

2

BREVE CONTRIBUIÇÃO SÔBRE FIBROMAS,
== MIOMAS E FIBRO-MIOMAS ==

167/2 FHP

Arnaldo Artur Gama de Maia Mendes

**Breve contribuição sôbre Fibromas,
— Miomas e Fibro-miomas —**

(Com documentos analíticos obtidos no laboratório do Prof. Alberto de Aguiar)

Dissertação Inaugural

Apresentada à

Faculdade de Medicina do Pôrto

167/2 FMP

OUTUBRO — 1916

IMPRENSA NACIONAL

— Jaime Vasconcelos —

204, Rua José Falcão, 206

— PORTO —

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

Cândido Augusto Correia de Pinho

PROFESSOR SECRETÁRIO

Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários e Extraordinários

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ^a classe — Anatomia | { Luis de Freitas Viegas
Joaquim Alberto Pires de Lima |
| 2. ^a classe — Fisiologia e Histo-
logia | { Vaga
José de Oliveira Lima |
| 3. ^a classe — Farmacologia. | { Vaga |
| 4. ^a classe — Medicina legal e
Anatomia Patológica | { Augusto Henrique de Almeida Brandão
Vaga |
| 5. ^a classe — Higiene e Bacte-
riologia | { João Lopes da Silva Martins Júnior
Alberto Pereira Pinto de Aguiar |
| 6. ^a classe — Obstetrícia e Gine-
cologia | { Cândido Augusto Correia de Pinho
Álvaro Teixeira Bastos |
| 7. ^a classe — Cirurgia | { Roberto Belarmino do Rosário Frias
Carlos Alberto de Lima
António Joaquim de Sousa Júnior |
| 8. ^a classe — Medicina | { José Dias de Almeida Júnior
José Alfredo Mendes de Magalhães
Tiago Augusto de Almeida |
| Psiquiatria | { António de Sousa Magalhães e Lemos |
| Neurologia | { Vaga |

Professores jubilados

José de Andrade Gramaxo

Pedro Augusto Dias

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(*Regulamento da Faculdade de 23 de abril de 1840, art. 155.º*)

A meus queridos
e extremosos Pais

Só com a minha amizade in-
finita vos poderei pagar os vossos
sacrifícios e dedicações.

Abraça-vos e beija-vos
as mãos o vosso filho

Arnaldo.

Á minha querida Avosinha

Amélia Augusta Dias Dantas da Gama

Que orgulho tenho em te
possuir! és uma santa relíquia
que eu guardo com todo o
cuidado e carinho.

Às minhas boas Irmãs

Helena e Maria Amélia

O meu coração é pequeno para com-
portar toda a amizade que vos dedico.

Aos meus Tios

Ao meu Padrinho

Augusto Gama

Aos meus quatro Priminhos

Maria Madalena

Paulo

Fernão

Afonso

Dedicando-vos esta página
apenas vos mostro quanto vos
estimo.

À minha boa Prima

Maria Perpétua Maia Guedes

Um abraço de muita amizade.



À minha grande amiga

**Amélia de Faria Magalhães
e a seus Irmãos**

Amizade verdadeira

Arnaldo.

A todos os meus discípulos

E em especial a

António Lopes Júnior
Artur Guilhermino de Carvalho
Abel da Ascensão de Sousa Donas Bôto

Nunca esquecerei a vossa boa
camaradagem.



Aos meus contemporâneos

E em especial a

Mário Teixeira da Costa
Anibal do Rego Vilas-Boas Neto



A todos os meus amigos

Ao Ex.^{mo} Snr.

Dr. Agnelo da Silva Pereira

Um abraço do verdadeiro
amigo

Arnaldo.

AO ILUSTRE CORPO DOCENTE

da

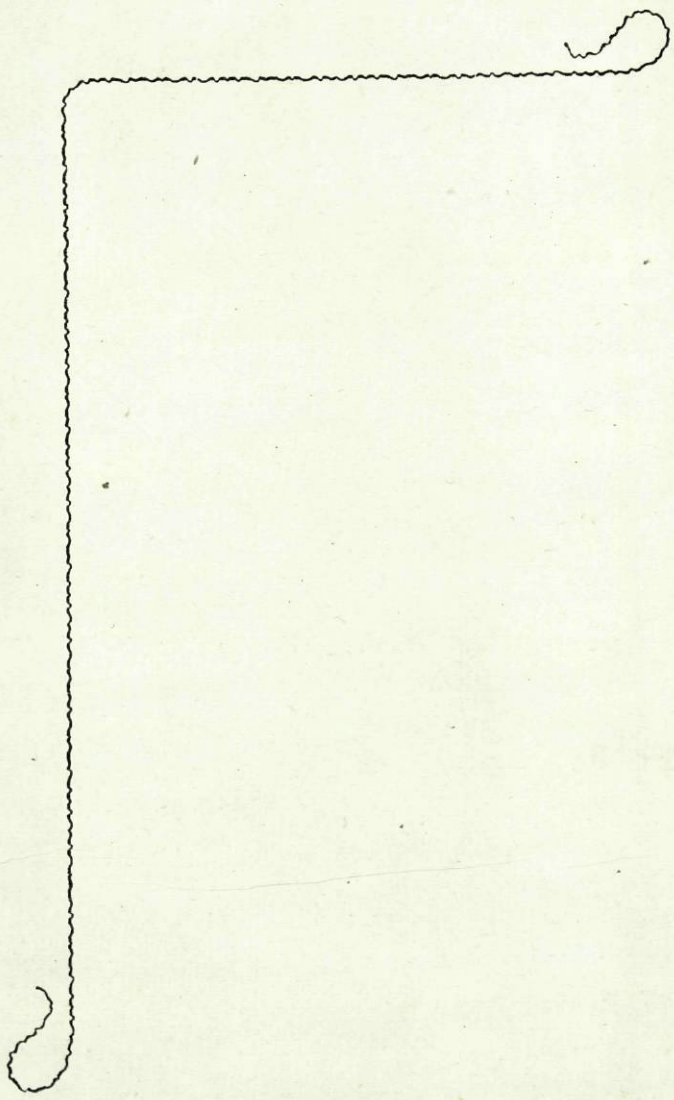
FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Ao meu muito Ilustre e Distintíssimo

PRESIDENTE DE TESE

Prof. Alberto Pereira Pinto de Aguiar

Como admirador das suas
qualidades e do seu saber.



Explicação prévia

É-nos imposto por lei a apresentação de um trabalho para remate do nosso curso, de modo a patentear por êste meio alguns dos conhecimentos adquiridos durante a nossa vida de estudante de medicina. Tivemos sempre desejo de poder apresentar um estudo o mais completo possível; e, com essa ideia e auxiliado pelo Professor Dr. Alberto de Aguiar, encetamos o nosso trabalho em meio do 4.º ano.

Sujeito ao mesmo tema em que nos fixamos, apresentáramos estudo mais vasto, abrangendo não só uma grande série de observações, com documentos clínicos e laboratoriais, minuciosamente estudados, mas também o confronto com estudos já realizados de modo a tirar conclusões certas e seguras, sôbre o valor das expressões miomas e fibro-

miomas e principalmente sôbre a sua feição histopatológica e malignidade histológica.

Infelizmente, o extenuante trabalho do 5.º ano obrigou-nos a suspender o nosso estudo; e, agora que podíamos e tínhamos — não há dúvida — tempo de o retomar e alongar, vêmo-nos obrigado a apressar a sua conclusão, como última prova para a obtenção do diploma médico, visto a situação anormal que a nossa Pátria atravessa.

Embora reduzido, o trabalho que apresentamos é feito com o mesmo affecto e a mesma boa vontade que presidiu ao seu início.

Escolhemos para assumpto os miomas uterinos, pois que estas neoplasias muito freqüentemente aparecem na clínica, e com elas, portanto, havemos de nos defrontar muitas vezes.

Acompanhamos o estudo clínico duma tentativa de observação laboratorial, pois que, actualmente, ao laboratório se devem os grandes progressos da sciência; e, no ponto de vista que nos ocupa o laboratório completa o diagnóstico, esclarece dúvidas e fixa o prognóstico. Só êle consegue estabelecer as distinções mais delicadas, como a separação de miomas e fibromas, vulgarmente sinonimos; só êle nos indica a noção de malignidade miomatosa, até há bem pouco tempo ignorada e separa esta malignidade da transformação sarcomatosa, degeneração a que estes tumores estão por vezes sujeitos.

Um pouco de todos estes aspectos encontraremos no docorrer do nosso desprezencioso trabalho.

Foi pelo menos o que nos esforçamos por obter, e que bem desejaríamos ter conseguido.

Para terminar, cumpre-me agradecer ao Ex.^{mo} Sr. Dr. Alberto de Aguiar, meu ilustre Presidente de tese, a bondade e boa vontade com que me acolheu sempre e os ensinamentos que me ministrou durante a minha estada no seu laboratório, bem como ao Ex.^{mo} Sr. Dr. José Martins Barbosa, que sempre me atendeu e auxiliou com rara e delicada atenção.

PRIMEIRA PARTE —————

Breves noções —————

de —————

PATOLOGIA TUMORAL

Tumores em geral

Sua classificação

Muito se tem escrito sôbre êste assunto, mas apesar da extraordinária riqueza da literatura médica que lhe é destinada, reina uma grande confusão sôbre muitos dos seus aspectos: cada escritor adopta uma ideia e segue um plano completamente independente.

Procurei harmonizar o mais possível as ideias de alguns médicos notáveis e, adoptando o plano dum deles, confrontá-lo com as classificações dos outros.

Vejamos como *Ch. Bouchard*, no seu «*Traité de Patologie Générale*», classifica os tumores, e em que grupo coloca os *miomas uterinos*.

I. Neoplasias de origem epitelial:

- a) derivando das superfícies de revestimento cutâneo e mucoso;

- b) derivando dos epitélios glandulares e dos parenquimas epiteliais.

II. Neoplasias desenvolvidas à custa do tecido conjuntivo-vascular:

- a) estados hiperplásicos — deformações congénitas e heteropias — tumores típicos;
 b) tumores metatípicos e atípicos; sarcomas.

III. Neoplasias desenvolvidas à custa do tecido muscular estriado e nervoso.

IV. Neoplasias de tecidos complexos.

Fibromas e miomas lisos colóca-os *Bouchard* no grupo II, sub-grupo a).

Os sarcomas fibromatosos e miomatosos estão incluídos no mesmo grupo e no sub-grupo b).

Os rabiomiomas estão no grupo III.

A classificação de *George Adami* é bastante diversa: são cinco os grupos considerados por êste autor.

- I. Tumores do tecido conectivo adulto;
 II. " " " endotelial;
 III. " " " conectivo embrionário;
 IV. " " " epitelial;
 V. " " mixtos.

Os fibromas e os miomas estão incluídos no grupo I desta classificação.

M. Tripier distingue sete grandes classes de tumores:

Tumores do tecido epitelial;

" " " adenoide;

" " " fibroso;

" " " celulo-adiposo;

" " " ósseo;

" " " muscular;

" " " nervoso.

Para *Brault*, os tumores distribuem-se em quatro grupos:

Tumores formados unicamente de células conectivas e endoteliais;

Tumores formados por tecidos definitivos (histioides);

Tumores formados unicamente por células epiteliais;

Tumores compostos: *a)* tum. de dois tecidos;

b) tum. de tec. múltiplos;

c) teratomas.

No curso médico do ano 1903-1904, foi adoptada na cadeira de anatomia patológica, a seguinte classificação, que não deixa de ser interessante:

Tumores	}	simples	{	vasculo-conjuntivos
				epiteliais
				musculares
			nervosos	
		complexos ou mixtos.		

Ficavam assim constituídos cinco tipos, dentro dos quais eram incluídas todas as variedades neoplásicas.

Para *M. Bard*, a cada tecido corresponde um tumor desse tecido:

Tumores de células conjuntivas — sarcomas;
" " " endoteliais — endoteliomas;
" " " nevróglícas — gliomas;
" " tecido mucoso — mixomas;
" " " fibroso — fibromas;
" " " gorduroso — lipomas;
" " " cartilaginóseo — condromas;
" " " ósseo — osteomas;
" " " nervoso — nevromas;
" " " musc. estriado — rabiomiomas;
" " " " liso — leiomiomas;
" " " " sanguíneo — angiomas;
" " " linfático — linfangiomas;
" das glândulas linfáticas — linfomas;
" " papilas epiteliais — papilomas;
" " glândulas — adenomas;

- Tumores da placenta — deciduomas;
" de células epiteliais — epiteliomas;
" de tecidos múltiplos;

Teratomas.

Estes dois últimos grupos são classificados à parte por *Bard*.

Muitas mais classificações se encontram nos livros e não deixa de ser interessante dar aqui uma noção sôbre as antigas ideias e as suas bases.

Até metade do século XIV, consideravam-se como tumores todas as alterações de qualquer género, que fôsem acompanhadas dum aumento de volume; e ninguém prestava a mínima atenção ao mecanismo, que dava lugar a esta tumefacção.

À medida que o estudo etiológico e genético dos tumores foi aparecendo, êste vasto campo de classificação foi-se restringindo, e estes *neoplasmas*, *pseudoplasmas de Schuh*, *blastomas orgânicos* ou *atípicos de Klebs* ou ainda *plasmomas*, depois de repetidas observações clínicas, sofreram a primeira divisão:

Tumores benignos ou inocentes;

Tumores malignos.

Mais tarde *Virchow* na sua *Oncologia* (tratado sôbre tumores) estabeleceu as bases duma *classificação anatómica genética*.

<i>Tumores de proliferação</i>	}	istioides organoides teratoides
<i>Tumores de combinação.</i>		

Chamou *homólogos* a todos aqueles que fôsem formados de tecido igual ao que lhes deu origem, correspondendo em geral aos benignos da primeira classificação; e *heterólogos*, a todos os outros que em geral eram malignos.

Lebert («Traité de Anatomie Pathologique», Paris, 1865-1869) divide os tumores em duas grandes classes: *homeomorfos* formados por elementos pertencentes à constituição normal do organismo, e *heteromorfos* todos os outros.

Deve-se renunciar por completo a esta classificação, visto hoje saber-se que não há heteromorfia, mas sim transformações de elementos — mesmo que estas por vezes sejam muito profundas.

Para *His* e *Waldeyer* seriam *archiblastas* todos os tumores que fôsem formados de tecido epitelial, muscular e nervoso e *parablastas* os constituídos por tecido conectivo e por vasos.

Klebs chama-lhes *archiblastomas* e *parablastomas*.

Estas ideias se foram transformando a pouco e pouco até *Bard* estabelecer a sua classificação já atrás descrita e que nós adoptamos.

Pelo que acabamos de expor, concluímos que os *miomas uterinos* podem e devem ocupar um lugar de destaque nas diferentes classificações; e assim devia ser, e assim é para muitos autores; porém outros confundem-nos e misturam-nos de tal maneira que me parece completamente inverosímil. Autores há que chegam a chamar aos miomas uterinos *fibromas*, quando o fibroma é um tumor de tecido completamente independente, com a sua histologia autónoma, com a sua divisão própria e tendo, portanto, o direito de ocupar uma classe perfeitamente isolada e distinta da dos miomas.

A própria confusão com *fibro-miomas* é um erro, visto este tumor ser mais complexo; poder-lhe hemos chamar uma fusão dos outros dois, predominando geralmente o tecido muscular.

O útero, sendo um órgão composto de fibras musculares lisas, nunca poderia dar um fibroma; quando muito daria um fibro-mioma e, como atrás já disse, com predominância do tecido muscular.

Tiramos, pois, uma conclusão: *o mioma ute-*

rino tem um tecido próprio que o constitui, tem órgãos próprios onde se implanta, tem uma constituição histológica perfeitamente definida e uma evolução clínica determinada e não deve, portanto, ser confundido com outros tumores, mesmo que eles se aproximem da sua constituição.

Digamos pois algumas palavras, embora rápidas, de distinção entre *fibromas*, *fibro-miomas* e *miomas*, visto serem estas três categorias de tumores, que alguns autores confundem (*Pozzi*, *Barrozz*i, etc.).

Fibroma

Corpos fibrosos de Cruveilhier, tumores fibrosos ou *fibroides* podem apresentar variadas divisões conforme nos referimos à sua consistência ou à sua constituição.

1.^a divisão:

Duros—com uma estrutura comparada à dos tendões.

Moles—com uma estrutura semelhante à do tecido celular subcutâneo.

Os fibromas duros são chamados *densos* ou *desmoides*, por *Lustig*.

2.^a divisão:

Lamelares

Fasciculados.

Todo o tumor, formado exclusivamente por te-

cido fibroso inteiramente semelhante ao tecido conjuntivo adulto normal será chamado um *fibroma*.

O seu elemento histológico é a *fibro-célula*, caracterizada pelo seu núcleo oval e alongado (*Lustig*).

Os *adeno-fibroma* e *fibro-sarcoma* constituem variedades dêstes tumores, nos quais há associação do tecido fibroso a elementos glandulares neoformados ou a estrutura nítidamente sarcomatosa.

A sede é muito variável, mas nunca podem aparecer no útero, visto aquele ser constituído de fibras musculares, e eles necessitam de tecido fibroso para se implantarem.

O seu aspecto macroscópico é característico — turbilhões de fibras com uma irrigação sanguínea um pouco abundante e não dando suco pela raspagem (*fibromas duros*). Os *fibromas moles* dão bastante suco pela raspagem e tem geralmente uma irrigação muito mais abundante; os vasos ectaziam-se, podendo constituir o *angio-fibroma* ou *fibroma télangiectásico*, e esta ectazia pode ser grande, originando verdadeiras bolsas ou quistos — *fibromas quísticos*. Estes fibromas muito irrigados e que dão suco pela raspagem dão-nos igualmente, em quási todos os casos, um aspecto de malignidade, já pelas suas complicações, já pelo estado geral, que acarreta ao doente, que tem sido seu portador.

Estes fibromas podem aparecer nos nervos e nestes casos não os devemos confundir com os *nevromas*, constituídos unicamente por tecido nervoso; os fibromas dos nervos são múltiplos e esta neurofibromatose, que geralmente se generalisa, constitui a *doença de Recklinghausen*.

Podem sofrer diferentes degenerações — *gordurosa, mucosa, calcárea* e, segundo *Lustig*, frequentes vezes sofrem a *petrificação*; podem dar lugar a inflamações e ulcerações diversas e a não ser os fibromas dos nervos, como já falei, não se generalizam, embora possam e se apresentem muitas vezes bastante dissimulados em grande quantidade.

A etiologia destes neoplasmas é variadíssima, mas cito como mais interessante a opinião que se refere à sua *natureza parasitária*, e êste facto é importante, visto ser em parte confirmado com experiências; se inocularmos fragmentos dum destes neoplasmas, implantado num rato fêmea, num outro, obteremos a reprodução dum igual tumor no segundo rato. (*Duplay et Cazin, Les tumeurs, 1903*).

A sua transformação maligna parece de difícil resolução, mas mais adiante, falando dos mio-mas, direi as ideias de *Raymond Tripiet* sobre êste assunto.

III

Fibro-miomas ou hysteromas **de Broca e Forgue**

Pertencem ao grupo dos tumores de tecidos múltiplos.

São neoplasias que podem aparecer implantadas no útero, e que são constituídas pela união dos dois tecidos—muscular e fibroso, predominando o primeiro. Estes fibro-miomas servem de epígrafe a alguns autores, como designando todos os tumores benignos que podem aparecer no útero. Esta designação é imprópria, primeiro—porque aparecem tumores, que não tem nada de tecido fibroso, segundo—porque dentro dêste grupo, podem aparecer neoplasias com caracteres de malignidade manifestos e inconfundíveis.

Podemos chamar fibro-miomas a tumores chamados por alguns autores simplesmente fibromas uterinos e que, encerrando tecido fibroso, encerram

também tecido muscular numa proporção muito maior.

Como caracteres microscópicos destes tumores temos os elementos fusiformes lisos e as fibras conjuntivas.

Podem sofrer a degenerescência sarcomatosa, mas esta é de uma evolução muito lenta e duma malignidade muito fraca (*Pilliet et Costes*).

Macroscopicamente, vêem-se bastantes vasos e nervos, seguindo os septos conectivos aumentados e espessados.

No útero são estes tumores que predominam; os miomas puros são mais raros; os fibromas, excepcionais.

Raymond Tripier admite a produção de tecido fibroso, no meio do tecido miomatoso.

IV

Miomas

Tumores formados de tecido muscular e com um *desenvolvimento autónomo*, visto que depois de estabelecidas as primeiras lesões sôbre um ponto do tecido de origem, geralmente a musculatura da artéria (*Alexandro, Lustig 1902*), eles crescem por um aumento gradual do seu tecido de nova formação.

Dividem-se em:

- a) *Leiomiomas*;
- b) *Rabdomiomas*;
- c) *Geodos (Cruveilhier)*.

a) **Leiomiomas**

São os mais freqüentes.

Formados de fibras musculares lisas, tecido análogo ao do útero, é neste órgão que eles apa-

recem a maior parte das vezes. Chama-se lhes às vezes, imprópriamente, fibromas (*H. Hallopeau et E. Apert*—*Patologie générale*, 1904), fibro-miomas ou tumores fibrosos, mas tais denominações são impróprias e devem ser absolutamente rejeitadas, pois que a neoprodução é de tecido muscular e não fibroso; o que origina esta confusão é o aspecto fibromatoso, que o mioma apresenta, mas depois de um exame minucioso veremos que o seu tecido é muscular (*Raymond Tripier*, 1904). Pertencem portanto estes tumores ao grupo dos *homólogos de Virchow*.

Aparecem mais freqüentemente nas mulheres, dos 30 aos 50 anos; o seu *volume* varia desde uma pequena avelã até à cabeça dum adulto e maiores ainda; a sua *forma* também varia; podem ser arredondados, (*miomas esféricos*) ou existir muitos no mesmo útero (*B. Bollinger*).

A região de escolha para a sua *sede* é o fundo do útero e a parte interna do corpo; aparecem também no colo uterino.

São pobres em vasos, mas por vezes podem aparecer em grande quantidade e tão dilatados, que chegam a formar verdadeiras cavidades—*mioma cavernoso ou quístico*, confundido às vezes com o *géodo de Cruveilhier*.

São benignos, mas podem generalizar-se (*Lancereaux*).

Podêmos enumerar uma grande série de variedades destes tumores, mas limitamo-nos a dizer algumas:

Polipos miomatosos;

Adeno-miomas;

Dermato-miomas de Besnier, que são múltiplos e dolorosos;

Miomas diastóicos (H. Halopeau et E. Apert).

O mioma começa geralmente pela superfície e desenvolve-se muito lentamente; é êste um carácter que o distingue do fibroma.

Classificação dos leiomiomas

Várias classificações podêmos enumerar e para um diagnóstico completo precisamos muitas vezes de mais do que uma, como vamos ver.

<i>Primeira divisão dos leiomiomas</i>	{	Sub-mucosos ou cavitários
		Intersticiais, intra-parietais ou intra-murais
		Sub-peritoneais ou sub-serosos.

Os primeiros são recobertos pela mucosa e podem apresentar como variedade o *pólipo uterino*, em que o tumor se alonga, se pediculisa, levando diante do seu corpo a mucosa distendida e recobrimdo com ela o seu pedículo. São estes que produzem as maiores hemorragias.

Os segundos estão implantados na espessura do parenquima muscular; provocam irritação da mucosa, originando uma verdadeira endometrite com ou sem hemorragias.

Os sub-peritoneais com ou sem pedículo estão implantados por baixo da serosa, presos à superfície externa do útero. Dão perturbações abdominais, mas nunca hemorragias; como variedades destes casos podemos citar *os corpos fibrosos intra-ligamentares*.

<i>Segunda divisão dos leiomiomas</i>	{	Leiomiomas do corpo	{	da porção su-
		" do colo		pra-vaginal do focinho de tenca

Os leiomiomas do corpo originam uma hipertrofia das paredes uterinas e um desenvolvimento vascular importante. Por vezes até se dá a confusão com a gravidez, tal é o volume, que o útero adquire.

Os leiomiomas da porção infra-vaginal do colo ou do focinho de tenca podem estender-se e encher por completo a cavidade vaginal, quando são cavitários; tomam geralmente um aspecto muriforme.

As neoplasias da porção supra-vaginal do

colo podem dar lugar a compressões temíveis. Algumas vezes enchem a pequena bacia e aí ficam alojados; outros prolongam-se para o fundo do saco de Douglas; alguns desenvolvem-se entre os folhetos dos ligamentos largos. Chamam-lhes *retro-peritoneais*, mas *Pozzi* prefere o nome de *corpos fibrosos pélvicos*.

<i>Terceira divisão dos leiomiomas</i>	}	capsulados
		aderentes
		completamente aderentes (<i>anqui- losados?</i>)

Os primeiros são facilmente enucleáveis; os segundos, com aderências múltiplas, apresentam às vezes relações vasculares de grande importância; quanto aos últimos a sua aderência é tão completa, que chegam a formar corpo com o útero.

Quanto mais mole é um mioma, tanto mais está em conexão com o útero.

Estrutura dos leiomiomas

ASPECTO MACROSCÓPICO. — O tecido destes tumores é mais ou menos denso, branco brilhante ou branco rosado e elástico; ao corte apresenta uma superfície nítida, ligeiramente convexa.

Muitas vezes, sem o auxílio de lente, desco-

bre-se uma série de fibras musculares lisas, aglomeradas em espirais, formando verdadeiros turbilhões. Os vasos são geralmente pouco numerosos, mas existem artérias, veias e capilares. As veias periféricas podem chegar a apresentar o volume da jugular.

Astruc, Dupuytrin, Hertz e outros admitem a existência de nervos.

Klebs encontrou linfáticos.

Quanto ao *polipo uterino* raras vezes contêm vasos, mas as opiniões sôbre êste assunto variam, como mais adiante verêmos.

ASPECTO MICROSCÓPICO. — Células musculares fusiformes com o comprimento médio de 500 μ e a largura de 22 μ .

Estes elementos musculares podem ser agrupados sob a forma de fascículos ou de membranas, ou aparecerem isolados no meio do tecido fibroso. Não é fácil nestes leiomiomas distinguir nitidamente nos cortes as fibras musculares, e ainda mais difícil se torna distinguir o seu núcleo em forma de baioneta; se êste fôr descoberto, reconhecendo-se lhe perfeitamente a forma, podêmos afirmar com segurança que se trata de um leiomioma, pois é êste um signal que não deixa dúvidas.

Para podêmos examinar a fibra muscular, temos primeiramente de dissolver a fibra conjuntiva, que muitas vezes e quási sempre a mascára.

Examinando com atenção um corte, além dos elementos já descritos notamos mais: fascículos seccionados no sentido do seu comprimento, células contrácteis dispostas paralelamente segundo o seu eixo, fascículos cortados segundo a sua largura, mostrando ao mesmo tempo as secções transversais das suas células; estes últimos fascículos são formados de dois círculos concêntricos, um interno, representando o contorno nuclear e o outro mostrando claramente o limite da célula.

A histologia dá-nos diferentes teorias pelas quais podêmos estabelecer uma origem da neoformação muscular. *Pilliet et Costes* e outros afirmam que esta neoformação muscular se dá em tórno das capilares

A. Claisse explica por um processo um pouco diferente: para êste autor são os vasos uterinos lacunares os pontos iniciais da tal neoformação (*Du-play et Cazin*).

As células que constituem os leiomiomas são desiguais na sua forma e dimensões. O tecido conjuntivo é abundante em volta do tumor (*Claude et Camus*).

Vejamos agora o que nos diz *Bouchard* sobre êste assunto.

"Nous rangeon ici á coté des neoplasies conjonctives les tumeurs formées de fibres musculaires lisses parce que ces celules sont constamment asso-

ciés aux divers éléments du tissu conjonctif, présentent une origine mésenchymateuse commune et sur tout des déviations hyperplasiques ou néoplasiques de tout point comparables.

Les myomes lisses sont formés de fibres cellulaires souvent de dimensions plus grandes que normalement, et qui sont disposés soit en couches concentriques autour d'un vaisseau, ou de tractus conjonctifs qui semblent un vestige de vaisseaux oblitérés; soit en tourbillons sinueux et contournés qui paraissent également groupés autour d'un centre de figure de même nature. Les groupes de fibres lisses forment ainsi des nodules, des lobules et des lobes encapsulés de tissu conjonctif et nettement distincts des parties voisines. Ils s'accroissent par augmentation de leur masse, due à la prolifération de leurs éléments constitutifs et non par infiltration ou par transformation des éléments avoisinants».

Depois passa a dar noções sôbre as diversas teorias da neoformação muscular, repetindo mais ou menos o que atrás já está dito por nós.

Não citaremos mais autores, que nos alargariam muito o nosso trabalho, que forçosamente tem de ser reduzido, devido à falta de tempo.

Como vemos, o mioma, mesmo típico embora se aproxime da constituição do tecido muscular análogo, difere dela.

Exame histológico do tecido uterino
atacado por miomatose

- I. Camada muscular — hiperplasiada;
Paredes arteriais — esclerosadas (endarterite
e periarterite);
Veias — ectaziadas;
Linfáticos — ectaziados.
- II. Camada mucosa — espessada e hiperplasiada;
Epitélio de revestimento pouco alterado;
Lesões aumentadas em número e tamanho.

Richelot compara estas lesões às do útero esclerosado, pois que dêste para o útero fibromatoso é uma questão de grau; e *J. Barrozi* cita êste facto, pois que, para êle, úteros fibromatosos ou miomatosos pouca diferença fazem, e torna-os sinónimos; *Richelot* não tem muitos partidários.

Wyder et *Campe* consideram as lesões uterinas como a expressão dum processo infecioso (endometrite). As hemorragias serão comparáveis às que produz a endometrite crónica.

M. Sembe diz que toda a perda de sangue, em casos de miomas uterinos, resulta da hipertrofia do parenquima.

Frithsh limita-se a dizer que a mucosa tanto se pode atrofiar como hipertrofiar.

Como conclusão das observações colhidas por *J. Barrozi*, diremos que reina uma grande in-

certeza sôbre a natureza das modificações, que apresenta a mucosa dum útero miomatoso; que de resto é esta a mesma opinião de *Barrozi*, embora se incline um pouco para *Richelot*, não pondo, contudo de parte a possibilidade de infecção.

Alterações e degenerescências dos leiomiomas

I. ENDURECIMENTO PROGRESSIVO. — Dá-se sem reacção mórbida absolutamente alguma.

II. CALCIFICAÇÃO. — Originam-se o fosfato e o carbonato de cal, dando lugar a núcleos muito duros, chamados mesmo por vários patologistas — pedras uterinas; é êste um processo de cura espontânea dos miomas (*M. Letule e L. Naltan-Larrier*).

III. AMOLECIMENTO. — É freqüente dar-se quando o mioma é acompanhado duma gravidez; êste amolecimento é proveniente da degenerescência gordurosa que se opera no tumor.

IV. DEGENERESCÊNCIA AMILOIDE. — É muito freqüente nos polipos.

V. ODÊMA. — Conduz ao amolecimento.

VI. DEGENERESCÊNCIA COLOIDE OU MIXOMATOSA. — O tumor toma um aspecto mixoide ou gelatiniforme, quando tem uma coloração acinzentada; é mole e sofre um desenvolvimento rápido e considerável (*Raymond Tripier*).

VII. MIOMAS LINFANGIÉTICOS.—Têm a sua origem linfática.

VIII. PSEUDO-QUISTOS.—São formados por focos de desintegração molécular, granulogordurosa.

IX. SUPURAÇÃO, GANGRENA, MORTIFICAÇÃO, NECROBIOSE, ASÉPTICA OU SÉPTICA.—São acidentes raros, mas aparecem e *P. Lecéne* cita nos «Annales de Gynécologie et d'Obstétrique» quatro observações, em que mostra claramente estas alterações dos miomas.

X e XI. DEGENERESCÊNCIA MALIGNA E TRANSFORMAÇÃO SARCOMATOSA.—Têm bastante importância estes dois pontos sobre alterações destes tumores, visto serem bastante discutidos por muitos, esquecidos por outros e confundidos muitas vezes.

Simpson diz que a irritação causada pela presença dum mioma, fazia uma espécie de apêlo à neoplasia maligna, ao sarcoma.

Ulesko-Stroganowa admite o mioma maligno e dá elementos pelos quais os podemos caracterisar:

Pelo exame histológico — elementos musculares, jovens, multinucleados e polimorfos;

Pelo exame clínico — rapidez da recidiva e generalisações viscerais.

Parece ter razão *M. Letule* e *L. Nattan-Lar-*

rin, quando declararam em 1912, que esta malignidade era a complicação mais temível dos leiomiomas.

Raymond Tripier refere-se a êste assunto, e diz que os miomas podem tomar um desenvolvimento muito rápido, causarem desordens locais e, examinada a sua estrutura, encontramos células fusiformes com fascículos entrecruzados e células redondas; chama-lhes também miomas malignos e aproxima-se como se vê das ideias de *Ulesko-Stroganowa*. *Raymond Tripier* diz mais: "les myomes, contrairement a ce que l'on a dit, ne font pas exception à lá regle. Les tumeurs du tissu musculaire à fibres lisses, qui se rencontrent si fréquemment à l'état de tumeurs bénignes, offrent quelquefois, et plus qu'on le croit généralement, d'après ce que nous avons pu observer, une allure maligne, soit en prenant rapidement un développement excessif et envahissant, soit en donnant lieu à des productions métastatiques dans divers organes".

(«Traité d'anatomie pathologique générale», 1904 — pag. 943).

Alexandro Lustig, Duplay et Cazin, M. Letulle, etc., admitem esta malignidade.

Pozzi apenas lhes dá a designação de tumores graves.

Vejam os agora o que nos diz *Bouchard* no

seu «Traité de Pathologie Générale», 1900, falando da transformação sarcomatosa dos miomas:

“Opinion la plus anciennement admise est que le myome peut subir une évolution sarcomateuse, opinion déjà soutenue par *Rokitansky*, *Virchow*, et qui a été particulièrement développée par *Pilliet* et *Costes*. D'après ces derniers auteurs, le myome est comme le sarcome une tumeur d'origine vasculaire, et l'on pourrait dans un grand nombre de cas de myome (11 fois sur 21) trouver par places des lésions sarcomateuses au milieu du tissu du myome; le sarcome y débute par l'endothélium des vaisseaux et s'infiltré par les pointes d'accroissement des capillaires, entre les fibres musculaires et connectives, amenant l'oblitération des vaisseaux et déterminant consécutivement des nécroses et des kystes sarcomateux (*Costes*).

.....

.....

Nous admettons donc la possibilité pour les myomes d'être le point de départ de formations sarcomateuses, nées probablement au dépens du tissu conjonctif interstitiel, car les myomes, souvent aussi appelés fibromes ou fibro-myomes, sont en réalité et comme toutes les hyperplasies, des néoplasies complexes portant à la fois sur plusieurs variétés d'éléments anatomiques, et nous y verrons un fait analogue à ceux que l'on peut observer en

d'autres lésions hyperplasiques, dans les transformations sarcomateuses des papillomes ou des naevi, par exemple..

Pilliet et Costes admitem uma identidade de origem entre sarcomas e miomas. *Bouchard* não admite este facto, porque lhe não parece poder haver evoluções tão diferentes no mesmo elemento anatómico. A cifra de *Alban Doran* é admitida por *Bouchard*: em 205 casos, 6 são sarcomatosos; *Pilliet et Costes* exageraram muito esta cifra.

A célula do leiomioma transforma-se em célula sarcomatosa, transformação esta que pode ser explicada por várias teorias: para *Williams, Morpurgo* e *Poks* o ponto de partida será a célula germinativa; para *Lubarsch, Richer* e *Pilliet* será o conectivo basal o ponto de origem.

M. Letulle e *L. Naitan-Larrier* aconselham a não confundir a malignidade descrita primeiro com esta metamorfose sarcomatosa.

Variedades de leiomiomas

Podêmos estabelecer duas variedades: fibromiomas e adenomiomas.

A *recidiva* destes tumores é excepcional; unicamente quando o órgão não tem sido todo tirado é que se pode dar uma destas recidivas. Temos uma regra por meio da qual podêmos estabelecer a ma-

lignidade dos miomas: "todo o tumor que recidive embora até então tenha sido considerado como benigno, não o é, e deve passar a ser considerado como uma neoplasia maligna".

b) **Rabdomiomas**

São tumores constituídos por fibras musculares estriadas (*M. Letulle et L. Nattan-Larrier, 1912*).

São extremamente raros.

Alexandro Lustig, na sua «Pathologie Générale, 1912», define os rabdomiomas como sendo um tumor formado dos tecidos cartilágneo e epitelial: é para êste autor um tumor mixto.

Qual a origem destes tumores? Como já vimos, o leiomioma toma origem no tecido muscular e, segundo a classificação adoptada, os rabdomiomas também aí a deviam tomar; as opiniões sôbre êste assunto são desencontradas e *Ch. Bouchard* diz que estes tumores não tomam origem nêsse tecido.

Wolfensberger encontrou, em 49 casos de rabdomiomas, as seguintes origens:

38 no aparelho génito-urinário;

7 no pescoço;

4 na órbita.

Todas estas regiões tem o desenvolvimento embrionário completo. *Ribbert* admite êste facto.

Podem aparecer na língua e no coração dos recém-nascidos (*A. Hallopeau et E. Apert*).

Rabdomiomas malignos, sua transformação sarcomatosa

O que se entende por malignidade dum rabdomioma?

Duplay et Cazin, no seu tratado sôbre tumores, esclarecem-nos sôbre êste assunto: "rabdomiomas malignos são tumores dos músculos, nos quais existem alguns elementos fusiformes não estriados ou apresentando um esboço de estria, disseminados num tecido composto essencialmente de células polimorfias.

B. Morpurgo diz, quando traduz a obra de *T. V. Birch-Hirschfeld*: "nel maggior numero dei casi si trovaro no cellule muscolari embrionali (cellules fusate con striatura trasversa completa od incompleta presso a delle fibre muscolari perfette").

Sarcomas miomatosos estriados

Schöeder, Van der Holk e Scklow admitem que os sarcomas representam a forma a mais comum dos músculos estriados. Dizem eles que as fibras estriadas se podem transformar em células sarcomatosas.

Ch. Bouchard não admite este facto senão para os leiomiomas, como já atrás ficou dito.

c) **Géodos**

É a *Cruveilhier* que se deve esta designação e tal distinção.

Um géodo pode-se imaginar como a resultante de um leiomioma, em degenerescência mixoide ou gelatiniforme. Esta degenerescência uma vez adiantada, dá logar a um líquido, originando tumores com uma aparência verdadeiramente quística; são estes pseudo-quistos, originados pela transformação miomatosa, a que *Cruveilhier* chamou géodos e colocou fazendo parte de uma terceira variedade de leiomiomas.

A maior parte dos autores não estabelecem este grupo e consideram estes géodos, como resultantes da degeneração quística dos tumores, agrupando-os portanto no parágrafo de alterações e degenerescências.

Para nós, o que temos visto e as conclusões a que temos chegado depois de variadas observações, deve-se tratar de uma fase de desenvolvimento mais considerável e rápida do tecido tumoral (*Raymond Tripier*, 1904).

Caracteres clínicos dos tumores uterinos

a) Sintomas

Podêmos dividir toda a sintomatologia que um mioma uterino nos oferece em dois grandes grupos:

Sintomas racionais	{	hemorragias dores fenómenos de compressão.
-----------------------	---	--------------------------------------------------

Sintomas físicos	{	alongamento da cavidade uterina constatação do tumor uterino.
---------------------	---	------------------------------------------------------------------

É desta maneira que *E. Forgue* classifica e agrupa a sintomatologia destes tumores.

I. HEMORRAGIAS.—É quasi sempre o sintoma inicial preponderante. Podem dar-se menorragias ou metrorragias, e quer umas, quer outras se

produzem pelo fluxo vascular, que o tumor produz, actuando como corpo extranho que é; a própria endometrite hemorrágica, produzida pela irritação que causa a visinhança do tumor, também dá logar a essas hemorragias.

Por vezes aparecem perdas brancas (corrimentos); algumas vezes são tão serosos que constituem *fibromas hidrorreicos de Trélat*.

II. DORES.—É dos sintomas o mais variável e inconstante. A dor, por vezes, é intensa e te-rebrante, outras nem existe; quantas vezes assistimos ao evolucionar de um grande mioma sem que o doente nos revele uma só sensação dolorosa! e reciprocamente tem-se observado casos de pequenos tumores, provocando dores bastante atrozes. Alguns tumores mostram-se dolorosos enquanto dura a menstruação; e noutros é justamente o aparecimento desta que vem abrandar o padecimento doloroso das doentes.

III. FENÓMENOS DE COMPRESSÃO.—São variados e podem constituir complicações temíveis. Citaremos aqui os desarranjos mais simples que diáriamente provocam, reservando para o capítulo das complicações a sua acção maléfica.

Compressões	{ disúria polaquiúria retenção (mais rara).
vesicais	

Compressões rectais	{	constipação
		meteorismo
		anto-infecções intestinais
		hemorroides.

Compressão dos ureteres, que se conserva muitas vezes latente.

IV. ALONGAMENTO DA CAVIDADE UTERINA. — O cateterismo aséptico e metódico dá-nos uma hipertrofia da cavidade uterina; deve-se empregar o histerómetro ou a vela uretral flexível, caso o primeiro falhe.

V. CONSTATAÇÃO DO TUMOR OU SEU DIAGNÓSTICO. — Três hipóteses podem ser admitidas: o tumor é *abdominal*, *pélvico* ou *vaginal*.

1.º grupo — Tumores abdominais

Por meio dos processos semeiológicos e de alguns sintomas característicos estabelecemos com nitidez o diagnóstico de tumor uterino.

Processos semeiológicos	{	inspecção
		palpação { simples
		{ bi-manual
		percussão
		{ toque vaginal

Sintoma }
 característico } hemorragia.

Como em muitas outras doenças estamos sujeitos a erros de diagnóstico e nos casos de tumores abdominais, aqueles são freqüentes.

Erros de diagnóstico { gravidez (raro)
 quisto ovárico hipertenso (mais freqüente).

A salpingo-ovarite pode coexistir com o mioma uterino, confundidos numa massa única, aderente.

2.º grupo—Tumores pélvicos

Podêmos reunir um conjunto de sinais para estabelecer o diagnóstico de um tumor desta sede.

Pela inspecção—tumefação visível.

Pela palpação { O tumor pode parecer constituído pelo útero, aumentado de volume ou ser desenvolvido ao seu lado.
 simples ou
 bi-manual

Pelo toque vaginal—saliência nos fundos de saco.

Pelo toque rectal—saliência comprimindo mais ou menos o intestino.

Estes diversos processos além de nos servirem para estabelecer o diagnóstico, patenteiam as relações que estes tumores teem com o útero.

3.º grupo—Tumores vaginais

São estes tumores que geralmente são chamados pólipos e aos quais atrás me referi; são pediculados e por vezes chegam a atingir um volume enorme.

Estes tumores passam por três fases na sua evolução:

- 1.ª fase—intra-uterinos;
- 2.ª " —penetram no colo;
- 3.ª " —chegam à vagina e à vulva.

Estas duas últimas fases são delicadas, pois muitas vezes são elas que originam a inversão uterina com a qual é preciso estabelecer o diagnóstico diferencial com toda a minúcia.

O pólipo é expelido; inverteu ou não o útero?

O pedículo do pólipo pode ulcerar, dando cheiro e a confusão com o cancro do colo, mas a constatação de um círculo uterino, formado pelo colo dilatado, cercando o pé do mioma, tira todas as dúvidas.

Conhecemos muitas variedades de pólipos—

fibrosos, mucosos, placentares, papilomas do colo, e folículos quísticos pediculados (classificação de *Hart e Barbour*); e todos eles apresentam uma symptomatologia mais ou menos análoga, e permitem o diagnóstico pelos mesmos processos, e o prognóstico e o tratamento em comum.

A etiologia e anatomia patológica é que varia; e, tendo já dito alguma coisa a êste respeito, não me demorarei agora nêste assunto. (Pólipos do útero — *Pedro José Ferreira*, 1888).

b) **Complicações**

Podem surgir accidentes mais ou menos graves que venham tornar o prognóstico mais sombrio:

Embolia — resultante de funcções exploradoras repetidas;

Oclusão intestinal devida à compressão directa do mioma;

Uremia por compressão dos ureteres (raro);

Ascite, que indica degeneração sarcomatosa;

Peritonite;

Reabsorpção scéptica ou pútrida, quando os tumores estão em via de esfacelo;

Dôr com carácter nevrálgico, o que constitue uma verdadeira complicação;

Alterações cardíacas;

Mortificação }
 Supuração } já mencionadas.

São estas complicações que *J. Barrozi* cita no seu «Manual de Gynécologie pratique», 1907.

c) Evolução

A evolução dos miomas varia conforme a sua portadora é uma mulher nova ou, pelo contrário, já tem chegado à menopausa ou está muito próxima dela; e mesmo em cada um destes casos temos variantes de evolução, como vamos vêr.

1.º CASO — MULHER AINDA NOVA. — Poderemos estabelecer como regra que um fibro-mioma uma vez estabelecido não tem tendência nenhuma a regressar, segue na sua evolução, aumentando de volume, enchendo lentamente o abdomen, originando compressões várias e dando ou não hemorragias conforme a sua natureza.

Mas, felizmente para muitas mulheres, o tumor pode parar na sua evolução, pode mesmo regressar, indurecer, formar verdadeiras pedras uterinas (vejam-se as figs. n.ºs 5 e 6) já atrás enumeradas, constituindo assim uma cura expontânea e persistente da doença.

2.º CASO. — MULHERES NA MENOPAUSA OU PERTO DELA. — Para estes casos a regra geral é outra: a grande maioria dos miomas uterinos não dão

lugar senão a fenómenos vagos e muitas vezes desconhecidos pela doente. Mesmo que até então, enquanto a mulher esteve em plena actividade genital, o mioma se declare francamente, chegada a menopausa tem tendência para se atrofiar, diminuir de volume e endurecer. A própria gravidez pode produzir êste facto. Mas esta regra tão sedutora também não é absoluta. *Landau* mostrou com várias observações, que na menopausa muitos miomas em lugar de regressarem, exageravam a sua evolução e estavam fácilmente sujeitos à degenerescência sarcomatosa; outros com uma marcha verdadeiramente galopante matavam em pouco tempo por compressão e desnutrição rápida que provocavam.

É preciso acrescentar, comtudo, que a degenerescência sarcomatosa se pode também dar antes da menopausa. Muitas vezes evolucionam sem reacções apreciáveis e são outras tantas surpresas, que aparecem no decorrer doutras operações.

Em resumo, os miomas uterinos estão sujeitos a evoluções as mais variadas, e impossível se torna estabelecer uma regra única que se possa adaptar a todos os casos.

Citamos a evolução destes tumores fora de toda e qualquer das complicações referidas, pois que uma vez estabelecida qualquer delas o tumor tem de seguir fatalmente a marcha que essa complicação lhe impõe.

d) Prognóstico

Para estabelecermos um prognóstico, pela observação clínica a que tivermos de sujeitar uma portadora dum mioma, precisamos de reunir um conjuncto de circunstâncias, atender a todas elas, examiná-las minuciosamente e só depois de cumprida esta observação com todo o detalhe e minúcia é que poderemos dar a nossa opinião sôbre tal assunto; muito precisamos do auxílio do laboratório para podermos com maior precisão informar a doente; e quantas vezes êsse auxílio se torna indispensável, para nos revelar a natureza íntima dos tecidos, malignidades escondidas, recidivas prováveis, que a clínica não tinha podido desvendar!

Vejamos, pois, quais as circunstâncias que nos hão de levar a um bom ou mau prognóstico:

Edade da doente;

Evolução do tumor;

Complicações que tenham surgido;

Existência de gravidez acompanhando a doença neoplásica;

Estado orgânico da doente;

Doenças simultâneas do tumor, antigas ou recentes.

Má natureza do tumor, que se pode conhecer

pelas grandes hemorragias que acarrete, pelas grandes complicações, pela rapidez na sua evolução e por cheiro característico, etc., etc.

Depois de examinadas estas diversas questões, estaremos habilitados na maior parte das vezes, a fixar a evolução mórbida duma determinada doente.

*

*

*

Na segunda parte do nosso estudo apresentamos algumas observações pessoais e nelas procuramos conjugar a observação clínica com os resultados laboratoriais, tentando chegar a um diagnóstico firme e a um prognóstico seguro.

Tarefa difícil e de que nem sempre temos a impressão de ter saído bem, embaraçados no meio de tão variadas e de descontraídas opiniões como as que se lêem nos livros sobre este assunto.



SEGUNDA PARTE —————

Observações clínicas e
laboratoriais —————

PRIMEIRA OBSERVAÇÃO



M. de M. de L., doente da Maternidade do Pôrto.

I. Observação clínica

ESTADO ACTUAL. — A doente tem grandes metrorragias que obrigam a dar entrada neste hospital. Na ocasião das regras o corrimento sanguíneo exagera-se consideravelmente, prolongando-se muito além do tempo devido; o sangue vermelho vivo vem misturado de grandes coágulos. Nos intervalos menstruais reaparecem as hemorragias com intensidade, parando ao fim de alguns dias e reaparecendo no ocasião de nova época, dando origem ao mesmo cortejo sintomático atrás descrito. Uma leucorreia abundante aparece nos períodos de repouso hemorrágico.

Queixa-se duma sensação de pêso no abdomen e bastantes dores lombares.

Apresenta uma côr pálida, as mucosas estão descoradas e um emagrecimento notável.

*

* *

Pelo exame local chega-se à conclusão da existência dum corpo estranho, tão exagerado é o abaulado da parede abdominal; a palpação simples ou combinada com o toque vaginal — palpação bimanual, vem confirmar a nossa ideia, revelando a existência dum grande tumor, com flutuação, móvel com o útero e parecendo implantado na espessura da sua parede.

A hysterometria fêz-se, mas com alguma dificuldade, dando-nos para comprimento da cavidade uterina 10^{cm},5.

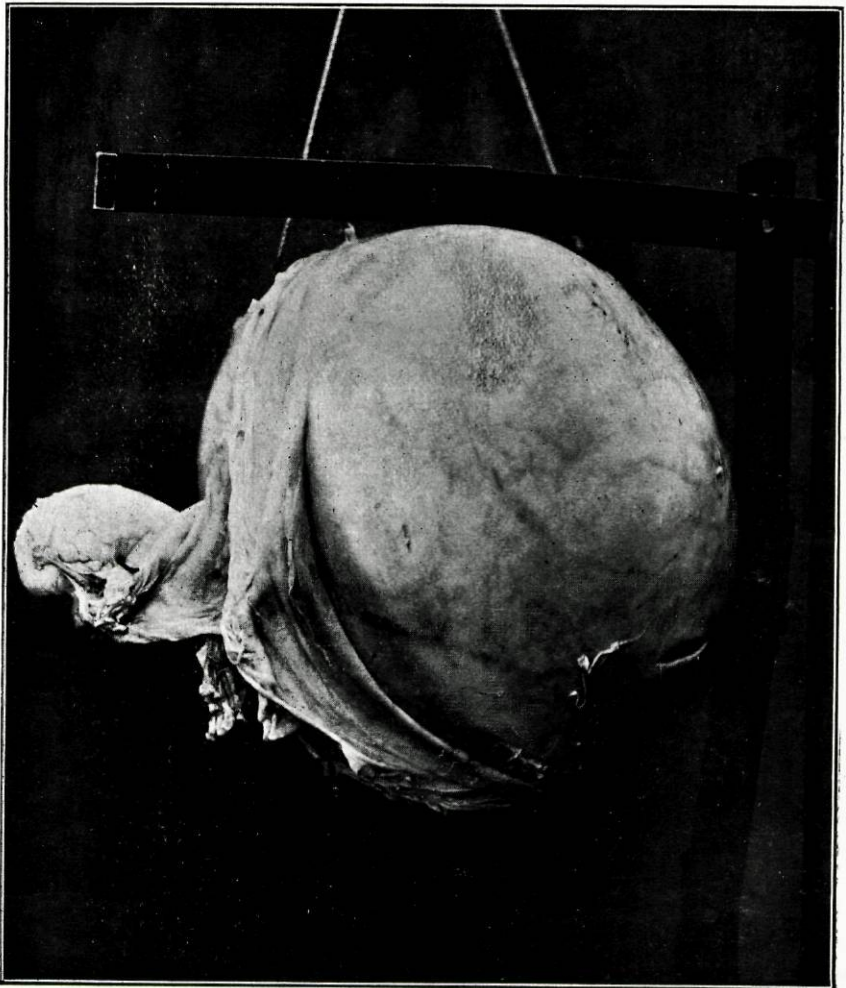
HISTÓRIA DA DOENÇA.— Foi há 3 para 4 anos, que sentiu os primeiros sintomas do tumor: dôres, pêso na região abdominal, dificuldade na micção e na defecação, fenómenos que se teem acentuado até então, e há dois meses apareceram-lhe as hemorragias de que actualmente se queixa e que reclamaram o seu internato.

ANTECEDENTES PESSOAIS.— Teve a febre tifoide ainda em criança. Tem dois filhos, tendo sido estes dois partos muito difíceis.

ANTECEDENTES FAMILIARES.— A mãe tem 84 anos e tem sido sempre muito saudável; o pai morreu aos 64 anos com uma doença cardíaca; o marido e os filhos são saudáveis.

TRATAMENTO.— Histerectomia abdominal sub-total, processo de Hegar. Êste processo que consiste no emprêgo duma ansa elástica, como meio hemostático e de pediculização do tumor, foi aqui usado, devido à abundantíssima irrigação sanguínea, que êle tinha. A doente, pode-se afoitamente dizer, deve a sua vida ao emprêgo da ansa elás-

FIGURA 1



Aspecto do útero atacado de miomatose em degeneração maligna.

tica, pois doutra maneira todos os meios seriam impotentes para sustar rapidamente a grande hemorragia que se deu e, se persistisse por algum tempo, colocaria a vida da doente em perigo, tal o estado de enfraquecimento em que se encontrava, pelas perdas de sangue anteriores.

EVOLUÇÃO. — Nos primeiros dias, após a operação, M. L. queixava-se de intensas dores, que só abrandavam com injeções de morfina.

Ao 11.º dia cahiu o pedicelo, levantando-se desde então o estado geral da doente.

Três dias depois, appareceu febril, mal disposta e com a volta das dores; praticado de novo o toque vaginal, deu-nos, como primeira impressão, a ideia dum foco que se formava; mas com um exame mais minucioso, vimos que estavamos em frente duma reprodução tumoral, que felizmente estacionou, deixando sair a doente, perfeitamente bem disposta e melhorada do seu mal, em 11 de Dezembro de 1914.

II. Observação laboratorial

Dados analíticos

Tumor n.º 10:817 (1).

EXAME MACROSCÓPICO. — Tumor volumoso, do tamanho duma cabeça de adulto, duro, redondo (fig. 1), forrado pelo útero, que lhe constitue uma bainha ou fôrro espesso, em parte livre da parede uterina, e formado por uma casca exterior, em

(1) Estes números referem-se ao registo do Laboratório do Prof. Dr. Alberto de Aguiar.

muitos pontos aderente à parede uterina e uma massa mole rosada, em alguns sítios como massa cerebral, embebida em líquido gelatinoso ou coloide (fig. 2), circunstância esta a que é devida a falsa flutuação do tumor.

EXAME CITOLÓGICO DIRECTO. — Relativa abundância de massas celulares com núcleos bem salientes e alguns deles muito deformados, mas quasi todos com um ou mais núcleolos. Envólucro protoplásmico irregular; células de tipo fusiforme, alongadas.

EXAME HISTOLÓGICO. — Foram extraídos do tumor três fragmentos para a realização de cortes histológicos:

- I. Fragmento do tumor com cápsula externa;
- II. " " " " parêde uterina;
- III. " " " — massa interna.

Seguindo a técnica histológica n.º 1, e que vai descrita na 3.ª parte d'êste trabalho, obtivemos os seguintes resultados.

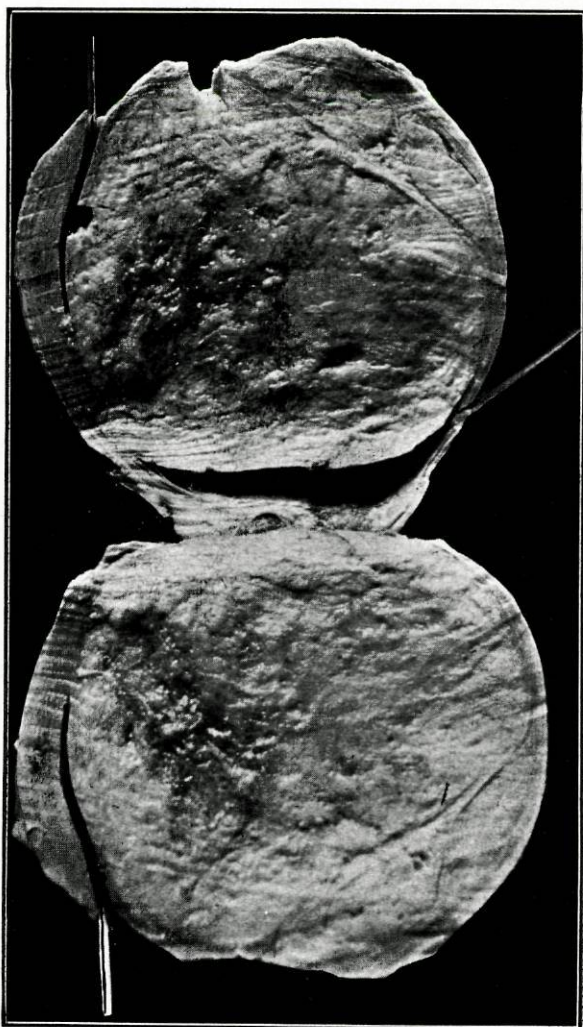
*

* *

Para o primeiro fragmento, arranjamos três preparações, duas das quais foram coradas com hematoxilina de Boehmer e alumen férrico e a terceira com a coloração simples, pela hematoxilina.

Células musculares fusiformes, algumas cortadas segundo o seu comprimento e outras segundo a sua largura, apresentando estas últimas uma configuração arredondada. Estas células, em muitos pontos, agrupam-se para constituir verdadeiros círculos mais ou menos concêntricos, que limitam uma secção vascular. Em algumas, os seus núcleolos são visíveis, não se lhe podendo contudo precisar a

FIGURA 2



Corte mediano da peça representada na figura 1

As varetas de vidro indicam à esquerda, a cavidade uterina, e à direita uma separação entre o tumor e o tecido muscular, que o envolve. Em cima, vêem-se as três falhas do tecido tumoral que foi tirado para o exame histológico.

forma; noutras, depois de minucioso exame, conseguimos descobrir-lhes núcleolos múltiplos.

Na parte mais externa da preparação, a correspondente à cápsula externa, o aspecto geral é um pouco diferente; fascículos musculares estendem-se ondulantes, seguindo todo o bordo do corte, entremeados aqui e além por um vaso de grande calibre. A dupla coloração, empregada com alumen férrico, poucos resultados me deu, deixando a preparação muito clara e indistinta.

*

* *

Para o 2.º fragmento, montamos três preparações em hematoxilina e uma em hematoxilina e eosina.

O aspecto geral é o mesmo: turbilhão de células musculares e bastantes vasos. A parte correspondente à parede uterina é nitidamente diferenciada da restante, devido ao seu aspecto, constituída por longos feixes musculares.

A dupla coloração com a eosina é bastante intensa, mas torna muito nítidas as secções vasculares, os seus contornos musculares e as diversas variedades de turbilhões, formados pelas fibras. Os núcleos celulares conservam a côr violeta da hematoxilina, salientando-se do fundo vermelho, e mostrando a sua forma, por vezes bastante característica (bastonête).

*

* *

A terceira peça, a do conteúdo tumoral, foi examinada em duas preparações coradas pela mesma hematoxilina.

Núcleos celulares arredondados ou alongados, de for-

mas variadas e dispersos no tecido muscular, não obedecendo a nenhuma disposição regular e possuindo os caracteres de células conjuntivas atípicas. Secções de vasos.

EXAME DO SANGUE

N.º 10.828

Contagem de glóbulos brancos	}	1. ^a contagem	16.200
		2. ^a "	17.400
		3. ^a "	16.200
		Média . . .	16.600

Fórmula leucocitária

1. ^a contagem Leischmann	}	Poli.	76,7	2. ^a contagem Unna	}	Poli.	72,5
		Mono.	6,5			Mono.	7,5
		Linf.	16,8			Linf.	20
		<hr/>	100,0			<hr/>	100,0

3. ^a contagem Giemsa	}	Poli.	83,9
		Mono.	3,4
		Linf.	12,1
		Eos.	0,6
		<hr/>	100,0

DIAGNÓSTICO — Mioma intersticial em degenerescência sarcomatosa. Mioma maligno doutros autores.

<i>Caracteres de malignidade que este caso apresenta</i>	}	Aspecto interno do tumor
		Falsa flutuação
		Hemorragias abundantes
		Irrigação sanguínea exagerada
		Reprodução rápida
		Elementos jovens multinucleados e polimorfos.

SEGUNDA OBSERVAÇÃO

M. N., doente da Maternidade do Pôrto.

I. Observação clínica

ESTADO ACTUAL.— Esta doente queixa-se de hemorragias quási contínuas, cólicas uterinas e dôres lombares. Além destes sintomas apresenta um corrimento amarelado, que só pára, quando aparece a hemorragia.

O sangue aparece quási todas as semanas, e é rutilante.

As dôres, hoje muito diminuidas, eram tão fortes, que à doente davam-lhe a sensação de dôres de parto.

Apesar da grande quantidade de sangue que tem perdido, a doente não perdeu as suas côres, e o seu estado geral é muito animador.

*

* *

Pelo exame local, praticando a palpação bimanual, encontramos um tumor móvel, saído da cavidade uterina,

atravessando o cólo e ficando proeminente na vagina. O exame com o especulo faz-nos ver nítidamente êste tumor, saindo pelo orificio inferior do útero, conservando êste sempre aberto.

Pratiquei a hysterometria, e obtive 8^{cm.} de cavidade.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Há perto de ano e meio começou a ter hemorragias, que se manifestavam por uma abundância exagerada de sangue, durante as épocas mens-truais, mas ultimamente estas épocas tem-se amiudado, e há perto de meio ano corre-lhe sangue abundantemente, de 15 em 15 dias, prolongando-se por mais tempo em algumas ocasiões, não chegando, por vezes, a ter um dia sem que lhe corra alguma quantidade.

As dôres começaram há um ano, e eram muito intensas, lembrando-lhe, como atrás já disse, as dôres de parto (contrações uterinas expulsivas); abrandaram ultimamente, persistindo e tornando-se o capital sintoma a hemorragia produzida pela dilatação permanente do cólo uterino.

O seu médico assistente, o ex.^{mo} sr. dr. Castro Soares, de Espinho, aconselhou-a a recolher à Maternidade para ser operada, o que fêz no dia 25 de Janeiro de 1915.

ANTECEDENTES PESSOAIS. — Foi sempre robusta e sadia, e não se lembra de ter outra doença além da actual.

ANTECEDENTES FAMILIARES. — O pai morreu duma apoplexia, aos 60 anos; a mãe morreu também aos 60 anos, victimada por uma lesão cardíaca; sofreu, dos 40 para os 50 anos, teimosas hemorragias (hemorragias da menopausa); mas tudo isso lhe passou. Nunca teve irmãos.

TRATAMENTO. — Extração do tumor, por torsão do seu pedículo, raspagem e cauterização da cavidade uterina.

EVOLUÇÃO. — A doente ficou muito bem disposta, e as hemorragias pararam por completo.

Teve alta no dia 10 de Fevereiro, completamente curada.

II. Observação laboratorial

Dados analíticos

Tumor n.º 11.198.

EXAME MACROSCÓPICO. — Tumor do tamanho duma grande noz, com a forma dum coração, tendo o lugar dos grandes vasos, ocupado pelo pedículo, que o prendia à cavidade uterina (fig. 3). A sua coloração é rosea carregada, mas torna-se muito leve em vários pontos; é relativamente mole e renitente.

É envolvido por uma espécie de bainha, talvez a mucosa, que se reflecte ou se rompe abaixo da implantação do pedículo, ficando em continuação apenas por um lado.

Ao corte, apresenta um tecido branco com algumas manchas róseas, sanguíneas. A parte branca tem o aspecto de turbilhões (mioma ou fibro-mioma). Sem suco e dando pela raspagem uma ligeira sofosidade sanguinolenta, mostrando ao mesmo tempo uma superfície levemente mamilonada.

Range ao corte.

EXAME CITOLÓGICO DIRECTO. — Não revelou nada de interessante, a não ser grande quantidade de glóbulos rubros.

EXAME HISTOLÓGICO. — Foram dois os fragmentos ex-

traídos à massa tumoral, para realização de córtes histológicos:

I. Parte tumoral e parte correspondente ao pedículo, entrando também a reflexão ou ruptura da mucosa.

II. Parte do centro tumoral, onde a vascularização aparece mais intensa.

Da observação microscópica das preparações tiradas destas duas peças, obtivemos os seguintes resultados tumorais:

1.º fragmento — 5 preparações coradas pela hematoxilina de Boehmer. Células musculares quási todas mononucleadas; secções de vasos e turbilhões formados pelas fibras lisas; estas fibras são predominantes em volta do tecido vascular.

2.º fragmento — Depois de corados quatro cortes pela hematoxilina, montamos as preparações, e pudemos tirar os seguintes resultados: tecido muito turbilhonado e extremamente vascularizado; as fibras musculares vêem-se cortadas em todas as direcções e em camadas sôbrepostas: em alguns pontos tornam-se muito longas e estreitas, tomando direcções as mais variadas e desencontradas. Em volta dos vasos agrupam-se e encostam-se umas às outras, em diferentes fileiras, constituindo verdadeiros círculos.

Os núcleos parecem estar isolados, mas muito indistintos.

As duas preparações, examinadas deram-nos sensivelmente o mesmo resultado, o que não é para estranhar, por pertencerem ao mesmo bloco e à mesma peça.

DIAGNÓSTICO — Fibro-mioma uterino sub-mucoso ou cavitário (variedade pólipó) — Pólipo fibroso (classificação de Hart e Barbour).

FIGURA 8



Pólipo miomatoso revestido pela mucosa uterina distendida. Na parte superior, em volta do pedículo apresenta um círculo escuro que é a linha de reflexão e ruptura da mucosa.

TERCEIRA OBSERVAÇÃO

A. L., doente da enfermaria n.º 9 do Hospital Geral de Santo António.

I. Observação clínica

ESTADO ACTUAL.—Dureza notável junto ao quadril direito, doendo-lhe só à palpação. Hemorragias abundantes.

Quando anda, dá-lhe a impressão de que se lhe despegam todos os órgãos.

*

* *

O exame local deu o útero em latero-versão esquerda; e na fossa ilíaca direita palpa-se um enorme tumor, sendo êste o que origina a mudança de posição uterina.

O aspecto geral da doente, apesar de tudo, é bom e não tem dores, a não ser as produzidas pelos exames.

HISTÓRIA DA DOENÇA.—Descobriu, há quatro anos, junto

ao quadril direito, esta dureza; consultou o médico, e êste receitou-lhe uns curativos que lhe foi fazendo. Como o volume aumentasse e a doente se fôsse assustando, resolveu entrar para o Hospital e, quando estava para o fazer, appareceu-lhe a primeira hemorragia, apressando desde logo a sua entrada.

ANTECEDENTES PESSOAIS. — Teve o sarampo aos três anos, e até à idade em que casou, não se lembra de ter tido doenças de importância.

Começou a ser menstruada aos 16 anos, e casou aos 21; teve quatro filhos, correndo-lhe sempre muito bem o tempo de todas as gravidezes, bem como os partos.

Já depois de casada foi acometida por dois ataques de varíola, deixando-lhe o segundo bastantes cicatrizes.

ANTECEDENTES FAMILIARES. — O pai faleceu vitimado por uma pleuresia; a mãe é viva e tão saudável, que nunca precisou de tomar remédios; tem um irmão que também é saudável.

TRATAMENTO. — Histerectomia abdominal, ablação do tumor e anexos.

O neoplasma estava implantado no ligamento largo direito, comprimindo o útero para o lado oposto; estava muito aderente e deu grande trabalho a extrair, originando por vezes grandes hemorragias, sendo a mais importante a da uterina esquerda, que foi rapidamente dominada.

EVOLUÇÃO. — A doente conservou-se bem em todo o tempo que decorreu do dia da operação até ao da sua alta.

II. Observação laboratorial

Dados analíticos

Tumor n.º 11:230.

EXAME MACROSCÓPICO. — Tumor do tamanho duma cabeça de feto ou talvez maior. Pesa um quilo e oitenta gramas.

É bosselado e a coloração é muito variada, conforme o ponto que se examina; aqui é esbranquiçado, mais além apresenta uma coloração rósea carregada; ramos venosos muito dilatados circunscrevem-no em diferentes direcções.

Este neoplasma, que como já dissemos estava implantado no ligamento largo do lado direito, empurrando o útero para a esquerda, continua-se com êste por um espessamento do mesmo ligamento (fig. 4).

O útero está um pouco móvel em relação ao tumor; as trompas mais ou menos normais e os ovários apresentam quistos múltiplos de vários tamanhos, evidenciando-se um maior que todos os outros; além disso estão muito atrofiados.

Aberto primeiro o útero, pude verificar que a sua cavidade está completamente isolada, sem comunicação de natureza alguma com o tumor, e apresenta várias equimoses na mucosa, talvez devidas à compressão do neoplasma.

O corte do tumor mostra uma variedade enorme de aspectos: tecido róseo, ondulado, sem suco e turbilhonado (miomatoso) serve de base a núcleos de aspectos variados, como sejam um de *degenerescência colóide e caseosa*, esbranquiçado com o aspecto gelatiniforme e em correspondência com uma grande mancha branca de aspecto caseoso, situada na parede externa da neoplasia; outro núcleo, muito *hemorrágico*, reúne-se a um mais pequeno também *gelatiniforme*.

A parte que liga o tumor ao útero, parece ter algum tecido fibroso, porque é muito dura, tem o aspecto característico do fibro-mioma, e além disso range ao corte; as fibras, nesta parte do tecido, estão enroladas em turbilhões, e apresentam uma coloração branca, nacarada.

Em todos os pontos do corte ficam patentes secções vasculares muito dilatadas.

EXAME CITOLÓGICO DIRECTO. — Não deu nada de importante, apesar de se ter procedido com todo o cuidado e método à raspagem isolada de cada uma das partes, que apresentavam diferentes aspectos.

Apenas glóbulos rubros no núcleo hemorrágico; e nenhum suco se conseguiu obter do tecido francamente miomatoso.

EXAME HISTOLÓGICO. — Extraímos cinco fragmentos dêste tumor, para proceder à respectiva análise microscópica.

- I. Fragmento do núcleo hemorrágico;
- II. " de deg. coloide e caseosa;
- III. " da parte miomatosa pura;
- IV. " da parte que une o tumor ao útero, e que corresponde ao espessamento do lig. largo;
- V. Fragmento da parede uterina independente da lesão.

RESULTADOS

1.º	fragmento	—	7	preparações (hematoxilina);
2.º	"	—	3	" (");
3.º	"	—	7	" (");
4.º	"	—	3	" (");
5.º	"	—	10	" (").

FIGURA 4



Fibro-mioma do ligamento largo. — Degeneração poliquística do ovário.

1.º FRAGMENTO

Aspecto miomatoso já descrito nas outras observações. Secções vasculares bastante numerosas.

2.º FRAGMENTO

O aspecto geral do tecido é mais ou menos enredado, com trabéculas, seguindo diferentes direcções e aqui e além com células arredondadas e multinucleadas, células miomatosas dispersas, núcleos indistinctos e separados por tecido atacado de degenerescência.

3.º FRAGMENTO

Aspecto perfeitamente análogo ao já descrito, a respeito da 2.ª observação.

4.º FRAGMENTO

Fibras longas e sinuosas, tomando diversas direcções e sentidos. Grandes secções vasculares alongadas e achatadas.

5.º FRAGMENTO

Feixes musculares, seguindo direcções variadas. Grande quantidade de vasos.

EXAME DO SANGUE

N.º 11.175

Contagem de glóbulos	{	Branco	6.460
		Rubros	5.200.000

Fórmula leucocitária

1.ª contagem Leischmann	{	Poli.	70,8	2.ª contagem Unna	{	Poli.	76,6
		Mono.	8,0			Mono.	6,7
		Linf.	15,8			Linf.	16,7
		Eosi.	5,4				
		<hr/>	100,0			<hr/>	100,0

3.ª contagem Giemsa	{	Poli.	60,0
		Mono.	9,1
		Linf.	27,5
		Eosi.	3,4
		<hr/>	100,0

ANÁLISE DA URINA

Volume — 1 litro e 90 gr. (24 h.).

Albumina	}	não contém.
Assucar		

DIAGNÓSTICO — Fibro-mioma do ligamento largo com núcleos de degenerescências colóide, caseosa e hemorrágica.

QUARTA OBSERVAÇÃO

P. F., doente da enfermaria n.º 13 do Hospital Geral de Santo António:

I. Observação clínica

ESTADO ACTUAL. — A doente queixa-se-nos de frequentes dores útero-anexiais, que a encomodam muitíssimo; a dor sobre a região ovárica direita é muito intensa, propaga-se para a perna e dificulta-lhe os movimentos. Sente também dores lombares. Apesar d'êste seu sofrimento come com apetite e o seu estado geral é bom.

*

* *

Procedendo ao exame local e praticando as palpações abdominal e bimanual reconhecemos o ovário direito aumentado de volume e muito doloroso; além disso, sente-se também um aumento do ovário esquerdo, embora seja mais insignificante.

As dores no útero são ligeiras e êste exame nada revelou de anormal.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — A doente teve um abôrto há quatro meses, ficando desde então sempre a sofrer. Quando êle terminou e passados alguns dias, sobrevieram-lhe abundantes hemorragias, deixando-a muito fraca e abatida. De então para cá, enquanto duram os períodos menstruais, sente fortes dores nos ovários, especialmente no direito; estas dores teem aumentado em intensidade e cada vez se tornam mais freqüentes: começaram a aparecer mesmo fora das épocas menstruais, encomodando-a muito. Como êste estado persistisse, e a doente não sentisse melhoras absolutamente nenhuma com um tratamento médico que lhe tinha sido instituído, resolveu entrar para o Hospital a fim de ser operada.

ANTECEDENTES PESSOAIS. — Teve a variola em pequena tendo ficando com bastantes cicatrizes. Aos 16 anos teve grandes dores nos ossos, tendo tomado muito iodeto.

Casou aos 20 anos, ficando extremamente fraca depois do casamento, andando a tomar cola durante bastante tempo. Teve três filhos e um abôrto, a que atrás já me referi.

ANTECEDENTES FAMILIARES. — A mãe morreu tuberculosa há 29 anos. O pai é vivo e tem 50 anos; é obeso, sofrendo também do coração; foi casado duas vezes. Teve um único irmão.

TRATAMENTO. — Laparotomia mediana para ovariectomia dupla. Foram, portanto, postos a descoberto o útero e respectivos anexos, podendo então verificar a transforma-

ção quística de que os ovários estavam atacados; o maior dos quistos foi aberto durante a operação. Na parede uterina, por baixo do peritônio, encontrou-se implantado um tumor muito duro, do tamanho duma noz pequena. Foi extraído, assim como os ovários e respectivas trompas.

EVOLUÇÃO. — A doente saiu bem disposta e curada da sua doença, um mês depois de operada.

II. Observação laboratorial

Dados analíticos

Tumor n.º 11:275.

EXAME MACROSCÓPICO. — Tumor com o tamanho e a forma dum morango grande (fig. 5); a sua coloração é rósea, tornando-se acentuada em alguns pontos. É trilobado e apresenta mais algumas pequenas bosseluras; é extremamente duro; com uma consistência verdadeiramente petrea.

O corte do tumor deu grande trabalho a efectuar, sendo preciso o auxílio duma forte faca e dum martelo. O aspecto da superfície interna é o duma fôlha de trevo, pouco mais ou menos; a cápsula perfeitamente nítida é mole, contrastando nitidamente com o centro duro e amarelado (fig. 6). A coloração destas duas partes varia como dissemos: a parte degenerada é amarela, semeiada de pontuações brancas e a cápsula é nitidamente rósea.

EXAME CITOLÓGICO DIRECTO. — Sem suco de qualidade alguma; pela raspagem da superfície do corte, apenas conseguimos obter grãos calcáreos.

EXAME HISTOLÓGICO. — Extraímos para cortes duas pe-

ças cuneiformes, entrando nelas a cápsula e parte do centro tumoral.

Empregamos neste caso a técnica n.º 2 (3.ª parte), devido à dureza do tumor.

RESULTADOS

O líquido de Bouin, actuou sobre as peças durante 5 meses, não dando resultados quasi nenhuns.

O líquido picro-nítrico actuou durante 15 dias à temperatura de 36°, dando os mesmos resultados.

O alcool nítrico, actuando à mesma temperatura, durante 4 meses, não completou também a descalcificação; as peças não ficaram ainda em condições de poderem ser cortadas.

Este facto aliado ao dos caracteres anátomo-patológicos já descritos, demonstram uma intensa calcificação compacta, abrangendo a massa de células e portanto impenetráveis aos líquidos amolecedores.

É de resto crível, que o exame histológico seria neste caso pouco elucidativo, em face da natureza do tumor.

DIAGNÓSTICO—Pondo de parte a *salpingo-ovarite dupla* de que a doente era portadora, diagnosticaremos um **fibro-mioma sub-peritoneal em forte degeneração calcárea; pedra uterina** de alguns autores.

*

* *

A doente não se queixava dèste tumor, porque tinha parado na sua evolução.

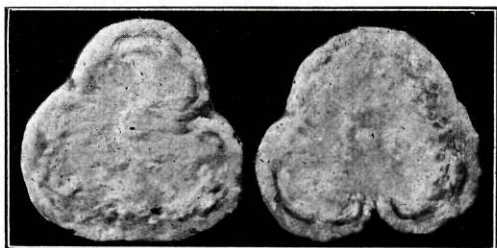
Esta formação dos sais de cal constituiu um processo de cura espontânea (*M. Letule e L. Nattan-Larrier*).

FIGURA 5



Mioma invadido por degeneração calcárea.

FIGURA 6



Corte do mioma da figura 5

Aspecto de uma folha de trevo, apresentando uma orla fibrosa, que é o resto do tecido tumoral: tudo o mais é uma concreção calcárea duríssima, que teve de ser partida a martelo.

QUINTA OBSERVAÇÃO

M. F., doente pensionista da Maternidade do Pôrto:

I. Observação clínica

ESTADO ACTUAL.— A doente queixa-se-nos de bastantes hemorragias e muito abundantes; tem uma leucorreja amarelada nos intervalos das hemorragias. Sente bastantes dores nas regiões lombares; dispneia; polaquúria; constipação.

*

* *

Pelo exame local apreciamos um abaulamento considerável, dando-nos à primeira vista a impressão duma gravidês de termo; mas feito um exame minucioso, fêz pôr logo de parte tal ideia, tornando-se bem nítido o diagnóstico diferencial.

HISTÓRIA DA DOENÇA.— A doente deu fé dêste tumor

há três anos; há seis meses, apareceram-lhe as perdas sanguíneas, passando a ser assistida duas vezes por mês.

ANTECEDENTES PESSOAIS. — Não se lembra de ter tido doenças. Começou a ser assistida na idade de 15 anos.

ANTECEDENTES FAMILIARES. — A mãe morreu dum ataque cerebral; sofria dum prolapso uterino. O pai ainda está vivo e é muito saudável. Tem uma irmã também com saúde.

TRATAMENTO. — Foi feita a laparotomia mediana: o tumor estava implantado por larga aderência ao fundo da bexiga e com conexões ao ligamento largo direito, ao intestino e grande epiploon. Uma vez separadas estas aderências, trabalho delicado e demorado, enucleou-se o tumor. A aderência vesical teve de ser dissecada cuidadosamente, tal a força da conexão entre o tumor e a bexiga; enquanto se procedia a esta disseção o tumor abriu-se e um líquido sanguinolento carregado saiu do seu interior; foram tirados dois litros e meio aproximadamente.

EVOLUÇÃO. — Correu muito bem todo o tempo de internato post-operatório, saindo a doente, dentro de pouco tempo, perfeitamente curada do seu mal.

II. Observação laboratorial

Dados analíticos

Tumor n.º 11:249.

EXAME MACROSCÓPICO. — Tumor em saco (quisto) com paredes duras, nuns sitios bastante espessas, apresentando

quási por todo êle o aspecto miomatoso; em alguns pontos as paredes são mais finas (fig. 7), principalmente no ponto onde se dava a aderência com a bexiga, indicando claramente a próxima resolução e esvaziamento do tumor por êsse órgão. A coloração rósea avermelhada em alguns sitios tornava-se mais carregada noutros. Uma irrigação sanguínea muito abundante mostra uma rede venosa superficial muito dilatada. O tumor conserva ainda restos da trompa esquerda à qual estava aderente e também do grande epiploon por lhe estar igualmente prêso.

Vêm-se varios quistos pequenos, espalhados por toda a superficie tumoral, salientando-se dois, pelo seu tamanho; uma vez abertos, deixaram correr — o primeiro um líquido hemorrágico análogo ao do quisto principal, hemorragias que devem ter sido produzidas por ruturas vasculares intra-quísticas; o segundo um líquido citrino com a côr e o aspecto dos líquidos quísticos normais. Todos os pequenos quistos estão cheios de líquidos semelhantes.

Ao corte, apresenta o aspecto francamente miomatoso e, nos pontos mais duros, núcleos amarelos escuros, que aparecem, quer distribuidos à superficie tumoral, quer implantados na parte interna da parede; estes núcleos são bastante duros e consistentes.

EXAME CITOLÓGICO DIRECTO. — A raspagem feita sôbre a massa tumoral não tirou suco importante, a não ser um líquido sanguinolento; e ao microscópico revelou bastantes glóbulos rubros.

*

* - *

Pelo motivo já dito no prefácio dêste modesto trabalho, foi-nos completamente impossível completar esta observação

com o exame histológico, mas como conservamos em nosso poder as peças incluídas em parafina (1), mais tarde completaremos gostosamente o nosso trabalho.

EXAME DO SANGUE

N.º 11.248

Contagem
de glóbulos brancos } — 7.300

Fórmula leucocitária

1. ^a contagem Leischmann	{	Poli.	71,9	2. ^a contagem Unna	{	Poli.	57
		Mono.	5,6			Mono.	9,0
		Linf.	17,7			Linf.	34
		Eosi.	4,8				
		100,0				100,0	

3. ^a contagem Giemsa	{	Poli.	52,6
		Mono.	6,8
		Linf.	37,7
		Eos.	2,9
		100,0	

DIAGNÓSTICO — Fibro-mioma com degenerescência quística. Géodo, segundo Cruveilhier.

(1) Tiramos para cortes histológicos as seguintes peças:

- I. Parte da parede onde era mais espessa;
- II. " " " " " delgada e apresentava nódulos;
- III. Parte da parede tumoral que ligava com a bexiga;
- VI. Parte da parede tumoral onde os núcleos amarelos eram mais externos.

FIGURA 7



Interior da degeneração quística de um mioma. Na parte média da figura, vê-se um corte, que é a abertura de um quisto secundário.

SEXTA OBSERVAÇÃO



G. de J. M., doente do Hospital do Carmo.

I. Observação clínica

ESTADO ACTUAL.—Esta doente queixa-se-nos de algumas dores abdominais, mas pequenas. Tem apetite e alguns vômitos inúteis; sente tonturas e uma sensação de peso estomacal após as refeições.

*

* *

O exame local, depois de praticada a palpação bimanual, deu como resultado um útero enormemente deformado; o seu volume está exageradíssimo e sentimos muitos lobos, dando-nos a sensação de uma superfície uterina muito irregular.

HISTÓRIA DA DOENÇA.—Há um ano, que a doente deu

conta da existência dêste tumor; costumava ser muito regulada nas épocas menstruaes e desde então notou que estas se amiudavam bastante; um pêso no baixo ventre começou a incomodá-la e a sentir certa dificuldade em urinar. Lembrou-se, então, que teria algum tumor, mas não consultou o médico; só se resolveu a isso agora, que se sente pior, dando logo entrada neste Hospital para ser operada.

ANTECEDENTES PESSOAIS. — Sarampo e variola nas primeiras idades. Começou a ser assistida aos 15 anos, conservando-se regular até há um ano, começando desde logo a sofrer desta doença como atrás já disse.

ANTECEDENTES FAMILIARES. — O pai morreu com 40 anos no Brasil, victimado por uma febre. A mãe tem 77 anos, e é saudável. Tem três irmãos: o mais velho muito saudável contrasta perfeitamente com os outros dois, que sofrem bastante do estomago.

TRATAMENTO. — Histerectomia abdominal sub-total. Toda a operação correu muito bem.

EVOLUÇÃO. — Depois de uma rápida convalescença teve alta, perfeitamente bem disposta.

II. Observação clínica

Dados analíticos

Tumor n.º 11.362.

EXAME MACROSCÓPICO. — Tumor volumoso com o pêso de um quilo e quinhentas gramas. A coloração é leve-

mente rósea. Apresenta bastantes lóbulos, sendo um do tamanho de uma cabeça de féto e vários outros mais pequenos.

É revestido pelo peritoneo fácilmente descorticável.

A abertura inferior da cavidade uterina está colocada na parte posterior do tumor. Êste está nítidamente implantado no útero, tomando grande parte do seu corpo.

No corte (fig. 8) a cavidade uterina está dobrada em ângulo recto, devido à pressão que o principal lóbulo tumoral exerce sôbre o útero; êste lóbulo é fácilmente descorticável; está implantado na parede posterior, tendo mais abaixo um outro pequeno tumor. Ao lado do primeiro vê-se outro de exiguas dimensões.

Na parede anterior vemos um aglomerado destes pequenos núcleos tumorais, cinco ao todo. Todos estes nódulos são intersticiais, implantados no meio das camadas musculares, deixando as paredes uterinas (parte mucosa), completamente livres e independentes. A peça contém ainda mais tumores, que não puderam ser apanhados por êste corte.

O tumor principal apresenta o aspecto de massa cerebral, mas endurecida. Qualquer dos outros tem o aspecto característico dos miomas (fibras em turbilhões).

Todos estes tumores são fácilmente isoláveis da peça mãe, todos possuem planos de clivagem, todos são duros e rangem ao corte.

A cavidade uterina apresenta um líquido mais ou menos gelatinoso — corrimento devido à metrite ocasionada pela visinhança do tumor.

EXAME CITOLÓGICO DIRECTO. — Ausência de suco por raspagem.

EXAME HISTOLÓGICO (1).

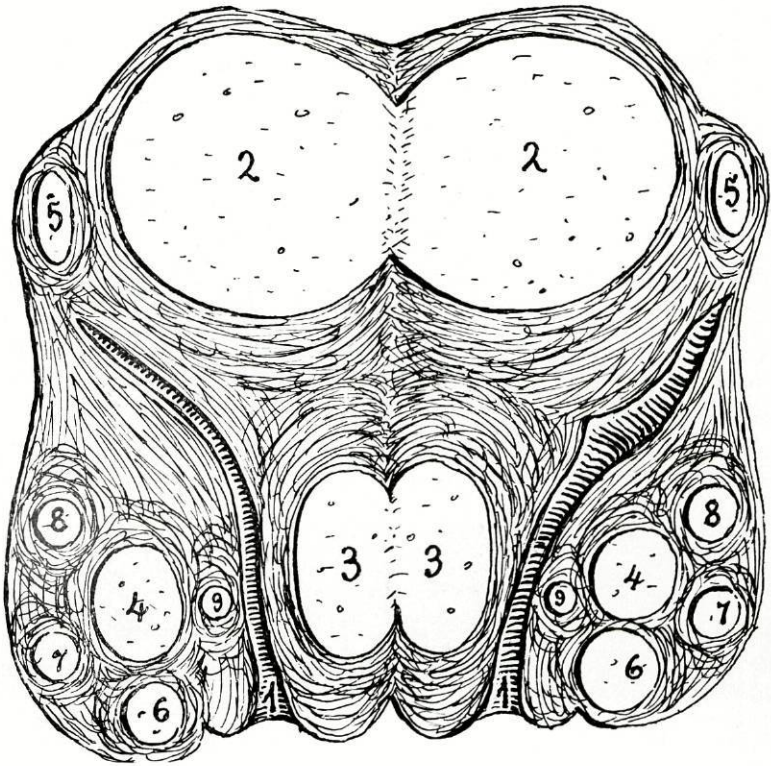
DIAGNÓSTICO — Degeneração miomatosa do útero — **Fibro-miomas múltiplos**, um dos quais já tem sofrido a *degenerescência colóide*.

É este um dos casos que mais frequentemente aparece.

(1) São quatro as peças que temos preparadas para posterior conclusão do nosso trabalho:

- I. Parte do tumor principal;
- II. „ da outra neoplasia posterior, imediatamente inferior em tamanho à primeira;
- III. Parte da parede muscular uterina;
- IV. Pequeno nódulo anterior completo.

FIGURA 8 (*)



1. 1 — Cavidade uterina, que se encontra alongada e deformada, e foi aberta verticalmente pelo corte mediano do útero.
- 2, 2 — Mioma principal da parede posterior a qual, em parte, se tornou superior, dobrada pelo peso da neoplasia.
- 3, 3, 5, 5 — Outras miomas de parede posterior.
- 4, 4, 6, 6, 7, 7, 8, 8, 9, 9 — Pequenos miomas da parede anterior.

(*) Esta figura é assimétrica, porque a peça tinha-se retraído muito desigualmente antes de se fazer o desenho.

SÉTIMA OBSERVAÇÃO

L. M. M., doente da enfermaria n.º 8 do Hospital Geral de Santo António, operada pelo Prof. Roberto Frias.

I. Observação clínica

ESTADO ACTUAL. — A doente queixa-se de grande pêso no baixo ventre, dificuldade na micção e constipação. Tem tido grandes hemorragias, alternadas duma leucorreia abundante; sente além disso fortes dores lombares.

Está magra, anémica e habitualmente triste.

*

* *

A palpação bimanual revelou-nos a existência dum volumoso tumor, implantado na parede uterina.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Já sofre há muitos anos, tendo-lhe sido a operação já indicada; como ultimamente o seu

estado geral peorasse, baixou ao Hospital para efectuar todo o tratamento que precisasse.

ANTECEDENTES PESSOAIS. — Tem sido sempre saudável; há dois anos, juntamente com o padecimento que a apoquentava, começou a sofrer dos rins.

Principiou a ser menstruada aos 14 anos.

ANTECEDENTES FAMILIARES. — Nada de importante.

TRATAMENTO. — Histerectomia abdominal sub-total. A operação correu muito bem.

EVOLUÇÃO. — A doente após a operação nunca mais urina e êste estado persiste de tal maneira, que se torna urgente uma segunda intervenção; é praticada uma *nefrectomia* com rachianestesia. Desde então o rim começa a funcionar, mas o estado geral da doente é cada vez peor e morre passados 3 dias.

AUTÓPSIA. — Revelou-nos como causa produtora da morte uma *esclerose renal dupla*.

II. Observação laboratorial

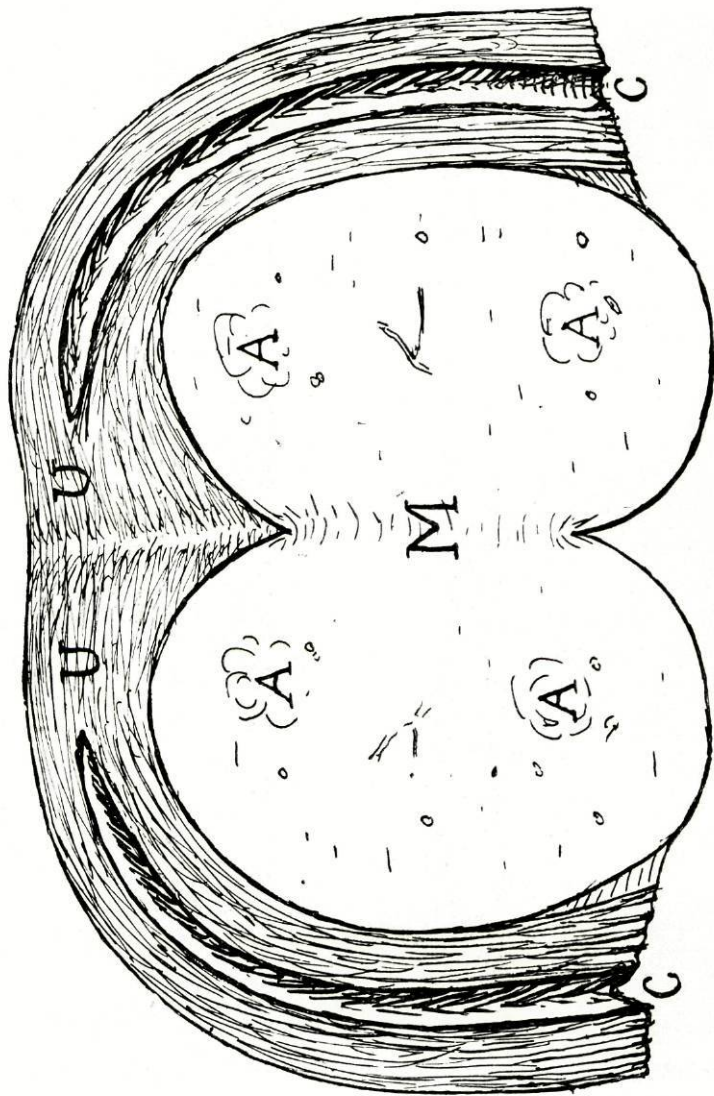
Dados analíticos

Tumor n.º 11:482.

Pêso, 2 k. e 334 gr.

ASPECTO MACROSCÓPICO. — Tumor do tamanho duma cabeça de adulto. A coloração rósea torna-se carregada em alguns pontos. Aos lados, na parte superior do tumor vêem-se os ligamentos largos, os ovários e as trompas; a

FIGURA 9



M — Mioma único, implantado na parede posterior do útero.
A, A, A, A — Núcleos de degenerescência colóide.
C, C — Cavidade uterina.
U, U — Tecido uterino.

abertura da cavidade uterina aparece como uma fresta na parede anterior, na união do terço inferior com o terço médio. Os ovários estão enquistados.

O corte tumoral mostra-nos um nódulo implantado na espessura da parede posterior (fig. 9). O aspecto é francamente miomatoso, com alguns vasos cortados, de grande calibre.

Apresenta em vários pontos princípio de degenerescência colóide. A face interna do útero apresenta bastantes equimoses, deixando correr uma sorosidade abundante.

EXAME CITOLÓGICO DIRECTO. — Por raspagem obtivemos um líquido sanguinolento, que nos deu ao microscópio alguns glóbulos rubros já alterados.

EXAME HISTOLÓGICO (1).

DIAGNÓSTICO — Fibro-mioma intersticial com princípio de degenerescência colóide.

(1) Temos três peças incluídas em parafina para poder-mos concluir esta observação logo que nos seja possível:

- I. Parte onde existia a degenerescência colóide;
- II. „ onde o mioma era puro;
- III. „ contendo mioma, parede muscular e mucosa uterina.

TERCEIRA PARTE —————

Técnicas histológicas
empregadas —————

Técnica n.º 1

Fixação em sublimado; inclusão em parafina e clorofórmio

Esta técnica foi por nós seguida em quasi todas as observações por nos parecer simples e muito vantajosa; foi-nos também indicada por o nosso mestre Prof. Alberto de Aguiar. Apenas na quarta observação tivemos de fazer-lhe algumas variantes em virtude na natureza do tumor; adiante verêmos quais essas modificações.

Resumo dos diferentes tempos em que se decompõe esta técnica

- 1.º Conservação da peça em sublimado durante 24 horas;
- 2.º Lavagem em água corrente durante o mesmo tempo;
- 3.º Introdução em alcool a 70º (24 horas);

- 4.º Introdução em álcool a 80º (24 horas);
- 5.º " " " a 90º (24 ");
- 6.º " " " absoluto-I-(12 h.);
- 7.º " " " " -II-(12 h.);
- 8.º " da peça em clorofórmio-I-(12 horas);
- 9.º Introdução da peça em clorofórmio-II-(12 horas);
- 10.º Inclusão em parafina e clorofórmio (12 horas);
- 11.º Inclusão em parafina (12 horas).

O sublimado tem o papel de fixador e a lavagem em água corrente tem por fim tirar todo o sublimado que possa ficar em excesso entranhado na peça.

A série de alcoóis a que é submetido o fragmento tumoral tem por fim endurecê-lo. Convem juntar ao primeiro álcool tintura de iodo, que vem transformar o bicloreto ainda existente na peça, em biodeto, que é mais solúvel; conhece-se esta reação por a mistura álcool-iodada se tornar mais clara. Quando esta mudança de côr se tornar acentuada deve-se juntar ao álcool a 80º também tintura.

Ao endurecimento feito pelos alcoóis deve seguir-se o clorofórmio, que é solúvel naquêlo, servindo assim de têrmo de transição entre o álcool e a parafina, que por sua vez sendo solúvel no clorofórmio penetra mais fácilmente na peça.

A inclusão em parafina e clorofórmio deve ser feita, tomando partes iguais de cada uma das substâncias e conservando a peça nesta mistura durante 12 horas, à temperatura de 52°.

A inclusão em parafina simples deve ser feita durante o mesmo prazo de tempo e na estufa à mesma temperatura.

12.º Introdução das peças em caixas de papel, cheias de parafina líquida, que endurece ao contacto com o ar;

13.º Separação dos blocos de parafina das caixas e preparação destes para cortes;

14.º Realização de cortes no microtomo;

15.º Colocação dos cortes nas lâminas;

16.º Coloração;

17.º Montagem;

18.º Etiquetagem.

Vejamos agora algumas particularidades dignas de nota em cada um destes últimos tempos.

As pequenas caixas de papel, a que me refiro no 12.º tempo desta técnica, fazem-se simplesmente e substituem com vantagem os quadros metálicos que os histologistas citam para êste efeito; além de serem mais dispendiosos, necessitam de um conjunto de circunstâncias para facilitar a entrada e a conservação da parafina, bem como para a saída dos blocos; estes quadros de metal, formados por dois ângulos rectos separados, permitem aumentar

ou diminuir o espaço destinado a levar a parafina, conforme a peça é bastante grande ou pelo contrário muito pequena; necessitam de um fundo especial, que pode ser arranjado com uma lâmina, ficando, pois, êste conjunto muito menos sólido e consistente do que uma simples caixa feita de um papel encorpado; além disso, nas caixas metálicas é absolutamente necessário untar toda a superfície interna com vaselina para no fim do endurecimento da parafina, o bloco poder deslocar-se mais facilmente.

O tempo 13.^o realiza-se com extrema facilidade: basta desfazer a pequena caixa, desdobrando-a, para esta se separar com rapidez da peça. Como o bloco tem quási sempre parafina em excesso e a peça muitas vezes está profundamente incluída, convêm com o auxílio de um bisturí tirar êsse excesso, tendo o cuidado de não ferir o fragmento tumoral incluído.

Uma vez executada esta pequena prática, aquece-se o suporte do micrótomo e êste aquecido derrete a parafina da peça, que se lhe tem posto em contacto, ficando-lhe logo sólidamente aderente pelo arrefecimento que se opera com rapidez; coloca-se o suporte com a peça montada no micrótomo e realizam-se os cortes com toda a paciência e dispondo de tempo, para poderem saír perfeitos. Algumas vezes saem em séries, aderentes uns aos

outros, a que se chamam *fitas*. A colocação dos cortes nas lâminas constitui um dos tempos mais delicados da técnica histológica e vejamos como é conveniente proceder para a sua realização: os cortes são reunidos numa caixa de *Petri*, que se cobre, para evitar que a corrente de ar ou a própria respiração os faça voar, o que acontece muito frequentes vezes, tal é a sua fraca espessura. Quanto mais fino é o corte, tanto mais difícil será a sua montagem, mas mais valor terá para o nosso estudo.

Podêmos, numa cápsula, aquecer água destilada, tendo o cuidado de com o termómetro verificar, que a sua temperatura não ultrapasse o ponto de fusão da parafina com que se trabalha; tendo nós a água nestas condições, deitamos uns poucos de cortes na cápsula, tendo previamente desinfectado e limpo com todo o escrúpulo as lâminas necessárias para o número de cortes a montar; os cortes chegados à água quente desdobram-se rapidamente e com o auxílio de uma cápsula podem-se colocar assim desdobrados sôbre as lâminas.

Esta técnica pode ser um pouco modificada: aquecer a água e com uma pipeta colocar uma pequena quantidade desta sôbre o vidro, passando depois o corte da caixa de *Petri* directamente para a lâmina; para nós tem a vantagem de diminuir o número de manipulações a dar ao corte, que como sabemos é muito delicado.

Colocados e estendidos estes sôbre as lâminas, torna-se urgente fixá-los. Há fixadores próprios, que muitos autores estrangeiros aconselham, mas a técnica que seguimos, que nos foi aconselhada pelo Prof. Aguiar, deu-nos ótimos resultados; por meio da *capilaridade*, produzida por uma pressão vertical sôbre o corte, êste adere intimamente à superfície do vidro e difficilmente se desprende. A pressão é feita com um pouco de algodão humedecido, aplicado directamente sôbre a lâmina, por cima do corte; para isto a lâmina deve estar perfeitamente assente sôbre toda a sua superfície, para evitar fractura do vidro. Completa-se êste tempo com uma demora na estufa, a 30°, durante 24 horas, para secar completamente a preparação.

Para efectuarmos a coloração, precisamos de seguir uma técnica especial que nos prepare o campo para a absorpção dos corantes e que o deixe no seu estado primitivo, uma vez aqueles absorvidos pelo tecido.

São sete os tempos de que temos de lançar mão para efectuar as colorações dos cortes, e destes sete podêmos considerar os três últimos como preparadores da peça para a montagem:

1.º Xilol — dissolvente da parafina;

2.º Alcool absoluto

 " a 90°

 " a 70°

} Têm por fim retirar o xilol.

Técnica n.º 2

I. A técnica, que se segue, foi utilizada na análise laboratorial do tumor n.º 11:275 — 4.ª observação.

Como vimos atrás, o tumor era tão duro, que teve a designação de *pedra uterina* e que só com faca e martelo se conseguiu abrir. Nestas circunstâncias e antes de proceder à série atrás mencionada, precisamos de empregar um líquido descalcificador. Usamos o líquido de *Bouin*, formol picro-acético, que além de descalcificador, fixa ao mesmo tempo e dá-nos a vantagem de evitar o emprêgo do sublimado.

O formol picro-acético tem a seguinte composição:

{	Ácido pícrico — solução aquosa saturável	75
{	Formol puro.	20
{	Ácido acético glacial	5

Este líquido deve conservar as peças durante bastante tempo, para a desmineralização se poder fazer completamente. O tempo marcado pelos autores para o líquido de *Bouin* actuar é de 3 horas, outros conservam-nas neste líquido durante 24 horas, mas o mais prático é prolongar a demora das peças no *Bouin* o tempo que fôr preciso, até se ter a certeza de a descalcificação estar completa, o que se obtêm, quando as peças forem fácilmente penetráveis por uma agulha muito fina.

Caso a descalcificação se não dê, passados bastantes meses, e embora se tenha renovado o *Bouin* por várias vezes, inutil será insistir; é porque o líquido não descalcifica mais. Temos de recorrer então aos ácidos, visto a peça ter sido já fixada por o líquido de *Bouin* e não nos ser permitido o emprego de outros descalcificantes, como o líquido de *Zenker*, licor de *Flemming* e mesmo o licor de *Müller*, embora seja mais fraco.

Sabemos já, que, na nossa observação, foi inútil a acção do *Bouin* durante 5 meses.

II. Tivemos de recorrer ao líquido picro-nítrico durante 15 dias e à temperatura de 36°.

Este líquido, composto de 2^{cc} de ácido nítrico e de 100^{cc} de uma solução aquosa saturada de ácido pícrico, deu os mesmos resultados que o anterior, persistindo as peças por descalcificar.

Este descalcificante é poderoso, visto que *Ma-*

lassez conseguiu, por meio do seu emprego, obter cortes em série de fragmentos volumosos de maxilares com dentes; mas as nossas peças resistiram-lhe.

III. Lançamos, então, mão do *alcoól nítrico* e aí persistiram durante alguns meses, actuando à temperatura de 36°.

Êste alcoól nítrico é composto da seguinte maneira:

{	Ácido nítrico	3 a 7 ^{cs}	conforme o grau de	
			calcificação da peça e a	
			rapidez que se deseja dar	
			à descalcificação.	
{	Alcoól	100 ^{cs} .		

Segundo os autores descalcifica em alguns dias, com a condição de ser renovado.

As peças ficam amarelas, mas lavam-se depois na série dos alcoóis, que as endurece ao mesmo tempo.

Seguimos no nosso caso a mesma técnica e poucos resultados obtivemos.

IV. Podemos ainda em alguns casos usar com vantagem uma solução de ácido nítrico e floroglucina em água (20 grs. do primeiro, 1 gr. da segunda para 100 grs. de água).

A solução é mais concentrada que as anterio-

res, visto a floroglucina não ser descalcificante e proteger assim as peças contra a acção dos outros líquidos.

Este processo parece não ter dado bons resultados.

A demora na estufa a 36° facilita a descalcificação.

A técnica histológica a seguir é a da n.º 1 já descrita, dispensando apenas o sublimado, como fixador e a lavagem em água durante 24 horas, que tinha por único fim tirar o bicloreto de mercúrio, ótimo fixador, mas péssimo descalcificador.

BIBLIOGRAFIA

I PARTE — Patologia clínica

Raymond Tripier, 1904. — Traité d'anatomie pathologique générale.

M. Letule e L. Nattan-LARRIER, 1912. — Précis d'anatomie pathologique.

O. Bollinger. — Atlas und grundriss der pathologischen anatomie.

Ch. Bouchard, 1900. — Traité de pathologie générale.

Dyplay et Casin, 1903. — Les tumeurs.

H. Hallopeau et E. Apert, 1904. — Pathologie générale.

Alexandro Lüstig, 1902. — Pathologie générale.

S. Pozzi, 1905. — Traité de gynécologie clinique et opératoire.

E. Forgue, 1912. — Précis de pathologie externe.

Ŷ. Barrozi, 1907. — Manuel de gynécologie pratique.

Ernest Ziegler, 1905. — Allgemeine pathologie.

Ŷ. George Adami. — The principles of pathology.

- P. Courmont*, 1911. — Précis de pathologie générale.
- S. Ramon Cajal*, 1910. — Manual de histologia normal e de técnica micrográfica.
- Léon Moynac*, 1880. — Manuel de pathologie générale et de diagnostic.
- C. Bouchut*, 1875. — Nouveaux éléments de pathologie générale, de sémeiologie et de diagnostic.
- E. Follin*, 1877. — Traité élémentaire de pathologie externe.
- Jamain et Terrier*, 1876. — Manuel de pathologie et de clinique chirurgicale.
- Paul Lefert*, 1909. — Aide-mémoire d'histologie.
- Archiv für Gynäkologie*. — T. xciv, f. 3. 1911.
- Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*. — xxxviii^e année, 2.^e série; tome viii, août 1911.
- Journal de Chirurgie*. — Tome vii, n.^o 5, novembre 1911.
- Apontamentos de Anatomia Patológica*. — (10.^a cadeira). Ano lectivo 1903-1904.
- E. Lancereaux*, 1875. — Traité d'anatomie pathologique.
- F. V. Birch-Hirschfeld*, trad. de B. Morpurgo, 1892. — Manuale de pathologia generale.
- Henri Claude et Jean Camus*, 1909. — Précis de pathologie générale.
- Pedro José Ferreira*, 1888. — Pólipos do útero.
- Gazette Médicale de Paris*. — N.^o 70, julho 1915. 86.^o ano, pag. 24.

Jornal dos Medicos e Farmaceuticos. — N.º 2, ano xx; fevereiro 1914. Pag. 24, 27 e 28.

II PARTE — Estudo laboratorial

L. Vialleton, 1909. — Précis de technique histologique et embryologique (2.º édition).

L. Bard, 1911. — Précis des examens de laboratoire.

Fernand Bezançon, 1910. — Précis de microbiologie clinique.

Böhm et Oppel. — Manuel de technique microscopique.

M. Langeron, 1913. — Précis de microscopie.

Proposições

Anatomia.—O pectíneo une algumas vezes as suas fibras às do primeiro adutor.

Histologia.—A contextura histológica do parenquima do útero dá-nos a chave da frequência e das características dos tumores dêste órgão.

Fisiologia.—Na extirpação total do estômago, a digestão exclusivamente intestinal das matérias alimentares é mais rápida e mais completa, que a digestão ordinária gastro-intestinal.

Patologia geral.—É incorrecta a sinonímia entre miomas, fibromas e fibro-miomas, que alguns autores admitem.

Anatomia patológica.—Em contrário do que geralmente se julga, o mioma uterino pode, em alguns casos, ser um tumor maligno.

Patologia externa. — Nas fracturas do olecrâneo, a da base é quasi sempre a mais rara.

Farmacologia. — A terapêutica aproveita a acção anticoagulante da bilis.

Higiene. — A pratica das desinfecções é por vezes um mau serviço feito à hygiene.

Operações. — Em alguns casos da extracção linear da cataracta, podêmos suprimir o segundo tempo.

Patologia interna. — O sinal de Filatew não é exclusivo da escarlatina.

Clínica médica. — O sôpro da insuficiência mitral nem sempre se propaga para a áxila.

Clínica cirúrgica. — O aspecto de casca de laranja, como sintoma de tumor maligno, também algumas vezes se encontra nas neoplasias abdominais desta natureza.

Obstetrícia. — Nos partos de pelve, a menos de distócia, não se devem fazer tracções intempestivas.

Medicina legal. — Pela fricção demorada da pele podêmos, algumas vezes, obter alguns sinais de identidade.

Visto.

A. Aguiar,
Presidente

Imprima-se.

Candido de Pinho,
Director