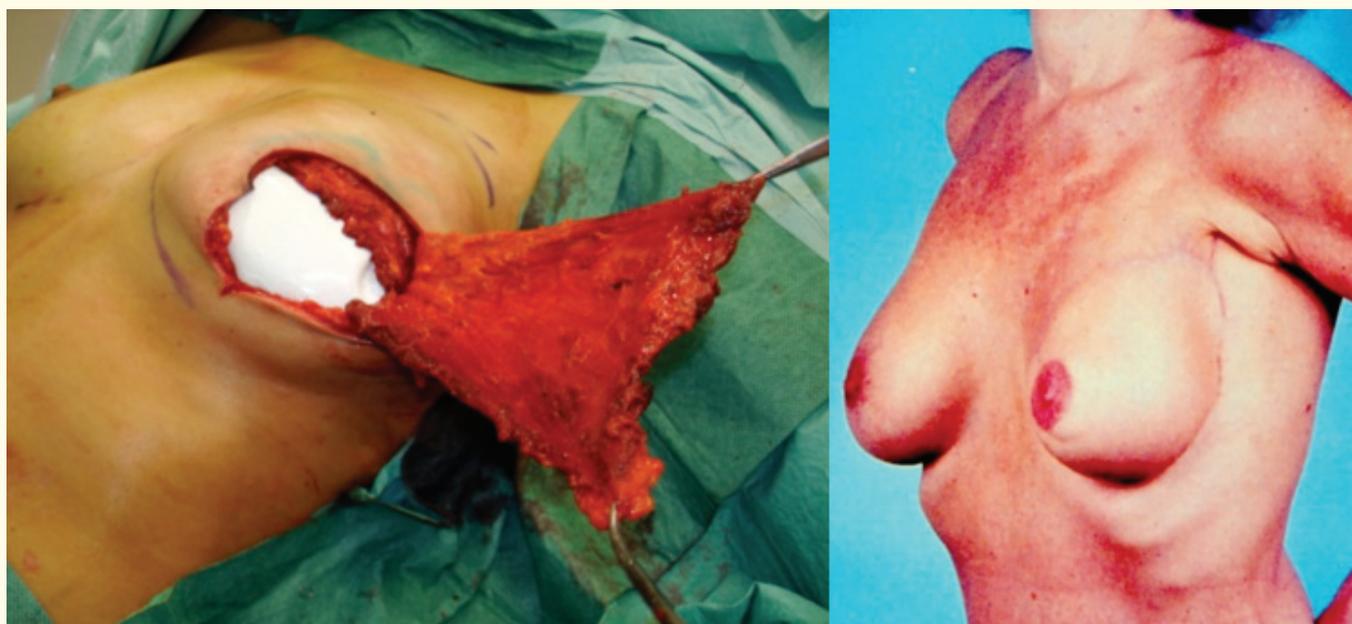


FIG. 11 – A Cirurgia Reconstrutiva da Mama com retalho músculo-cutâneo dorsal – caso do Dr. Gerardo Millán (CHLC)



mão *H. Höhler* propõe a reconstrução em dois tempos: retalho tóraco-epigástrico seguido de implante.

Em 1979 o sueco *Hans Holmström* foi o primeiro a lançar mão da microcirurgia para criar um retalho livre a partir do tecido de uma abdominoplastia e, em 1982, *Carl R. Hartrampf* (Atlanta – EUA) e colaboradores concebem o retalho abdominal transversal (TRAM) que rapidamente se generalizou.

O primeiro objectivo dos cirurgiões dedicados ao tratamento do CM é, evidentemente, curar a doença, mas, uma vez estabelecidas as técnicas que os aproximaram desta finalidade primordial, passaram, cada vez mais, a preocupar-se com o resultado estético das suas intervenções, de tal modo que se criou uma cooperação com os cirurgiões plásticos, de que vimos vários exemplos nos parágrafos anteriores. O refinamento dessas técnicas levou à mastectomia com conservação da pele e com conservação do complexo aréolo-mamilar. *B. S. Freeman* foi pioneiro da primeira, em 1962, em casos de doença benigna e *B. A. Tofh* e *P. Lappert* alargaram a indicação deste método à doença oncológica, publicando o seu primeiro trabalho em 1991. Os primeiros casos de mastectomia com conservação do complexo aréolo-mamilar datam de 2005 e são da autoria de *J.Y. Petit*, *U. Veronesi* e *A. Luini*, de Milão.

Todo este progresso na cirurgia reconstrutiva da mama se deve, por um lado, ao impulso espontâneo de qualquer médico em melhorar os seus doentes e, por outro, à pressão exercida por uma sociedade cada vez mais informada sacudida pela afirmação da auto-estima da mulher e pelo feminismo moderno, que inclui o reconhecimento da sua sexualidade. É na mesma linha de interacção da sociedade com a investigação clínica que são criadas a nível mundial associações de mulheres activistas contra o CM, com a maior importância, tendo uma dessas associações, por exemplo, financiado significativamente, os trabalhos de investigação que culminaram com a descoberta do Trastuzumab. Nos tempos actuais também a pressão exercida pela comunicação social sobre a investigação e a prática médica tem a maior relevância e a história do tratamento cirúrgico do CM, com um forte

componente emocional, é bem prova disso. A ciência pura, hoje em dia, é impraticável...

A frase com que *Theodore Uroskie* (Norfolk- EUA) termina o seu artigo sobre reconstrução mamária – “*A ideia de que a mulher tem de viver sem uma mama, é uma ideia do passado*” – mostra bem como estamos longe dos conceitos vigentes nos tempos em que iniciámos a nossa carreira cirúrgica.

Vejam agora como nasceu e se impôs a cirurgia conservadora da mama.

Uma série de constatações e descobertas abriu caminho para este tipo de cirurgia.

Em 1937, como já vimos, o inglês *Geoffrey Keynes*, que desde 1922 utilizava a radioterapia no tratamento do CM, podia afirmar que com uma combinação de excisão local do tumor e radioterapia se obtinha a mesma sobrevida do que a alcançada com mastectomia radical, no que era apoiado por *Stanford Cade* (1859-1973), do Westminster Hospital e por *François Baclesse* (1896-1967), de Paris.

Depois da 2ª Guerra Mundial o alemão *DeWinter* em 1959, o inglês *Porritt* em 1964 e a radioterapeuta americana *Vera Peters* em 1967, chegavam aos mesmos resultados.

Em 1955 *H. C. Engell* demonstrava que há uma disseminação das células cancerosas por via venosa e não apenas linfática e, mais, que essas células podem “curto-circuitar” os gânglios axilares. Ao mesmo tempo prova a existência de anastomoses linfo-venosas. Tudo isto põe em causa a permeação linfática bem como a disseminação regrada “step-by-step” tão cara a *Halsted*.

Chega então o tempo dos grandes ensaios terapêuticos que verdadeiramente vão implantar a nível mundial a cirurgia conservadora da mama, o primeiro dos quais decorreu no Guy’s Hospital de Londres em 1972 sob a orientação de *Hedley Atkins* (1905-1983).

Digamos desde já que se tivéssemos que escolher três heróis desta modalidade, eles seriam: *Bernard Fisher* (1918-___) (Fig. 12) de Pittsburgh, *Umberto Veronesi* (1925-___) (Fig. 13) e *Gianni Bonadonna* (1934 – ___) (Fig. 14) ambos de Milão, este último, pioneiro e uma autoridade mundial em quimioterapia





FIG. 12 – Bernard Fisher

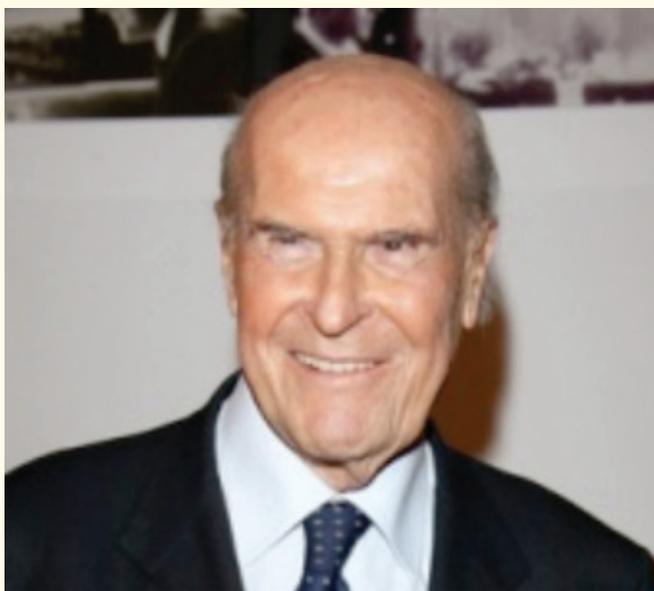


FIG. 13 – Umberto Veronesi

pia, cujo desenvolvimento, por importante que seja, não podemos abordar neste esboço histórico.

Em 1957 *Bernard Fisher* até então interessado, entre outros temas, pela regeneração hepática que estudava em ratinhos de laboratório, é chamado, inesperadamente, e em boa hora, por I. S. *Ravdin* do National Institute of Health para estudar a criação do



FIG. 14 – Gianni Bonadonna

Surgical Adjuvant Chemotherapy Breast Project que vem a dar origem ao National Surgical Adjuvant Breast Project (NSABP). Começou por estudar a biologia das metástases tumorais e, em 1971, inicia o protocolo B-04 do NSABP que engloba 1765 mulheres de 34 hospitais. São comparados os resultados da mastectomia radical com a mastectomia simples seguida de Radioterapia e com mastectomia simples, esta só nas doentes sem adenopatias axilares. A conclusão a que chegam é que os resultados quanto à sobrevida livre da doença e à sobrevida global são muito semelhantes, abalando assim os fundamentos da cirurgia radical.

Em Milão, entre 1973 e 1980, *Umberto Veronesi* comparava os resultados da quadrantectomia seguida de Radioterapia (técnica de QUART) com a mastectomia de *Halsted* em tumores até 2 cm. Mais uma vez os resultados eram sobreponíveis.

Entre 1976 e 1984, de novo, *Fisher*, avalia os resultados obtidos em 1843 doentes a partir de ensaios com vários ramos:

- Mastectomia radical com ou sem Radioterapia.
- Tumorectomia com ou sem Radioterapia.



em doentes em estágio I e II com tumores até 4 cm. É o protocolo B-06 do NSABP.

Ainda desta vez os resultados são os mesmos excepto para a tumorectomia isolada que levava a uma maior percentagem de recorrência local.

Este protocolo – apesar da falta de rigor do grupo canadiano que nele participou o que, no entanto, não alterou o resultado final, mas levou ao sancionamento injusto de *Bernard Fisher*, mais tarde reabilitado e indemnizado – e o protocolo de Milão, impuseram, embora lentamente, a cirurgia conservadora tal como hoje a conhecemos e praticamos. Mas o contributo de *Fisher* no tratamento do CM não se ficou por aqui.

Para Fisher, ao fim de cerca de 20 anos de investigação laboratorial, nada se passava na progressão do CM como o esquema ortodoxo, halstediano, estipulava, isto é, uma evolução sequencial da mama para os gânglios axilares e destes para o restante organismo. Pelo contrário, o CM é uma doença sistémica e a sua metastização é, de certo modo, imprevisível. Foi partindo deste conceito que veio a demonstrar a eficiência da quimioterapia adjuvante e da terapêutica hormonal (Tamoxifeno) no tratamento da doença, bem como, a diminuição da incidência do CM em doentes de alto risco submetidas ao tratamento preventivo com este anti-estrógeno.

Estava definitivamente implantada a cirurgia conservadora da mama. Mas isto, como sempre acontece com qualquer inovação em Medicina, não se fez sem uma forte (por vezes, agressiva) e prolongada oposição dos adversários do método, o que entre nós (e certamente noutros países) deu lugar a vários episódios quase burlescos não relatáveis num trabalho desta natureza...

Não resistimos, no entanto, à tentação de contar uma pequena história passada com *Auchincloss*. Tendo como director de serviço no Columbia Presbyterian Medical Center, em Nova Iorque, o grande e poderoso *Cushman Haagensen*, para quem, como vimos, a mastectomia radical de *Halsted* era sagrada, atreveu-se um dia a fazer a operação conservando os músculos peitorais, sem ter avisado o seu director. Como resultado foi proibido de operar com os residentes do hospital, tendo que passar a tratar as suas doentes no

Valley Hospital, New Jersey! Era assim o poder dos directores de então...

Isto prova ao mesmo tempo, que nem os maiores cientistas são imunes às paixões humanas, e que estas são capazes de obliterar a sua lucidez e de os levar a cometer as maiores injustiças.

Registe-se que, nos EUA, quando começaram os estudos prospectivos, controlados e randomizados do tratamento do CM, a oposição foi tão feroz que chegaram a ser comparados à “Roleta Russa” e aos métodos utilizados pelos médicos nazis nos campos de concentração!...

Em Portugal a implantação da cirurgia conservadora da mama também não foi fácil, pois, quando se deram os primeiros passos, os seus detractores eram quem detinha o poder. A sua verdadeira história – fácil de fazer porque os protagonistas estão, felizmente, quase todos vivos – está ainda por escrever.

Registamos aqui alguns apontamentos devidos às informações pessoais, que muito agradecemos, de *Carlos de Oliveira* (FM Coimbra), *Joaquim Abreu de Sousa* (IPOGF – Porto) e *Santos Costa* (IPOFG – Lisboa).

Tanto quanto nos foi possível aperceber as primeiras cirurgias conservadoras da mama – ainda a quadrantectomia – foram executadas em 1979, no IPO de Lisboa, por *José Cunha* e *Santos Costa*.

No início dos anos 80, quase simultaneamente, *Carlos de Oliveira*, ainda no antigo Hospital da Universidade de Coimbra e *Guimarães dos Santos*, e *Cardoso da Silva* no IPO do Porto, abandonaram as mastectomias radicais de princípio (*Halsted e Patey*) e implantaram o, então, novo método, que serviu de base para o primeiro estudo prospectivo e randomizado comparando cirurgia conservadora e mastectomia, realizado entre nós (estudo API0 002 patrocinado pela Associação Portuguesa de Investigação Oncológica). Os resultados foram mais tarde revistos por Joaquim Abreu de Sousa (IPO Porto) e constituíram o material da sua tese de Mestrado (2004).

Como nos outros países este tipo de cirurgia foi adoptado lenta mas seguramente pela comunidade cirúrgica portuguesa com algumas convulsões pelo meio...



Retomemos agora o fio da história um pouco mais atrás para fazer uma curta incursão noutras modalidades terapêuticas e noutras técnicas cirúrgicas.

Entretanto ao lado da cirurgia desenvolviam-se a RXT, a QMT, a hormonoterapia e a terapêutica génica (anti-corpo monoclonal trastuzumal) de que não vamos tratar por o nosso tema ser o tratamento cirúrgico do CM. Mas não podemos deixar de falar nalgumas técnicas mistas e nas intervenções destinadas a influenciar o, digamos assim, “ambiente hormonal” que condiciona o desenvolvimento do CM.

O radioterapeuta de Edimburgo *Robert MacWhirter* (1904-1989) (fig. 15) entre 1941 e 1945 tratou 757 doentes do CM com mastectomia simples seguida de RXT obtendo resultados semelhantes aos da mastectomia de *Halsted*. Isto foi muito contestado, mas entre adeptos e opositores do método gerou-se um movimento importante que aprofundou a investigação sobre o CM.



FIG. 15 – Robert MacWhirter

Sabia-se, mesmo antes de se terem descoberto os receptores hormonais (*Toft* – 1967), que o CM se desenvolvia mais rapidamente sob a influência dos estrogénios.

Retomando o exemplo de *Beatson* no final do século XIX, *Charles Huggins*, (1901-1997), cirurgião e investigador da Universidade de Chicago, mais tarde prémio Nobel, começa a fazer a ablação dos ovários obtendo melhorias temporárias nas doentes com CM (1951). Como as supra-renais eram também produtoras de estrogénios propõe a adrenalectomia em 1962.

Outros cirurgiões como o americano *Olof H. Pearson* (1913-1990) e o neurocirurgião sueco *Herbert Olivecrona* (1891-1980) levam este conceito até à hipofisectomia, publicando os seus resultados nos anos 50 do séc. XX.

A inconstância dos resultados e a síntese dos anti-estrogénios fazem passar estas intervenções à História.

Terminaremos este bosquejo histórico do tratamento cirúrgico do CM com um apontamento sobre o conceito de gânglio sentinela, isto é, o primeiro gânglio que a drenagem linfática da área peri-tumoral encontra no seu caminho, o qual, estando livre de células malignas, permite evitar a linfadenectomia.

Foi *Ramon Cabañas*, um cirurgião sul-americano, quem primeiro estabeleceu este conceito, em casos de carcinoma do pénis, em 1976.

Mais tarde, em 1992, *Morton* alarga a experiência a casos de melanoma.

Armando Giuliano, *R.C. Jones* e *M. Brennan* em 1997 e *David Krag* em 1998 aplicam esta doutrina aos casos de CM e tornam-no num instrumento obrigatório na selecção da técnica cirúrgica a adoptar. Da implantação e difusão deste método resultou um enorme benefício para as mulheres, que deixaram de ser submetidas à linfadenectomia axilar de princípio.

E é com o manejo subtil destas armas – cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonoterapia, a que mais recentemente se junta a terapêutica génica – que os médicos, em grupos multidisciplinares que incluem enfermeiros e psicólogos em estreita colaboração com associações de doentes mastectomizadas, tentam, no início do 3º milénio, dominar esse inimigo desleal e



proteiforme, capaz de aguardar anos para voltar a atacar quando e onde menos se espera, mas fascinante pela sua complexidade, que é o Carcinoma da Mama.

A história do seu tratamento é uma história de vitórias e derrotas de quedas e ascensões, de avanças e recuos, mas é, também, através dos tempos e acima de tudo uma história de grande dignidade humana vivida em conjunto por médicos e doentes.

AGRADECIMENTOS

Antonio Couto (HSA Capuchos – Lisboa)
Carlos de Oliveira (FMU Coimbra)

Emília Clamote (Biblioteca da FM Lisboa)
Fortuna Campos (CHLC – Hospital do Desterro – Lisboa)
Gerardo Millán (HS José – Lisboa)
João Patricio (FMU Coimbra)
Joaquim Abreu de Sousa (IPOFG – Porto)
Jorge Penedo ((HSA Capuchos – Lisboa)
Manuel Limbert (IPOFG – Lisboa)
Manuela Ricoca Nunes (HSA Capuchos – Lisboa)
Paulina Viana Lopes (HS José – Lisboa)
Pereira Alves (HSA Capuchos – Lisboa)
Reis Lima (HS João – Porto)
Santos Costa (IPOFG – Lisboa)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cutler, Max e Cheatle, J. L. – Tumors of the Breast: their pathology, symptoms and treatment – Lippincot – 1962.
Ellis, Harold – A History of Surgery – Greenwich Medical Media Limited – 2001.
Haagensen, C. D. – Diseases of the Breast, 3ª ed. – W. B. Saunders – 1986.
Haeger, Knut – The illustrated History of Surgery – Bell Publishing Company, 1988.
Lerner, Baron H. – The Breast Cancer Wars – Oxford Univ. Press – 2001.
Oliveira, Carlos Freire de, e Silva, Teresa Simões – “Carcinoma Invasivo da Mama: do Diagnóstico ao tratamento cirúrgico” – Manual de Ginecologia – vol. II, cap. 37, 247-288 – Ed. Permanyer, 2011.
Rayte, Z. e Mansi, J. – Medical Therapy of Breast Cancer, Cap. 1 – Cambridge Univ. Press, 2003.
Roses, Daniel F – Breast Cancer – 2ª ed. – cap. 21 – Churchill Livingstone – 2005.
Rutkow, Ira M. – American Surgery – An Illustrated History – Lippincot – Raver Publ., 1998.
Olson, James S. – The history of Cancer – An annotated bibliography – Greenwood – 1989.
Sousa, J. Abreu de – Cancro da Mama Inicial – Análise a longo prazo do tipo de tratamento cirúrgico e papel da cirurgia conservadora no tratamento dos tumores da mama menores de 2 cm (Tese de Mestrado – Porto) – 2004.
Almeyda, Feliciano – Cirurgia Reformada, etc. -1715.
Bell, Benjamim – Cours Complet de Chirurgie Théorique et Pratique – 1796.
Correa, João Lopes – Castello Forte contra todas as infirmitades, etc. – 1723.
Cruz, Antonio da – Recopilaçam de Cirurgia etc. – 1711.
Ferreira, Antonio – Luz Verdadeira e Recopilada do Exame de Toda a Cirurgia, etc. – 1757.
Lourenço, Antonio Gomes – Cirurgia Clássica Lusitana etc. – 1754.
Verney, Luis Antonio – Verdadeiro Método de estudar para ser útil à Republica e à Egreja – 1746.
Clarke, D. e cols. – Sentinel Node Biopsy in Breast Cancer: ALMANAC Trial – World J. Surg. 25, 819-822, 2001.
Crile, G. Jr. e Hoerr, S. O. – Results of treatment of Carcinoma of the Breast by local excision – Surg. Gynec. Obst., 132: 780-782, 1971.
Fisher, B. e cols. – Twenty year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. N. Engl J. Med 2002; 347: 1233-1241.
Gold, R. e cols. – Highlights from the History of Mammography – Radiographics, 1990; 10:1111-1131.
Veronesi, U. e cols. – Twenty year follow-up of a randomized study comparing breast conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. N Engl. J. Med. 2002; 347:1227-1232.
Uroskie, T. W. e cols. – History of Breast Reconstruction – Semin Plast Surg, 2004, May; 18(2): 65-69.

Correspondência:

LUIZ DAMAS MORA

e-mail: sec.adm.capuchos@chic.min-saude.pt



Luiz Damas Mora

