

GAZETA MEDICA DA BAHIA

ANNO II.

BAHIA 29 DE FEVEREIRO DE 1868.

N.º 40.

SUMARIO.

I. Diagnostico dos tumores do seio. II. TRABALHOS ORIGINAES.— I. Nota sobre a droga *Utrary* ou *curare*, apresentada a Academia Real das Sciencias de Stockolmo. II. Relatorio apresentado ao Provedor da Santa Casa da Misericordia do Rio de Janeiro, pelo Dr. José Joaquim Ludovino da Silva, medico do Hospital de Pedro 2.º III. BIBLIOGRAPHIA — Fractura não consolidada tratada com bom resultado; reflexões sobre a operação. Por H. Bigelow, etc. IV. NOTICIARIO.

O DIAGNOSTICO DOS TUMORES DO SEIO

pelo Dr. Thomas Bryant.

(Cont. da pag. 139.)

A retracção do mamillo tem sido considerada por muitos um symptoma pathognomico do cancro, mas o Dr. Bryant mostra que este signal não tem realmente o valor que lhe tem querido dar. Em uma de suas doentes esta retracção era tão notavel que muitos medicos se julgaram autorisados, a vista d'ella, a diagnosticar cancro do seio; e entretanto tratava-se apenas de um endurecimento chronico, que se seguira a uma suppuração da glandula, existindo ainda as aberturas de antigos abcessos.

Nelaton, o grande cirurgião, indicava em suas lições clinicas, a retracção do mamillo como—um dos primeiros signaes do tumor maligno do seio, mas, teve tambem occasião de ver casos que pareciam de tumores cancerosos, «porém não estavam nas circumstancias ordinarias, porque faltava-lhes a retracção do mamillo»; e contudo a marcha ulterior da affecção demonstrava que eram realmente canceros.

«A retracção do mamillo, diz Bryant, pôde ser de origem congenita, pôde ser produzida por uma affecção inflammatoria da glandula, aguda ou chronica; pôde existir nas affecções innocentes do órgão, e nos kystos, assim como nas molestias malignas. Não se pôde contestar que ella exista nas affecções cancerosas, mas é fóra de duvida que não as acompanha frequentemente; porque, recorrendo ás minhas notas de 222 casos de cancro do seio, em todos os quaes procurei com cuidado este symptoma, vejo que só existia o mamillo retrahido em 32 casos, ou cerca de 14 por cento na totalidade. De facto, o mamillo retrahido pôde existir em todas as molestias das glandulas mamarias, porem não é pathognomico de nenhuma d'ellas. Não existe na maioria dos casos de tumores adenoides, simplesmente porque estes tumores, em geral, não são da glandula mesma, e por con-

sequencia, o mamillo com os conductos da glandula não estão implicados n'elle. Essa retracção do mamillo é um symptoma meramente accidental; é o resultado de causas mechanicas, e sua presença é determinada antes pelo modo porque a glandula é envolvida na molestia, do que pela natureza da affecção. Qualquer tumor, simples ou maligno, qualquer abcesso, chronico ou agudo, pôde atacar o centro da glandula mamaria, e separando os ductos e afastando os para fóra, suas extremidades serão retrahidas e d'ahi resultará a depressão do mamillo.»

Ao exame do estado da pelle e do mamillo é necessario reunir o da *conformação externa do tumor*. Observando-o com attenção se pode, em muitos casos, pelo modo por que elle se desenha atravez da pelle, conceber alguma ideia sobre sua natureza. Se o tumor for liso e igual em sua peripheria, oscillará o diagnostico entre a ideia de um kysto simples, de um abcesso chronico ou de um hydatido. Se a peripheria for lobulada, se poderá antes suspeitar de um tumor adenoide; mas, se o tumor não se limitar claramente, e apresentar o aspecto de—uma glandula irregularmente infiltrada de algum producto novo, sem apparencia de kysto, sem contornos manifestos, e sem forma lobulada, deve-se presumir que seja uma affecção cancerosa.

Mas, todo este exame não será completo sem que pela palpação se tire, por assim dizer, a prova de todos os meios de diagnostico de que já tratamos. O exame manual exercido com delicadeza, cuidado e tino é sem duvida de uma importancia imprescindivel para o diagnostico.

O Dr. Bryant recommenda-o com instancia, dizendo á seus ouvintes: «Examinai a glandula por todos os lados e completamente; mas fazei-o com brandura e consideração. Nos casos duvidosos examinai a doente deitada. Segurai com a mão toda a glandula, e examinai bem o seu estado. Verificai, apal-

pando todos os pontos, se existe uma massa endurecida, e se envolve toda a glandula ou somente parte d'ella. Se existir um tumor, avaliai a posição d'elle em relação á glandula; se está n'ella mesma, sobre ella ou abaixo; se tem connexões com a glandula, ou se é um tumor desenvolvido em sua visinhança, porem não n'ella mesma. Se o tumor se move independentemente da glandula, e se pôde-se levantal-a d'elle. Se puderdes satisfazer-vos sobre estes pontos, tereis estabelecido um facto de grande importancia, porque podeis com bastante certeza concluir que é de natureza simples o tumor que se pôde afastar do peito completa ou quasi completamente e que se pôde mover livremente e independente da glandula, e que se pôde, pela palpação, separar d'ella. Se a pelle que cobre o tumor estiver san e livre, se o tumor der a sensação de um corpo lobulado, firme e carnudo; se a doente for moça e solteira, ou se for casada e estiver prenhe; se o tumor tiver existido por muitos annos, e os gangliões da axilla estiverem inteiramente saos,—o diagnostico torna-se certo, e pôde-se dizer com segurança que existe um tumor adenoides.»

Depois de precisar assim o diagnostico dos tumores adenoides ou innocentes, que são affecções sempre extranhas á glandula, discriminando-os dos tumores cancerosos, que, como as affecções inflammatorias chronicas, envolvem tambem o tecido glandular, o Dr. Bryant entra na consideração mais minuciosa d'estas ultimas affecções, e para isso divide-as em 4 classes:

1.ª Hypertrophias do seio, organicas ou funcionaes; 2.ª inflammções agudas e chronicas; 3.ª molestia cancerosa; 4.ª kystos.

A *hypertrophia do seio*, simples augmento de volume, *hypertrophia organica*, como bem a denomina Bryant, sem a superactividade da funcção que caracteriza a *hypertrophia funcional* da prenhez, apparece de ordinario nas mulheres jövens, mas, pode entretanto, ainda que raras vezes, ser encontrada em homens. «N'estes ultimos tempos, diz o illustre Professor, tenho visto um homem com um seio de tal apparencia que muitas mulheres invejariam possuil-o.»

A *hypertrophia* ataca as vezes uma só glandula, mas de ordinario affecta ambas; tem um desenvolvimento chronico, sem causar dor alguma, ou outro incommodo, a não ser o do grande volume á que pôde attingir; o seio affectado parece normal á inspecção e á palpação, excepto no tamanho. Em uma senhora, a quem se refere o author d'estas li-

ções, os seios hypertrophizados tinham chegado a tal desenvolvimento, que, achando-se ella sentada, repousavam nas coxas, e sendo removidos, achou-se que pesava cada um quasi quatorze libras.

Esta *hypertrophia organica* se distingue facilmente da *funcional*, attendendo-se a que a ultima é sempre acompanhada dos symptomas que se ligam á prenhez:—a cessação do fluxo catamenial, a côr tígueira da areola do mamillo, a plenitude das glandulas, a dilatação das veias, e além d'isso o desenvolvimento igual e symetrico das duas glandulas, signaes que fazem suspeitar que seja apenas symptomatica a *hypertrophia da glandula*.

O tumor inflammatorio chronico, infiltrando a glandula, como o cancro, é mais facil de confundir-se com elle. O periodo de actividade funcional da glandula é o mais opportuno para os tumores simples, e o de decadencia para os canceros; e este é muitas vezes o unico dado importante para o diagnostico, pois que em todos os symptomas locais o seio infiltrado parcialmente por uma inflammção chronica ou por um cancro incipiente apresenta a mesma apparencia. É mister então rememorar todos aquelles signaes, que ja mencionamos, relativos á idade, á condição da doente, e á duração do tumor, e sendo possivel, quando o tumor tenha augmentado e tomado uma forma globulosa, deve-se procurar se existe a fluctuação; e no caso affirmativo, eliminada assim a ideia de um tumor maligno, é ainda muitas vezes necessario praticar uma punção exploradora para conhecer se é uma suppuração chronica que poderia bem simular um kysto.

O Dr. Bryant apresenta dois casos semelhantes em que o diagnostico foi obscuro por muito tempo, e impossivel á principio somente pelos symptomas locais. O decurso da molestia mostrou que se tratava de inflammção chronica que terminou por abcesso.

Para discriminar o cancro d'essas outras affecções, é essencial lembrar-se d'aquelle modo especial de infiltração do tumor maligno, modificando a pelle de uma maneira particular, e appropriando-se dos tecidos visinhos, adherindo a elles de tal sorte que afinal se torna immovel, o que não acontece nos tumores benignos.

A *infiltração das glandulas absorventes*, axillares ou claviculares, accompanha sempre o tumor canceroso do seio, e apparece tambem de ordinario nas affecções inflammatorias d'aquelle orgão, mas é muito differente nos dois casos: nas molestias inflammatorias do seio as glandulas axillares são mais dolorosas do

que no cancro, e sua tumefacção é mais rápida; a infiltração cancerosa, porém, em geral, no primeiro periodo é uma infiltração chronica indolente.

As *dores neuralgicas* na região axillar e na clavicular, devidas á pressão dolorosa dos nervos pela infiltração maligna dos ganglios d'essas regiões, são symptomas quasi sempre ligados ao tumor maligno, e que raras vezes apparecem em affecções d'outra natureza.

« Na verdade, as dores neuralgicas em qualquer parte do corpo, associadas á molestia cancerosa, ou depois de removida esta, devem sempre originar uma suspeita; porque indicam muitas vezes que tem se formado depositos cancerosos secundarios nos centros nervosos ou ao longo do curso do nervo. »

A retracção do mamillo não tem, como ficou provado, grande valor diagnostico; é tambem symptomatica de outras affecções, e depende do modo pelo qual a glandula tem sido envolvida pela molestia; pelo que, muitas vezes se observa que o mamillo que se achava retrahido no primeiro periodo de uma affecção cancerosa do seio, torna a assumir depois a sua prominencia.

A natureza do liquido descarregado pelo mamillo nas molestias do seio, tem ás vezes algum peso no diagnostico. Na affecção inflammatoria o liquido póde ser aquoso ou purulento; no cancro é, em geral, sanguineo e em pequena quantidade; no kysto verdadeiro é viscoso, mais ou menos manchado de sangue, porém abundante.

O Dr. Bryant não creê na existencia de uma cachexia cancerosa especial. « A cachexia póde acompanhar o cancro, como a qualquer outra molestia debilitante ou consumptiva, mas a do cancro não differe em ponto algum da de qualquer outra affecção. »

Tratando dos kystos do seio, o author não se occupa com os que podem apparecer como desenvolvimentos accidentaes em tumores de qualquer natureza, *benignos* ou *malignos*, e cujo diagnostico já se acha incluído nos casos precedentes; refere-se especialmente aos—*kystos genuinos da glandula mammaria*, sobre os quaes diz o seguinte: « São de natureza innocente; affectam o paciente somente por influencias locais. Pódem ser reconhecidos pelo desenvolvimento gradual e geralmente indolente do tumor; pela natureza da molestia evidentemente kystica desde o começo; pela presença frequente de muitos centros kysticos na mesma glandula; pelo estado são do tegumento que reveste o tumor; por sua livre mobilidade sobre as partes subjacentes; pela ausencia total de todas as indicações de en-

durecimento das glandulas absorventes; e pelo estado geral de saúde da doente; mas, além de tudo são caracterisados pelo facto de se apresentar uma livre excreção pelo mamillo, de um liquido viscoso, claro ou manchado de sangue, que se torna mais abundante quando se exerce sobre a parte uma pressão um pouco forte; e o kysto ou os kystos em muitos casos são completamente esvaziados por estes meios. Quando o kysto está cheio, é ás vezes muito doloroso; mas, quando vazio, o tumor é comparativamente indolente; e esta excreção de um fluido viscoso do mamillo em muitos casos determina claramente a natureza da molestia. »

Tendo indicado assim, com clareza e methodo, os signaes diagnosticos dos diversos tumores do seio, malignos ou benignos, o Dr. Bryant apresenta o summario de suas conclusões sobre este assumpto nas seguintes proposições que resumem a semeiotica de todas estas affecções.

« 1.^a O cancro geralmente ataca a glandula mammaria durante o declinar do seu periodo funcional, isto é, depois dos quarenta annos; porém, as affecções *innocentes*, em geral, occorrem nas epochas de actividade funcional da glandula.

2.^a Um cancro do seio geralmente apparece nas mulheres solteiras em menor idade do que nas casadas, porque a actividade funcional da glandula dura mais n'estas ultimas.

3.^a O cancro sempre infiltra a glandula, no todo, ou em parte; porém, os tumores simples, em geral, excepto os kystos verdadeiros, raras vezes a envolvem em extensão notavel.

4.^a O cancro geralmente affecta o seio em um ponto só, e d'abi como centro desenvolve-se rapidamente. Os tumores innocentes, kystos ou outros, ás mais das vezes apparecem como tumores multiplos, em conexão com um ou com ambos os seios.

5.^a O cancro geralmente percorre o seu curso dentro do periodo de tres annos; mas, os tumores *innocentes* pódem desenvolver-se por muitos annos, sem causar grande damno e affectando o paciente somente por causas locais.

6.^a O cancro não existe por muito tempo sem envolver a pelle por infiltração ou ulceração; porém, nos tumores *simples* do seio, a pelle persiste sem ser envolvida até o ultimo periodo da molestia, até que, realmente, rompe-se por excesso de distensão.

7.^a Os tumores *cancerosos* tornam se logo mais ou menos fixos ás partes subjacentes, e immoveis; mas, os tumores *simples* são, com

raras excepções, moveis em todo o periodo de sua existencia.

8.^a Nos cancros, os ganglions absorventes axillares tornam-se endurecidos no primeiro periodo da molestia; nos tumores *innocentes*, raras vezes são elles affectados.

9.^a As dores nevralgicas de um lado e na axilla são communs no *cancro*, e nas affecções innocentes raras vezes se apresentam.

10.^a A retracção do mamillo se acha tanto nas molestias simples como nas malignas do seio, e consequentemente é de pequeno valor diagnostico.

11.^a Ha em todas as affecções da glandula mammaria mesma uma excreção do mamillo. No *cancro* ella é sanguinea e escassa; no *kysto* verdadeiro é viscosa e abundante, e pôde ser augmentada pela pressão sobre o *kysto*; nas affecções inflammatorias é aquosa ou purulenta.

12. Nos casos de tumor do seio, quando a pelle se tem rompido ou ulcerado, a margem da abertura ou ulcera revela o caracter da molestia: nos casos simples apresenta a apparencia de ter sido rompida ou cortada, ao passo que nas molestias cancerosas não ha esta margem distincta, e as extremidades da ferida apparecem espessas, endurecidas e reviradas para fóra.

P.

TRABALHOS ORIGINAES.

NOTA SOBRE A DROGA UIRÁRY, OU CURÁRE, APRESENTADA À ACADEMIA REAL DAS SCIENCIAS DE STOCKOLMO.

Pelo Sr. Dr. Francisco da Silva Castro, do Pará.

(Continuação da pagina 174.)

Qual a acção do veneno uiráry ou curáre? É tão subtil e prompta, a acção de semelhante veneno, que apenas o instrumento toca o corpo do animal, e o fere fazendo sangue, por mui leve que seja o ferimento, instantaneamente sobrevém a morte sem a minima agonia ou extorsão! É assim que os mesmos indios tem devastado malôcas inteiras de seus semelhantes, e feito sumir da face deste continente tribus de selvagens outr'ora conhecidas, e que hoje não se encontram. E assim continuarão a debellar-se até á sua completa extincção!!

Para este toxico poder aniquillar a economia viva tão instantaneamente, como costuma, não se faz indispensavel a sua absorpção por meio dos vasos absorventes ou das veias, nem era possivel operar-se ella em tão curto lapso de tempo, como o que medeia entre o ferimento e a morte; por tanto, não é pelo vehiculo da circulação, que se deve procurar a explicação da transmissão do veneno, mas sim por outra

via. O fluido nêrvio ou magnético, que transita pelos nervos, é o verdadeiro conductôr deste veneno, o qual derramado de chôfre, como uma centelha eléctrica sobre o principal membro do triumvirato da vida, a precipita no abysmo do nada, e a apaga, como se fóra uma luz vacillante em meio d'uma tormenta. A sua acção é pois fulminante, e por isso não admira que até agora se não tenha encontrado vestigios d'elle por meio dos exames anatomico-pathologicos, a que se tem procedido na Europa. Brodie pensa que a morte tem logar pelo cerebro, sem dôr, nem convulsões, com quanto o coração bata ainda por algum tempo depois da morte.

Diz se, e diz-se com razão, que este veneno não obra sobre a economia animal, *senão quando se tem feito sangue nos tecidos vivos*. É isto uma verdade bem averiguada e reconhecida; mas não quer dizer este facto de todos sabido, que seja o systêma sanguineo, ou o absorvente, o canal de transmissão do dito veneno. Os estudos anatomico-pathologicos effectuados sobre este ponto confirmam não só a não absorpção, pela falta da presença do principio deletéreo na economia, como porque nenhuns traços ou vestigios da sua passagem por ella se patenteiam aos olhos dos observadores os mais escriptulosos.

A circumstancia, que se requer, *de haver sangue ou ferimento vascular*, para o veneno poder obrar sobre a economia viva, não significa absorpção, porque as experiencias feitas em animaes por Muschenbroeck, Albinus, Van-Swieten, Fontana, Cl. Bernard, e Kolliker, não demonstraram ainda a existencia de semelhante veneno na torrente da circulação; significa porém, quanto a mim, a certeza *da solução de continuidade d'um ramusculo nervoso*, por quanto não se pôde conceber que os vasos sanguineos, por menos capillares que possam ser, sejam comprometidos na sua continuidade, sem que também o sejam os ramusculos nervosos, que os acompanham até ás suas ultimas ramificações.

É este ferimento do nervo, ou dos ramusculos nervosos, importa nada menos do que a morte certa e proxima. (5)

A prová mais convincente de que elle não é ingerido na torrente da circulação, e por tanto não é absorvido, é que as carnes dos animaes mortos por meio deste toxico, em quanto frescas, ou mesmo em putrefacção, sem que toda-

(5) No nosso n. 28, pag. 43, inserimos uma observação de feridas de flechas envenenadas pelo curara, publicada na *Gazette Hebdomadaire* de Paris de 6 de junho de 1867, pelo Dr. Ferreira de Lemos.