

CÂNCER E GRAVIDEZ

SARCOMA DA PAREDE ABDOMINAL COM VÁRIAS RECIDIVAS LIGADAS A GESTAÇÕES

MÁRIO KROEFF*

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

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

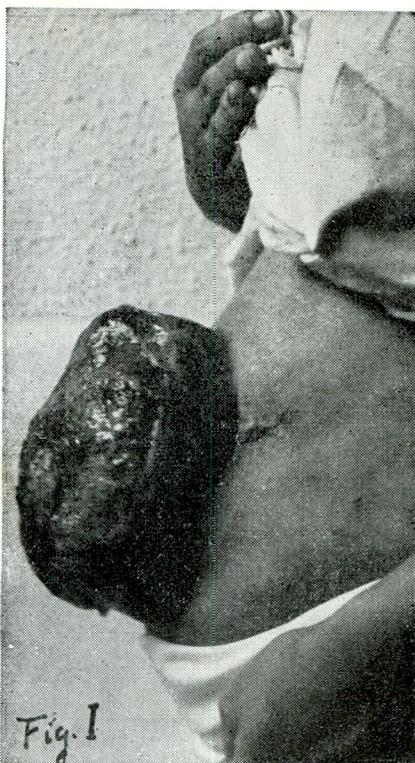


Fig. n.º 1 — Grande tumor da parede abdominal (sarcoma), recidivado sobre cicatriz operatória.

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

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

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

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

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

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

* Diretor do Serviço Nacional de Câncer.

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

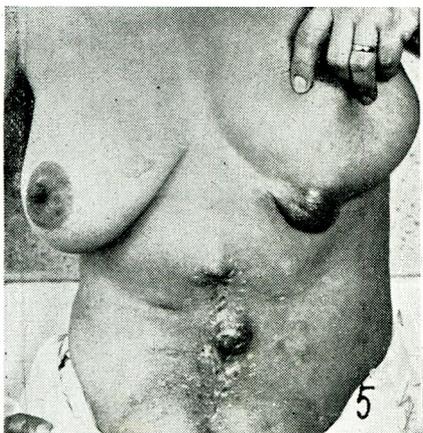


Fig. n.º 5 — Reprodução do tumor na cicatriz operatória e a distância no sulco costo-mamário. É a 3.ª recidiva e corresponde à 4.ª gravidez.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

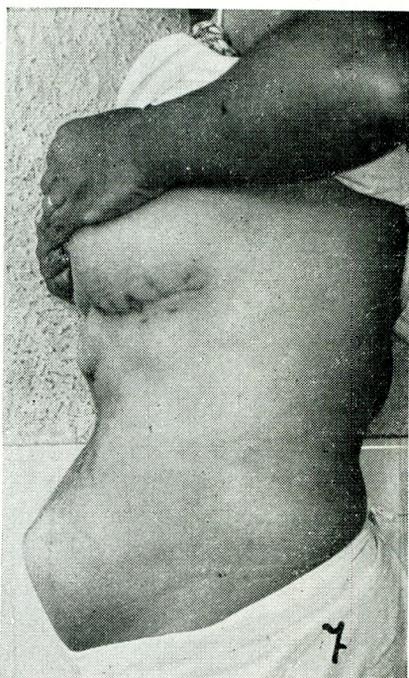


Fig. n.º 7 — Ventre deformado por larga perda de substância da parede. Gravidez adiantada.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

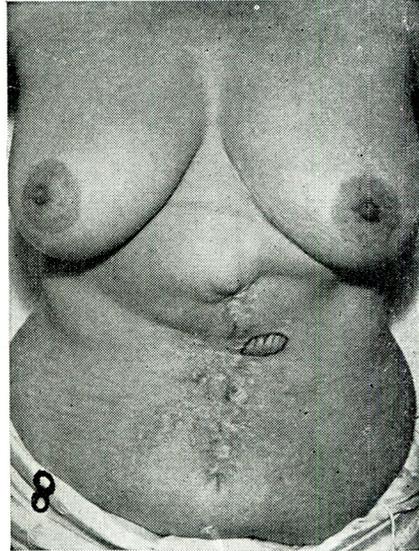


Fig. n.º 8 — 4.ª recidiva correspondendo à sua 5.ª gravidez, depois de ter passado 3 anos sem engravidar, mas também sem reprodução do tumor.

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

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

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

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

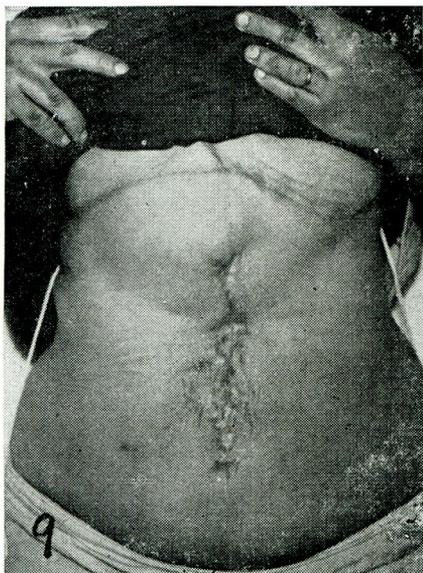


Fig. n.º 9 — Como se apresenta a doente atualmente, em Agosto de 1947, passados 10 anos do início da doença.

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

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

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

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

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

Provocou o abôrto logo depois de operada.

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

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

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

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

Comentários.

Dígnos de nota neste caso são os fatos seguintes :

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

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

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

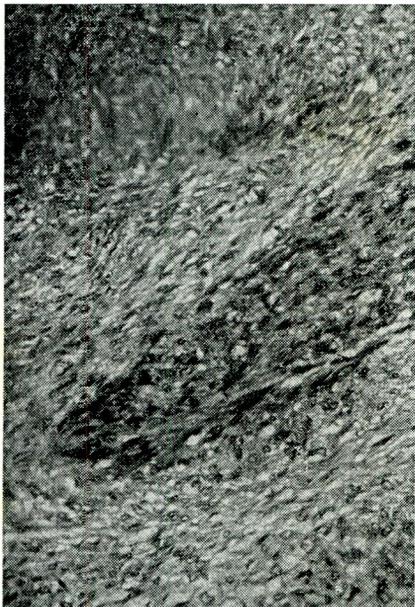


Fig. n.º 10 — Sarcoma fusocelular. Observe-se, na porção central, uma área com células maiores e com hiperchromatismo nuclear.

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

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

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

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

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

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

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



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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

— Devem engravidar? Se grávidas, devem abortar?

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

RESUMÉ

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

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

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

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

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

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