

N.º 3

N.º 663

BREVE ESTUDO

SOBRE O

TRATAMENTO

DOS

Fibromyomas Uterinos

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto

POR

Antonio d'Almeida Dias



PORTO

TYPOGRAPHIA DE JOSÉ DA SILVA MENDONÇA

11—Rua da Fabrica—11

1890

55/3 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO-DIRECTOR

VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

Professores proprietarios

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral.....	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira—Physiologia.....	Vieente Urbino de Freitas.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica.	Dr. José Carlos Lopes.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeuticamente externa.....	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria.....	Pedro Augusto Dias.
6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos.....	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeuticamente interna.....	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira—Clinica medica.....	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica.....	Eduardo Pereira Pimenta.
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica..	Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologica.....	Manoel Rodrigues da Silva Pinto.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica.....	Illidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia.....	Isidoro da Fonseca Moura.

Professores jubilados

Secção medica.....	João Xavier d'Oliveira Barros.
Secção cirurgica.....	José d'Andrade Gramacho.
	Visconde de Oliveira.

Professores substitutos

Secção medica.....	Antonio Placido da Costa.
	Maximiano Augusto d'Oliveira Lemos Junior.
Secção cirurgica.....	Ricardo d'Almeida Jorge.
	Candido Augusto Correia de Pinho.

Demonstrador de anatomia

Secção cirurgica.....	Roberto Belarmino do Rosario Frias.
-----------------------	-------------------------------------

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

(*Regulamento da Escola* de 23 d'abril de 1840, art. 115.º)



A meus Paes



A meu Tio

Henrique Cardozo Perdigão

A MINHA QUERIDA AVÓ

Como a tua vida foi um continuado pensar na morte, achaste-te destemida e prevenida nos braços d'ella.

saudade.

Á MEMORIA

DE

MEUS AVÓS

Saudade.

Α ΘΕΟΣ ΙΡΩΨΟΣ

A MINHAS TIAS

A meus Primos

Ao Ill.^{mo} e Exc.^{mo} Snr.

Dr. Azevedo Maia

E

sua Ex.^{ma} Família

V. Ex.^a impõe-se á minha admiração e estima pelo seu talento e pelo seu character, consinta pois que o mais obscuro discipulo de V. Ex.^a deixe affirmada n'esta pagina a sua gratidão eterna.

Ao. Ill.^{mo} e Exc.^{mo} Snr.

Antonio Simões Lopes

E

sua Exc.^{ma} Família

gratidão.

Aos Exc.^{mos} Snrs.

Dr. Candido Augusto Corrêa de Pinho

Dr. Maximiano A. d' Oliveira Lemos Junior

Dr. João Pereira Dias Lebre

Aos Exc.^{mos} Snrs.

Dr. Luiz Ferreira de Figueiredo

Dr. Eduardo David e Cunha

Dr. Cezar Paes

Dr. Antonio Corrêa de Lemos

Dr. Eduardo Corrêa

AOS MEUS CONTEMPORANEOS

Dr. José Moreira d'Almeida Campos

Dr. Antonio Augusto C. e Campos

Dr. José Antunes da Silva Castro

Dr. Francisco Corrêa de Maltos

Dr. João Lopes do Rio.

AOS MEUS AMIGOS

Antonio Canova de Faria
Eduardo Lopes
Augusto Cezar d'Almeida
Alberto Campos
Domingos Campos
João Soares Pereira
João Pinto d'Azevedo
Antonio Lourenço Marques
Manoel dos Reis
José Castello Branco
Dr. Ricardo da Costa Mello
Dr. Joaquim Lopes d'Oliveira
Antonio do Amaral Larangeira
José Homem de Moura Portugal.

AOS MEUS CONDISCIPULOS

AO MEU PRESIDENTE

O ILL.^{mo} E EXC. SNR.

Dr. Augusto Henrique d'Almeida Brandão

PREFACIO

Sei compulsar quanto é ardua a empreza de escrever um trabalho d'esta ordem.

Confesso que é lavor desigual á mediania das minhas forças. Entretanto posto o fito em satisfazer e cumprir uma lei, que por demasiado exigente, parece absurda, revisto-me de coragem e aventurei-me a dar publicidade a estas ligeirices scientificas.

Todos sabem que o tempo não sobra para simultaneamente estudar e satisfazer aos encargos do nosso 5.º anno e enquadrar n'uma moldura, mais ou menos conveniente, um assumpto por demais complexo e ainda em via de estudo. Não deve admirar, pois, que se encontrem n'este nosso trabalho, levado d'afogadilho, frivolidades, e incorrecções de toda a ordem, peculiares a tarefas d'este genero. O nosso proposito é desobrigarmo-nos apoucadamente do encargo que nos cabe. Temos ainda assim a consciencia de ter recenseado em cada auctor e em a nossa ligeira pratica hospitalar, um certo numero de conhecimentos sobre o assumpto, que nos levaram a constituir estes apontamentos—liando-os entre si e refun-

dindo-os em um systema regular e completo quanto possível.

Neste trabalho ha lanços que são difficientes por nimiamente amoldados. Elidi-os na segurança de que uns estão ainda mal prefixados, e outros porque fazem parte integrante d'outras theses.

Tremo da austeridade da critica, e, comtudo, não ousou acarear-lhe indulgencias, pois que d'est'arte julgamos cumprir a lei que se nos affigura ter em vista que a litteratura perca e a sciencia não ganhe.

Dura lex sed lex.

Porto—18 de Julho de 1890.

Antonio d'Almeida Dias.

INTRODUÇÃO

FIBROMYOMAS DO UTERO

Varias denominações—Sua historia—Variedades (Divisão)—Etiologia—Desenvolvimento—Terminações—Caracteres e frequencia.—Regiões onde o tumor se pôde desenvolver.—Accidentes e complicações.

Terrillon considera o *fibromyoma uterino*, como sendo—«uma hypertrophia parcial do tecido muscular do utero desenvolvido em um ponto qualquer d'este orgão, mas conservando em face d'elle uma certa independencia, e vivendo uma vida propria»—E' para o utero o que os adenomas são para as glandulas.

Pelo seu exame histologico verifica-se que estes tumores são constituídos por tecido muscular e tecido fibroso, em proporções variaveis, com predominio d'um ou outro d'estes tecidos, segundo os casos. E' fundado pois, na sua estrutura

que preferimos a denominação de *fibromyoma* (como faz Tillaux e outros) visto designar com mais precisão, que qualquer outra, a verdadeira composição histologica d'estas producções morbidas.

Variadissimos são os nomes que se tem dado a estes tumores; emquanto que uns lhe chamam *fibromas*, *fibroides*, *corpos fibrosos*, *tumores fibrokysticos*, outros os donominam *myomas* e *hystermas*.

Evidentemente que nenhum d'estes termos serve para designar com propriedade esta ordem de neoformações, que pela sua textura mais geral se affasta de qualquer d'aquelles diversos typos.

Debaixo d'este nome de *fibromyoma* ficam pois todos os outros comprehendidos, reservando o de *polypos* a uma classe de tumores da mesma natureza, mas pediculados e com desenvolvimento cavitario.

Historia. A pathologia e natureza dos *fibromyomas uterinos*, só ao terminar o seculo 18.^o é que foi conhecida e descripta, com mais ou menos exactidão por *William Hunter*. Até então eram confundidos com os tumores malignos dos quaes eram considerados como variedade.

Quem, porem, contribuiu mais vantajosamente para elucidar a sua verdadeira pathologia estudada com escrupoloso cuidado foram—*Chambon*, *Baillie* e *Bayle*. *Hunter* chamava a estes tumores *Fleshy tubercles*.

Em 1814 *James Clark* escrevia um artigo importante onde estudava completa e exactamente estes neoplasmas.

D'então para cá varios auctores se teem occupado d'este assumpto, não havendo já livro algum classico que não descreva circumstanciadamente toda a verdadeira pathologia dos *fibromyomas*.

Variedades—*Divisão*. Parece perfeitamente estabelecido que todas as formas de *fibromyomas do utero* são primitivamente *intersticiaes, intramurales ou intraparietaes* e que em consequentes phases do seu desenvolvimento natural ou provocado, se tornam sub-mucosos ou sub-serosos, segundo emergem para a cavidade do utero ou para a peritoneal. E' raro acontecer que estes tumores fiquem sempre *intersticiaes*; n'este caso tratar-se-hia antes d'uma verdadeira degenerescencia fibrosa do orgão que d'um tumor. Ora vejamos, segundo a doutrina de Vulliet e Vautrin, qual o processo natural porque estes tumores se tornam cavitarios ou sub-peritoneaes segundo se desenvolvem para uma ou outra d'estas cavidades, e mais tarde estudaremos por que mecanismo poderemos imitar efficazmente a natureza.

Os *fibromyomas do utero* tomam a sua origem no seio da camada muscular sendo umas vezes no seu centro, outras vezes mais perto da mucosa ou da serosa.

N'um primeiro periodo estes tumores augmentam successivamente de volume, repelem em volta o tecido uterino que lhe fornece os materiaes da sua nutrição. N'um segundo periodo, sob a influencia da contractilidade periodica da parede, ou não serão deslocados quando perfeitamente centraes, pois que as duas camadas envolventes se fazem equilibrio sendo d'egual espessura, ou serão repellidos pelo lado mais forte na direcção do mais fraco, constituindo d'este modo as variedades subperitoneaes ou sub-mucosas segundo que a camada muscular menos espessa é do lado da cavidade peritoneal ou da cavidade uterina. N'um terceiro periodo, como ultimo termo, teem soffrido a evolução centripeta ou centrifuga, abandonando completa ou parcialmente as suas relações com o tecido muscular uterino, com tendencia a formarem verdadeiros *Polypos*. Taes são as tres principaes phases porque podem passar os *fibromyomas uterinos*.

Ha todavia circumstancias, que podem retardar ou impedir até, o deslocamento d'estes tumores.

Assim, por exemplo, quando o *fibromyoma* tem a sua origem na região dos córnos uterinos, encontra ali mais resistencia que o impede de caminhar para a cavidade uterina. Tambem quando são originariamente molles, porque n'elles predominam os elementos musculares, ou que assim se transformam em consecuencia d'œdema, de degenerescencia kystica ou myxomatosa, não soffrem,

pela sua pouca consistencia, a acção das contracções parietaes. Alem d'isto acontece, por vezes, que a camada muscular, que envolve o tumor, está por tal modo alterada e adelgada que, não reage, é inerte e incapaz de se contrahir.

Quando finalmente coexistam muitos tumores que produzam effeitos mechanicos reciprocos, dá-se uma compensação que annula a contractilidade muscular.

Veremos mais tarde quanto favoravel se torna esta migração do tumor, pois que, emquanto se acha envolvido pelo musculo uterino, recebe d'elle materiaes nutritivos em abundancia, por toda a sua periphéria, garantindo o seu crescimento. Os maiores *fibromyomas* conhecidos são intersticiaes. Pelo contrario quanto mais independente estiver do utero, tanto mais a sua nutrição será defeituosa, tornando-se um *polypo* que só se alimentará pelo seu pediculo.

Resulta de todas estas considerações que acabamos de fazer, que toda a intervenção tendente a provocar a expulsão do neoplasma, será proveitosa, e toda a operação que haja de praticar-se será mais simples e innocente.

Por outro lado, estes tumores apresentam uma evolução e symptomas perfeitamente differentes, segundo o ponto da camada muscular em que se desenvolvem.

Divisão—Ainda que todos os auctores apresentem a divisão dos *fibrinomas* em *intersticiaes*, *sub-peritoneaes* e *sub-mucosos*, como sendo a mais geralmente accete, não é todavia, sem alguns reparos e até alterações, que alguns se manifestam contra tal divisão.

Assim é que Tillaux julgando que ella não satisfaz ás necessidades da pratica, nem corresponde á realidade das coisas, visto que é impossivel distinguir um *fibromyoma* sub-mucoso, d'um outro situado no tecido uterino, mas proximo da mucosa, prefere dividil-os em *parietaes*—quando desenvolvidos na parede uterina — *cavitarios*—quando emergindo na cavidade em forma de badalo e —*sub-peritoneaes*— quando independentes da parede e da cavidade uterina.

Os *parietaes* divide-os ainda em *unicos* e *multiplos*. Vulliet considera estas divisões como satisfazendo, sob o ponto de vista anatomo-pathologico, mas não sob o ponto de vista clinico.

A questão importante para elle resume-se em saber se o tumor se desenvolve do lado da cavidade abdominal ou do lado da cavidade uterina, e segundo o caso lhe chamaria *centrifugos* aos primeiros e *centripetos* aos segundos, tomando a cavidade uterina como centro. Terrillon não apresentando modificação alguma, accete aquella divisão, notando, porem, que para elle, em rigor, não ha tumores sub-peritoneaes nem sub-mucosos, pois que acima do *fibromyoma* existe sempre um envolucro formado por tecido uterino muito delgado, d'ordi-

nario, mas que em alguns casos adquire uma grande espessura.

Não passariam, pois de «*expressões puramente cirurgicas que não corresponderiam á realidade anatomica.*»

Vautrin—collocando-se sob o ponto de vista clinico, divide os *fibromyomas* do seguinte modo: *Fibromyomas de evolução vaginal*—e *fibromyomas de evolução abdominal*—devendo entender-se por estes termos, todos os tumores que podem ser operados pela via vaginal ou pela via abdominal. Ora tendo nós em vista dirigir a nossa attenção mais especialmente para os modos de tratamento d'esta affecção, inspirando-nos o assumpto um interesse exclusivamente clinico, pratico, affigura-se-nos dever preferir d'estas divisões a que esteja em relação com este nosso modo de encarar a questão. N'este caso estão as divisões apresentadas por Vulliet e Vautrin. Julgamos mais accetavel a d'aquelle, pois que a expressão—*evolução vaginal*—empregada por Vautrin faz suppôr que se trata de tumores em relação com a vagina, quando é certo que n'este grupo entram ainda os tumores que proeminam simplesmente na cavidade uterina e todos os que se possam tratar por a via vaginal. Por outro lado, comprehende-se que entre os dois grupos de Vautrin, possa haver intermedios, não sendo possivel, por vezes, decidirmo-nos por um ou outro processo operatorio. Por todos estes motivos adoptaremos a divisão de Vulliet. Tem as vantagens da de Vautrin, como methodo na exposição do tratamento,

e não se presta á mesma censura. Entretanto, durante estas considerações geraes, usaremos da divisão de Terrillon, guardando a de Vulliet quando descrevermos o tratamento.

A **etiologia** d'estas neoplasmas é por emquanto desconhecida, embora Rosenhart queira considerar a sua formação como dependente d'uma congestão passiva do utero, congestão que seria favorecida por affecções cardiacas e emphysema pulmonar.

Fundamenta a sua opinião em 11 casos que observou, 5 dos quaes apresentavam lesões organicas do coração tendo precedido qualquer symptoma uterino; e 2 em que havia emphysema pulmonar concomitante. Como se vê, ainda é cedo para formar qualquer juizo a tal respeito, posto que seja licito desde já suppôr, que tal explicação não passa d'uma hypothese architectada em face d'um pequenissimo numero de factos de coincidência casual. Ha, porem, a notar que a estatistica parece demonstrar que esta affecção é mais frequente nas mulheres que tenham parido do que nas nulliparas.

O estudo do **desenvolvimento** d'estes tumores comprehende muito naturalmente o da sua origem, da sua evolução e da sua terminação.

Esta affecção é essencialmente propria da mulher adulta. Nunca se manifesta antes da idade de de 24 a 25 annos. E' importante esta particularidade quando tivermos que estabelecer o diagnostic-tico, pois que assim se evitarão muitos erros.

Conta Terrillon que, na clinica de Verneuil, apparecera uma doente a quem se diagnosticára um *fibromyoma* uterino, instituindo-se o tratamento pelas injeccões de ergotina. Feita a primeira injeccão com a seringa de Pravaz, a doente fallecia 24 horas depois em consequencia d'uma peritonite.

Procedendo-se á autopsia encontrou-se um tumor sarcomatoso do ovario que se tinha rompido sob a influencia da punccão capillar, derramando-se a materia contida no peritoneo.

Verneuil, n'essa occasião, ponderou que seria possivel ter evitado um tal erro se houvessem tomado em conta a idade da doente, que era de 18 annos.

O *fibromyoma* é extremamente variavel na sua marcha. Umas vezes adquire o volume d'uma noz, e estaciona; é muito frequente encontrar nas autopsias pequenos *fibromyomas* na superficie externa ou na espessura do utero. Outras vezes tomam um volume consideravel podendo attingir o peso de 30 a 50 kilogrammas. A idade tem tambem uma influencia notavel no desenvolvimento d'estes tumores; quando n'uma mulher nova pode adquirir rapidamente taes dimensões, n'uma mulher edosa só cresce progressiva e lentamente attingindo raras vezes um tal peso.

Ora quando terminam definitivamente a sua evolução, ou ficam estacionarios, não apresentando modificação alguma no seu volume, symptomas e textura, ou soffrem uma verdadeira regressão depois da menopausa. São estes os dois processos evolutivos do *fibromyoma* que não se modifica na sua textura nem produz complicações. Infelizmente nem sempre assim succede e n'este caso o *fibromyoma* soffre mudanças na textura do seu tecido constituindo o que se chamam degenerações.

Terminações. São de muitas ordens—As principaes são as transformações—*oedematosa*—*kystica*—*gordurosa e calcarea*.

Transformação oedematosa. Os tumores assim degenerados são molles, dando algumas vezes fluctuação a tal ponto, que é impossivel derimir o diagnostico com o kysto do ovario sem uma punção previa. A esta circumstancia se deve o ter-se praticado algumas vezes a hysterectomia quando se julgava encontrar um kysto do ovario.

Transformação kystica. Esta degeneração manifesta-se pelo apparecimento de kystos de volume variavel na espessura do tumor.

Alguns são verdadeiros kystos com membrana limitante e contendo liquido proprio, perfeitamente identico aos kystos que se desenvolvem na espessura de muitos outros tumores. Outros são

cavidades irregulares de paredes anfractuozas, sem membranas, contendo uma substancia molle, resultante do amolecimento d'uma parte do tumor, cujo tecido se desagrega em consequencia da sua pouca vitalidade.

Como no caso anterior é facil a confusão com o kysto do ovario, accrescendo a circumstancia de poder ser enganadora a punção.

Transformação gordurosa. No começo do nosso trabalho já observámos que os *fibromyomas* eram tumores incompletamente nutridos, vivendo por simples imbibição e contendo um pequeno numero de vasos. Ora quando o tumor se torna capsulado, isolando-se cada vez mais, perdendo os seus meios de nutrição, é n'estas condições que se opéra a *transformação gordurosa* que é mais frequente nas variedades subperitoneal e submucosa.

Esta degeneração é algumas vezes benefica, garantindo a cura que pode dar-se quando a mucosa se altera adelgaçando e rompendo-se para o tumor se eliminar por fragmentos de dimensões variaveis. Infelizmente a morte é ás vezes tambem a sua consequencia.

Transformação calcarea. Este modo de transformação opéra-se incompletamente, atacando umas vezes a superficie externa, outras vezes alguns pontos da espessura do tumor.

Ainda este anno tivemos ensejo de observar um tumor que tinha degenerado d'este modo: apresentava-se como um craneo d'um feto de 7

mezes, d'uma dureza notavel. Interiormente era composto de tecido muscular em via de putrefacção.

São estas as varias transformações porque podem passar os tumores durante o seu periodo evolutivo; veremos depois quaes d'estas é que tornam inevitavel a intervenção cirurgica.

Caracteres e Frequencia: Como deixamos dito, os *fibromyomas* podem apresentar todos os graus de consistencia, desde a dureza linhosa dos tumores pouco vasculares, até á flacidez œdematosa dos tumores degenerados. A sua superficie é umas vezes lisa, outras vezes apresenta numerosas irregularidades. O seu volume varia muito, podendo attingir 30 a 50 kilogrammas. Os *fibromyomas* são bastante frequentes. Bayle calcula que $\frac{1}{5}$ das mulheres de 30 annos em diante soffrem d'esta doença. E' certo que apparecem mais vezes do que se supoe, devido isto a que muitas vezes estes tumores não constituem embaraço algum de importancia, sendo compatíveis com a vida e até mesmo com occupações fatigantes, tumores cuja existencia só a autopsia é que muitas vezes a revela.

Regiões onde o fibromyoma se pode desenvolver. Do que vamos dizer entende-se exclusivamente com os tumores subperitoneaes e intersticiaes a que particularmente interessa esta divisão em regiões, pela variabilidade nos symptomas e indicação no processo operatorio, sendo indifferente para os tumores sub-mucosas, que estejam implantados n'uma ou outra região.

Debaixo do ponto de vista cirurgico, o utero poderá ser dividido em tres regiões—*segmento superior—segmento medio—e collo.*

Vejamos qual a evolução do tumor, segundo o sua implantação n'um ou outro segmento.

Segmento superior. Quando o tumor tem a sua séde n'este segmento, sae a pequena bacia e desenvolve-se para o abdomen, arrastando consigo o fundo do utero, mas deixando livres os segmentos inferiores. Uma vez no abdomen espraia-se em todas as direcções possiveis. N'este caso ha toda a possibilidade, quando haja de intervir cirurgicamente, de fazer um pediculo conveniente. Finalmente este tumor livre e movel no abdomen é d'uma enucleação facil.

Segmento medio. N'esta região o tumor pode ter a sua implantação na face posterior ou na face anterior. No primeiro caso acontece em geral, que o tumor se encrava na pequena bacia, repellindo o utero para deante, desenvolvendo-se para o sacro e para traz, ainda que algumas vezes possa desenvolver-se para o abdomen. No segundo caso os ligamentos largos representam um papel im-

portante na sua marcha, pois que se desdobram para receber o tumor.

Alli se introduz e se infiltra perdendo toda a sua mobilidade e contrahindo as relações mais intimas com os órgãos visinhos.

Segmento inferior (collo) E' n'este caso que mais frequentemente o tumor se infiltra na espessura dos ligamentos largos, tomando relações intimas com a bexiga, recto, e fundos de sacco vaginaes. Qualquer operação n'estas condições torna-se extremamente grave e muitas vezes mortal. Provem tudo isto da impossibilidade de formar um pediculo e das desordens graves que é necessario produzir para mobilisar o tumor encravado na bacia. Por o que deixamos dito se vê, como é variavel e como está dependente d'um exacto diagnostico a intervenção cirurgica acertada e conveniente.

Accidentes e complicações. Como vimos, muitas vezes succede existirem estes tumores sem que se manifestem por qualquer symptoma; outras vezes, porém, apparecem accidentes de bastante gravidade e até de tal ordem que impoem uma intervenção urgente e radical.

As principaes complicações que se podem offerecer durante a evolução d'estes neoplasmas, são de duas ordens: ou pertencentes ao tumor propriamente, ou constituindo o que se chama *perturbações de vizinhança*.

Das primeiras já tratámos a proposito de trans-

formações, vamos agora occupar-nos das segundas.

Temos a mencionar como predominantes as seguintes: *Hemorrhagias* — *Compressões* — *Desvios uterinos* — *Gravidez*.

Hemorrhagias. Esta complicação é frequente e por assim dizer exclusiva dos tumores *intersticiaes* e *cavitarios*. E' tanto mais abundante e por isso mesmo mais grave, quanto o tumor estiver mais proximo da mucosa. A perda de sangue está na razão directa da evolução do *fibromyoma* para a forma polyposa. A hemorragia pode affectar variadas formas: *menorrhagias* — *metrorrhagias* — *hemorrhagias intermenstruaes*, podendo acontecer que todas estas formas se associem.—*Il y a autant de cas que de malades* — (*Terrillon*.)

Estas hemorrhagias são consideradas como devidas á irritação da mucosa uterina ou a uma endometrite concomitante. Esta complicação avisa-nos algumas vezes de que o tumor tende a pediculisar-se na cavidade do utero. Quando se tornam abundantes e rebeldes é urgente intervir cirurgicamente, pois que a vida da doente corre imminente perigo com estas perdas incessantes. Outras vezes, porem, bastará o tratamento hemostatico topico para suspender ou diminuir este symptoma alarmante, esperando que o tumor se aproxime cada vez mais da mucosa, até se pediculisar.

Compressões. Sempre que o tumor attinge um certo volume consideravel, podem manifestar-se symptomas de compressão provenientes d'acção

que elle exerce sobre as paredes pelvicas, nervos, vasos, intestino e vias urinarias.

Ora esta compressão não é identica á que se dá com o kysto ovarico que mais ou menos cede em face dos órgãos visinhos; no caso de *fibromyoma*, actua como corpo solido, resistente, d'uma maneira continua, energica tenaz e inexoravel, não cedendo á resistencia dos outros órgãos. Examinemos o que se passa em relação aos órgãos visinhos.

Bexiga. Quando o tumor comprime a bexiga podem dar-se perturbações variaveis na micção. Umaz vezes ha incontinnencia quando os nervos vesicaes são comprimidos, produzindo-se o relaxamento do sphyncter do collo; outras vezes ha retenção d'urina sendo até impossivel o catheterismo quer por obstaculo mecanico, quer por impossibilidade de contracção, e como consequencia todo esse cortejo symptomatico proprio das retenções d'urina, como *dilatação d'uretères—hydronephrose—desaparição do rim por compressão*—e todos os accidentes da *uremia*. E' conveniente saber-se que algumas vezes a bexiga attinge um tal grau de repleção, que tende a esvasiar-se do excesso, gotta a gotta, ou por pequenas micções, constituindo o que se chama—*micção por regorgitamento*.

Intestino. O intestino grosso é frequentemente comprimido. O calibre do recto desaparece, o S illiaco dilata-se e a constipação vem como resultado. Por vezes mesmo até os gazes tem difficuldade em sair. Alguns casos tem havido nos quaes os symptomas de estrangulamento interno,

são completos e evidentes, sendo necessario intervir urgentemente por meio de duches ascendentes — electricidade — e purgantes energicos.

Nervos. As perturbações nervosas são as mais importantes e as que reclamam mais rapidamente a intervenção cirurgica.

E' a estas perturbações nervosas que se devem attribuir as dôres continuas de exasperação menstrual, tendo a sua séde nos lombos, no abdomen, e na coxa. A vida torna-se insupportavel para estas doentes, tal é a intensidade da dôr. Em alguns casos até, estas perturbações puramente locais, reagem sobre o systema nervoso central, manifestando-se por nervosismo geral — hypocondria — pseudo ataques d'epilepsia — paraplegias anormaes, etc. Crises dolorosas especiaes, semelhantes ás do parto apparecem por intervallos, sendo por vezes excessivas e durando muito tempo; são tão violentas que simulam uma peritonite ou um estrangulamento.

Desvios uterinos. Quer o utero esteja em retroversão ou em rotroflexão, o collo, á medida que o tumor augmenta, dirige-se para a symphise emquanto que o fundo cae para o sacco de Douglas.

D'esta fórma, o todo (utero e tumor) encrava-se abaixo do promontorio dando logar aos accidentes graves de compressão.

Gravidez. A gravidez tem uma influencia pronunciada no crescimento do *fibromyoma* uterino.

N'esta epocha o utero soffre congestões repe-

tidas que favorecem o crescimento do tumor. Por outro lado a gravidez coexistindo com os *fibromyomas*, nem sempre chega a termo, e quando isto acontece a presença do tumor constitue uma causa importante de dystocia.

Por todas estas razões é prudente não aconselhar o casamento posto que seja possível evolucionar a gravidez normalmente chegando a termo.

TRATAMENTO DOS FIBROMYOMAS UTERINOS

Em presença dos *fibromyomas uterinos*, é regra classica não intervir até ao apparecimento de accidentes graves, pondo immediatamente a vida em perigo, ou até ao desenvolvimento consideravel e rapido do tumor.

Desde que estes accidentes se manifestam dois methodos de ataque temos á nossa disposição: um *directo*, outro *indirecto*.

Cada um d'estes methodos tem a seu alcance os meios mais variados e complexos, com indicações próprias para cada caso especial.

Como simplificação, pois, do nosso estudo dividiremos este capitulo em duas partes principaes, comprehendendo a primeira todos os processos *directos* mais importantes empregados actualmente em cirurgia uterina, e a segunda os processos *indirectos*, que fazem parte, uns da therapeutica medica, outros ainda da cirurgia.

Não é nossa intenção, ao encetarmos este trabalho, fazer a apologia d'um ou outro processo de tratamento com exclusão dos restantes, pois que todos elles tem a sua indicação precisa e nitidamente estabelecida que obrigam, em face do diagnostico exacto, a escolher d'entre elles o mais proprio e conveniente.

Não ha talvez questão, que n'estes ultimos tempos tenha apaixonado mais os cirurgiões de todos os paizes, como o tratamento dos *fibromyomas uterinos*.

Estamos por assim dizer, n'uma epocha de transição, d'ensaios operatorios, especie de periodo indeciso, durante o qual toda a critica e apreciação são difficeis e extremamente delicadas.

E' pois sem preocupações nem paixão por qualquer methodo ou processo, que nós principiamos um tal trabalho tendo em vista apresentar as indicações e contra-indicações dos diversos modos de tratamento, fazer a sua descripção e esboçar ligeiramente o manual operatorio de cada um d'elles. Por ultimo exporemos uma pequena serie de observações colhidas por nós no serviço clinico do nosso distincto professor o Ex.^{mo} Snr. Dr. Azevedo Maia que obsequiosamente se prestou a fornecer-nos todos os elementos de que careciamos.

Finalmente, — fecharemos o nosso trabalho com algumas conclusões que podemos colligir das variadissimas discussões que um tal assumpto tem levantado.

PRIMEIRA PARTE

Methodo directo

Deve entender-se por *methodo directo*, toda a intervenção que tenha por fim fazer a extirpação do tumor, ou a amputação total ou parcial do órgão em que está implantado, quer seja pela via abdominal ou vaginal.

A *myomectomia* e a *hysterectomia* são os dois processos operatorios empregados para a cura radical dos *fibromyomas*.

Antes, porem, de tratar e descrever cada um d'estes processos, vamos primeiro estabelecer as: *indicações e contra-indicações geraes do tratamento cirurgico dos fibromyomas*.

Contra-indicações — As contra-indicações do tratamento cirurgico diminuem de dia para dia graças ao aperfeiçoamento dos processos operatorios e á rigorosa antisepsia.

A primeira contra-indicação operatoria geral está na—*ausencia de qualquer symptoma revelador*

do fibromyoma. Sempre que não haja symptomas que justifiquem a intervenção cirurgica como necessaria, nunca o cirurgião deverá operar, só porque um exame gynecologico lhe revelou casualmente a existencia d'um tumor, ou porque a doente reclame a operação. Ha, porem, uma certa ordem de tumores cujo crescimento é por tal modo rapido que é conveniente não esperar pelo apparecimento de symptomas graves, e operar desde logo, visto que se estabelece como contra-indicação geral—o *grande volume do tumor.*

As outras contra-indicações geraes dão-se quando ha *enfraquecimento geral—cachexia*—que nos significa, quando existe ascite, a fórma sarcomatosa do tumor;—certas affecções geraes: *tuberculose adeantada, diabetes, albuminuria muito accentuada, lesões renaes, syphilis, a hemophylia, a bronchite chronica,* etc.

A *idade* deve ser considerada como contra-indicação, todas as vezes que a doente se aproxima da menopausa, e mais tarde veremos, quando tratarmos da castração, a maneira de explicar a influencia que a menostasia tem sobre os tumores uterinos.

Indicações—Os symptomas e accidentes que por ordem de sua frequencia podem determinar a operação, são os seguintes:

Hemorrhagias. Já vimos que podem manifestar-se por differentes modos=*menorrhagias—metrorrhagias,* pondo pela sua continuidade e abundancia a vida da doente em perigo, anemiando-a

em extremo. Augmentam a gravidade da operação, obrigando uma rigorosa hemostase durante todo tempo.

A anemia extrema pode obrigar a que se retrarde a operação, sempre que a vida não esteja imminantemente ameaçada até que por meios geraes apropriados se melhore o seu estado. N'este caso a operação está indicada logo que os meios hemostaticos ordinarios teem falhado para sustarem estas hemorragias continuas e rebeldes.

2.^o *Evolução rapida do tumor.* Certos tumores augmentam n'um pequeno lapso de tempo d'uma maneira notavel, apresentando ás vezes uma *marcha galopante*, determinando symptomas de compressão, d'inflammação peri-uterina etc. Por outro lado, se a doente ainda está muito longe da idade da menopausa o tratamento cirurgico impõe-se, pois por vezes acontece que no espaço de 12 a 30 mezes o tumor torna-se inoperavel. (Schroeder—Kœberlé).

3.^o *Compressões vesicaes, ureteraes.* Esta especie de compressões já foram estudadas na introdução do nosso trabalho; basta acrescentar que tumores d'um pequeno volume, mas situados no segmento inferior, podem obrigar á intervenção cirurgica; taes são as perturbações que elles podem produzir da parte da bexiga e dos uretères. O prognostico da operação é consideravelmente mais grave no caso de alteração renal. Se esta estiver muito adeantada, torna-se uma contra-indicação formal. Pozzi considera a compressão da

bexiga ou dos uretères como uma das indicações operatorias mais importantes, por isso que esta complicação pode arrastar rapidamente alterações graves do rim.

4.º *Perturbações d'origem reflexa, dôres etc.*
As dôres podem ser tão intensas que tornem a vida insupportavel; as desordens nervosas que resultam da sua violencia são muito variadas como já vimos; supprimida a causa—extirpando o tumor ou o utero—cessa o effeito.

5.º *Inflamação, suppuração, sphacelo do tumor.*

O utero, em caso de fibromyoma, é muitas vezes a séde de endometrite. Esta affecção pode tornar-se muito prejudicial para o tumor; depois de tentada a raspagem sem resultado, ha que fazer a extirpação do tumor. Alem d'isto a endometrite é muitas vezes origem de septicemia, pois que o sangue retido em coalhos n'uma mucosa inflamada, suppurante, pode tornar-se uma causa d'infeção.

Muitos casos de suppuração e gangrena do fibromyoma devem attribuir-se á metrite.

6.º A *Esterilidade* é uma das consequencias frequentes da presença do fibromyoma. E' claro que no caso em que a esterilidade seja o unico argumento para a operação, o cirurgião não a deverá praticar a menos que a doente insistentemente a reclame.

Finalmente, todo o tumor, que pela sua evolução rapida, pelas hemorragias uterinas, pelas perturbações funcçionaes e pelos accidentes septi-

cos de que é origem, põe a vida em perigo, ou pode d'un momento para o outro tornar-se um perigo incessante, deve ser extirpado.

FIBROMYOMAS D'EVOLUÇÃO CENTRIPETA

*Processos operatorios applicaveis á extracção
d'estes tumores pela vagina.*

Adoptando o termo *evolução uterina centripeta* queremos designar todos os tumores pertencentes á categoria d'aquelles que podem ser accessiveis pela vagina, quando haja que intervir cirurgicamente.

O que caracteriza essencialmente estes tumores é a sua tendencia a desenvolverem-se para a cavidade uterina; este desenvolvimento pode ser completo ou incompleto, isto é, o tumor pode estar em relação com o utero só por um pediculo—ou então, toda ou parte da sua superficie estar inclusa no tecido da parede uterina, levantando a mucosa e exigindo, para a sua extirpação manobras d'enucleação ou d'exerése, destinadas a romper as suas relações com as partes visinhas.

D'aqui nascem muito naturalmente duas especies de tumores:

*Fibromyomas pediculados—(Polypos.) Fibromyomas sesseis—*quer sejam intersticiaes ou submucosos.

Entre estas duas classes não ha um limite bem determinado, podendo haver typos intermedios para os quaes seja difficil determinarmos pela via por que devem ser tratados.

Entretanto parece estar demonstrado, pela estatistica dos melhores operadores, que para a ablação dos fibromyomas, a via abdominal deve ser o methodo de *necessidade*; a via vaginal, como mais segura, deverá constituir o meio de *escolha, d'eleição*.

Posto isto, passemos á descripção dos processos empregados, para o tratamento cirurgico das duas especies de fibromyomas já mencionadas.

POLYPOS

Podemos, como faz Pozzi, dividir os *polypos* em tres classes, segundo o grau da sua evolução: *intra uterinos—intermittentes—e utero-vaginaes*. Os primeiros são os fibromyomas já pediculados mas ainda dentro da cavidade uterina; os segundos são os que, na occasião das regras, passam o collo, para desapparecerem nos periodos inter-mensruaes; os terceiros são os que teem passado completamente o collo do utero e apparecem na vagina.

Ora todas as vezes que as perdas sanguineas e as dôres não sejam excessivas, convirá esperar que o polypo se desenvolva para a vagina, pois

que a operação n'este caso é mais simples e menos grave.

Em todos os casos, porém, antes de intervir é necessario ter em consideração muitas disposições importantes do tumor:

- a) Do seu volume e forma.
- b) Da largura do pediculo.
- c) Do logar d'implantação do pediculo.
- d) Do grau de dilatabilidade do collo.
- e) Do estado geral causado pelo polypo.

Para fazer a ablação d'um tumor pela via vaginal é necessario que o seu volume não seja muito consideravel, a fim de que a mão possa introduzir-se, contornando o polypo, e explorar o ponto d'implantação do pediculo para fazer o seu córte. Esta condição nem sempre é respeitada; ha uma variedade de tumores, *enormes polypos*, ou quando o collo uterino está apertado contra o tumor (fórma d'ampulheta) em que é difficil vencer estes obstaculos. Tem-se imaginado n'estes casos varios meios conducentes a reduzir o volume do tumor. Mais tarde veremos quaes elles sejam.

Um outro obstaculo encontra-se ainda na não *dilatabilidade do collo*, quando o polypo não é vaginal. E' conveniente n'este caso proceder á dilatação do collo, por os variados processos que ha para esse fim, sangrentos ou não, lentos ou extemporaneos.

Os polypos podem ulcerar-se, enflammar a mucosa do canal genital e ser a causa de secreções

fetidas que se accumulam nos fundos de sacco, atraz do tumor.

Os phenomenos de septicemia são frequentes, sendo prudente não operar n'estas condições deploraveis, para evitar a auto-innoculação e seus accidentes consecutivos. Ha occasiões, porem, em que podemos ser forçados a operar quando estes phenomenos septicemicos de que acabamos de falar, concomitantemente com hemorragias, forem importantes, tanto mais que as hemorragias repetidas são a consequencia d'absorpção dos germens septicos produzindo uma dyscrasia sanguinea predisponente para as perdas de sangue continuas.

De todos os tumores do utero, o polypo vaginal é o mais facil d'extrahir, especialmente se o pediculo se acha inserido sobre o collo ou sobre o segmento inferior. Varios processos tem sido empregados com successo, entre es quaes temos a mencionar como mais importantes os seguintes :

Esmagamento linear de Maisonneuve, pela ansa galvanica, pelo esmagador Chassaignac.

Todos estes processos tem inconvenientes que facilmente se remedeiam fazendo uso do *bisturi* ou das *thesouras*. Effectivamente o verdadeiro processo cirurgico para a extracção dos polypos consiste na excisão por instrumentos cortantes.

A applicação d'uma pinça dentada curva, sobre o pediculo e a excisão com o bisturi ou thesouras curvas, da parte sub-jacente á pinça, constituem toda a operação.

Quando o polypo é d'um certo volume e es-

tá dentro do utero, convem dilatar o collo, pinçar o polypo, trazel-o á vagina e separal-o do seu pediculo.

—Eis o modo de proceder—

Contornando o tumor com o dedo chegamos á sua inserção; se fica muito acima trazemol-o a baixo por meio de pinças de garras.

E' prudente não praticar tracções muito energicas, porque poderiam produzir uma inversão do utero. Se o pediculo é accessivel, se não é muito volumoso, corta-se tão cerce quanto possivel com thesouras guiadas pelo dedo que ao mesmo tempo protege a parede uterina.

D'outro modo será melhor praticar a fragmentação, isto é dividir o tumor com as thesouras, como se faz para a embryotomia. A hemorragia n'estes casos é insignificante e facil de combater com irrigação d'agua bem quente.

Escusado será dizer que é indispensavel guardar todos os preceitos da rigorosa antisepsia.

Faremos, com alguns dias d'antecedencia, irrigações com sublimado ou bi-iodeto de mercurio a $\frac{1}{1000}$ e *tampon* de gaze iodoformada.

Em seguida á operação faremos uma irrigação abundante com uma sonda intra-uterina (Doleris), encheremos toda a cavidade com gaze iodoformada e outro *tampon* vaginal.

Se não houver movimento febril, o penso conservar-se-ha muitos dias; no caso contrario renovaremos o curativo depois de nova irrigação abundante.

FIBROMYOMAS SESSEIS

DE

EVOLUÇÃO CENTRIPETA

Processos operatorios

Enucleação propriamente dita, Enucleação em dois tempos—Processo de Vulliet—Processo de Emmet.

O tumor pode occupar o corpo ou o collo do utero; d'aqui duas divisões a estabelecer sob o ponto de vista da gravidade, e da facilidade d'execução da operação.

1.º Hysterotomia para tumor do corpo.

2.º Hysterotomia para tumor do collo.

Sob o ponto de vista cirurgico propriamente dito, esta distincção é indifferente, pois que os mesmos processos nos seus principios geraes, podem applicar-se a cada uma d'estas variedades.

Não trataremos aqui das operações praticadas com o *esmagador*, com o *galvanocauterio*. Estes processos tem inconvenientes multiplos; a sua applicação é por vezes difficil; determinam feridas contusas não permittindo a reunião por primeira intenção, expondo assim a todos os accidentes locais ou geraes da septicemia.

Em principio, a extracção vaginal dos fibromyomas pode ser praticada segundo dois processos perfeitamente differentes a *enucleação do tumor* —ou a *ablação por fragmentação*.

Enucleação Vaginal—A enucleação pela vagina consiste em separar o fibromyoma do seu envoltório uterino, e trazel-o assim descorticado, para fóra das partes genitales.

Este processo foi concebido por *Velpéau* em 1840 e executado por *Amussat* (1842), *Bérard*, *Maisonneuve*.

N'estes ultimos tempos, *Brown*, *Duncan*, *Hegar*, *Gusseraw* e *Schræder*, descreveram-no e deram os seus methodos. A melhor estatistica d'esta operação é a de *Chroback* que dá uma mortalidade de 15 %.

A mais recente é a de *Vautrin* que dá 14 % (1886)

Estas estatisticas são desanimadoras, tanto mais quanto é certo que se trata d'operações destinadas, a maior parte das vezes, a uma affecção que não ameaça immediatamente a vida da mulher.

Demais, este methodo não é applicavel senão a um pequeno numero de casos, fibromyomas de pequeno volume *unicos* ou *multiplos*.

A sua descripção bastará para mostrar a quantos perigos expõe a doente quando o tumor é d'um grande volume.

Manual operatorio da enucleação—Supponhamos um tumor de volume medio, por exemplo.

E' intersticial, está implantado no collo do utero, ou partes lateraes do corpo; estes são os casos mais faceis e mais frequentes.

Basta abaixar o utero, dilatar o collo, fazer a incisão no tecido uterino, até ao tumor, descorti-

cal-o com o dedo ou com enucleadores proprios.

Como se vê, o caso é simples sempre que o collo esteja largamente aberto, o utero bem chegado á vulva, e a descorticação facil. Mas a difficuldade torna-se grande quando o tumor é volumoso e preso por uma superficie d'implantação cujo diagnostico era impossivel antes da operação.

N'este caso tudo são difficuldades, correndo o operador o risco de deixar a operação em meio e a doente exposta a todos os perigos das operações incompletas.

Ora quando o tumor é mais volumoso os embarços e os perigos redobram. N'este caso alem dos obstaculos que se deparam com a *descorticação*, accrescem os da extirpação para fora das partes genitales.

Aqui nenhum trabalho de preparação facilita a distensão do utero, podendo d'este modo dar-se alguma ruptura. O collo pode ser lacerado. Na vagina a difficuldade é menor; este canal deixa-se distender sufficientemente para dar passagem ao tumor.

Varios instrumentos se teem inventado com o fim de diminuir o volume do tumor, facilitando a sua sahida. O forceps é um excellente tractor, mas a sua introducção no utero é perigosa, por este orgão se achar insufficientemente preparado pela dilatação. Outros instrumentos mais ou menos engenhosos teem sido empregados, quasi todos sem resultado.

Alem d'isto, depois de terminada a operação,

as consequencias da enucleação são as mais graves. As hemorragias post-operatorias, são por vezes alarmantes. Uma ferida tão largamente aberta constitue uma grave superficie d'infeccção.

A septicemia pode pois ser considerada como difficil de evitar. As perfurações uterinas são tambem frequentes, pois que se actua ás cegas. O principal inconveniente do processo é expôr a operações incompletas.

Processo de Vulliet— Certos operadores aconselham a extirpação do tumor em dois tempos. Praticam primeiro a dilatação do collo por um processo mais ou menos lento, ou fazem a incisão do collo abrindo-o com o bisturi ou com as thesouras.

Em seguida, fazem outra incisão no tecido uterino ao nível do tumor e esperam a enucleação espontanea do fibromyoma.

Entre os processos empregados mencionaremos particularmente o de Vulliet.

Este gynecologista impede não só que os fibromyomas se desenvolvam para a cavidade abdominal, mas ainda dirige o tumor para a cavidade uterina, tornando-o sub-mucoso, por meio da electricidade.

A primeira coisa que este operador pratica, é a dilatação do collo e da cavidade uterina.

Em seguida faz uma incisão no tecido uterino

ao nível em que o dedo reconhece a presença do tumor. A incisão deve estar em relação com a profundidade e o volume do fibromyoma.

A ergotina e a electricidade acabam o trabalho da incisão, ou antes dão ao tumor o impulso que o hade dirigir para a cavidade uterina. Este tratamento consecutivo principiará no dia seguinte ao da incisão.

Vulliet deixa um *tampon* de gaze iodoformada que reforma de 48 em 48 horas. Este *tampon* representa tambem um papel activo como excitante da fibra uterina.

«A enucleação produz-se immediatamente; ou a mucosa se cicatriza, e o neoplasma transforma-se lenta e gradualmente em um polypo, ou finalmente, não se produz modificação alguma e o tumor fica na posição que occupava antes.

A enucleação é, em geral, annunciada por dores caracteristicas d'um trabalho d'expulsão. Se não houver nenhum indicio d'infeccção, convem deixar effectuar este trabalho sem intervir.

A enucleação nunca se produz completamente e é preciso intervir para determinar a expulsão total.» (Vulliet)

A enucleação pode começar no dia seguinte ao da incisão ou d'ahi a 6, 8, 15 e mesmo 20 dias.

Depois de tres semanas a incisão está cicatrizada e já não é licito esperar nenhum resultado util.

Este processo como se vê necessita de muitas

sessões para se obter a extirpação completa do tumor. Ora se em obstetrica os toques repetidos são inconvenientes, as manobras successivas praticadas na cavidade uterina são prejudiciaes e perigosas. Qualquer falta de antisepsia pode acarretar accidentes gravissimos.

Por outro lado sabemos que o utero é muitas vezes a séde d'uma endometrite concomitante, e o *tampon* usado por Vulliet, impede a sahida dos germens scepticos que podem infeccionar o organismo pela porta aberta da incisão. Depois mesmo da perfeita enucleação, se o tumor é volumoso apparecem os mesmos obstaculos que no processo anterior.

Processo d'Emmet—A enucleação precedida da dilatação do collo e seguida da extirpação do fibromyoma por meio de tracções, constitue o processo chamado de *Emmet*. Este processo tem dado resultados brilhantes nas mãos do seu auctor. Em doze tumores volumosos e em alguns mais pequenos isolados, só teve duas mortes.

O manual operatorio d'este processo não está perfeitamente conhecido nem o seu auctor o descreve com clareza.

Fragmentação (morciamento)

Indicações e processos geraes

Este methodo é devido especialmente a *Péan* que pelo estudo que fez das relações do tumor com o utero, e da sua textura, tentou um ataque directo ao fibromyoma. Em vez de perder um tempo precioso a enuclear o fibromyoma, *Peán* actua directamente sobre o tumor, fragmentando-o.

Em logar d'atacar o tumor pela peripheria, região muito vascular, abre uma larga porta até ao *fibromyoma*, entrando resolutamente em pleno tecido myomatoso chegando ao envolvero fibroso quando já todo o tumor está extirpado.

Este processo permite a ablação de tumores intersticiaes d'um volume por vezes consideravel.

Péan emprega este methodo em toda a ordem de tumores, ainda nos intersticiaes do fundo do utero. No caso, porém, em que o tumor é volumoso e proeminando demasiado para o peritoneo, em que os *fibromyomas* são multiplos necessitando uma grande perda de tecido uterino, não pratica a *fragmentação*, e prefere a hysterectomia.

Muitas vezes é difficil estabelecer o volume absoluto do tumor, o seu ponto d'implantação e reconhecer um ou muitos pequenos *fibromyomas* ao lado d'um volumoso. E' por estas difficuldades de diagnostico que podemos ser obrigados a praticar a hysterectomia.

Descripção do processo. A operação divide-se em muitos tempos:

1.º A libração do collo das suas inserções vaginaes.

2.º A secção do collo e do segmento do utero até ao nivel do tumor.

3.º A *fragmentação* do tumor seguida ou não d'enucleação d'uma parte do tumor.

4.º Excisão e sutura dos labios do collo.

Os cuidados preliminares são identicos aos de qualquer operação gynecologica; na vespera, um purgante salino ou clyster oleoso, irrigação vaginal com bi-iodeto de mercurio a $\frac{1}{1.000}$ e *tampon* de gaze iodoformada.

Na occasião d'operar — catheterismo evacuator; nova lavagem da vagina e vulva bem lavada depois de cortados os pêllos. Depois de collocado o especulo, aprehende-se o collo com a pinça de garras; faz-se uma incisão circular, com o bisturi ao nivel das inserções vaginaes do collo; alguns pontos de sutura applicados mediante agulha forte e muito curva fazem a hemostase que deve ser tão completa quanto possivel. O collo, depois de livre das suas inserções torna-se muito movel. N'este tempo da operação é preciso ter cuidado de não lesar o peritoneo, abrindo os fundos de sacco. Este não tem ainda assim tanta gravidade como se imagina; em certos casos mesmo está indicada esta perfuração para atacar tumores que proeminentem nos fundos de sacco.

2.º *tempo*—Com as thesouras faz-se uma sec-

ção bilateral do collo ; colloca-se uma pinça de garras em cada labio, anterior e posterior, em seguida introduz-se o dedo na cavidade uterina para identificar a posição exacta do tumor. Durante esta exploração pode fazer-se a tracção e o abaixamento do utero.

3.^o tempo—Por meio de pinças dentadas, segura-se e abaixa-se o tumor no seu ponto mais accessivel ; introduzem-se uns pequenos affastadores no utero para descobrir o campo operatorio. Pratica-se uma incisão profunda perpendicular ao grande eixo do tumor ; cada um dos labios da incisão é apanhado com pinças dentadas. Corta-se a parte subjacente á pinça. Antes de tirar a primeira pinça colloca-se uma outra acima da primera ; as thesouras e o bisturi cortam novamente a parte do tumor subjacente e assim por diante até extirpar todo o tumor, fragmento por fragmento. Estas manobras exigem meia hora até uma hora approximadamente.

E' muito facil saber quando está completa a extracção do tumor ; as ultimas partes extrahidas, apresentam uma superficie convexa, lisa e mais rubra. O operador verificará depois com o dedo se ainda restam alguns pequenos tumores, para os quaes usará do mesmo processo, a menos que os estragos não sejam de tal ordem, que obriguem a praticar a hysterectomia total, pois que tornariam o utero inutil para o futuro e perigoso para o presente.

O operador deve ter sempre em vista, fazer uma operação completa.

4.^o tempo—Depois de extrahido o tumor, fica-nos uma grande cavidade communicando largamente com a cavidade uterina. As paredes sangram abundantemente sendo necessario collocar algumas pinças hemostaticas nos diversos pontos sangrentos.

Convem não expôr a doente á menor hemorragia.

As pinças só serão tiradas passado 48 horas depois da operação. Collocam-se alguns *tampõs* de gaze iodoformada. Quando a hemorragia é pequena é preferivel terminar a operação com a sutura dos labios do collo.

Esta sutura faz-se com fios metallicos que serão tirados ao fim de oito dias.

Ha ainda um outro processo para a extirpação dos *fibromyomas*, que é fundado na inversão do utero.

Este processo, porem, alem das dificuldades que se encontram, para delimitar bem, onde acaba o tumor e começa o utero, ha ainda a impossibilidade na redução do utero que por vezes obriga a operação mais radical.

Por isso limitamo-nos a mencioná-lo simplesmente.

Conclusões

Qualquer d'estas operações não prejudicam as funcções do utero e seus annexos. As doentes continuam a ser menstruadas; podem conceber, e a gravidez pode seguir até seu termo normal. A myomectomia vaginal consiste essencialmente na incisão pela vagina. Esta incisão pode praticar-se sobre o collo ou sobre collo e utero. Constitue um excellente meio de diagnostico. A enucleação propriamente dita, simples ou com tracção (Proc. d'Emmet) expõe a accidentes traumaticos, lesões do utero, hemorragias e accidentes consecutivos de septicemia.

O processo de Vulliet é um processo lento, necessitando de muitas sessões operatorias, expondo assim á infecção.

Todos estes processos deram resultados, mas tão limitados, que convirá esperar novas estatisticas.

O processo d'extirpação por *fragmentação* é applicavel a todos os casos de *fibromyoma* do collo e do corpo do utero.

A inversão uterina, complicação possivel do tumor, pode por vezes ser empregada como principio systematico na ablação do tumor.

FIBROMYOMAS D'EVOLUÇÃO CENTRIFUGA

Processos operatorios empregados pela via abdominal.

Segundo a nossa definição, todos os tumores que se desenvolvem para a cavidade abdominal entram n'este grupo.

Os *fibromyomas* essencialmente centrifugos podem ser sub-serosos e intersticiaes.

Cada uma d'estas especies de tumores podem ter processos operatorios differentes. Antes, porém, de fazer a sua descripção, esboçemos a historia da abertura supra publica, para os tumores do utero,

Historia—Os primeiros cirurgiões que praticaram a abertura supra publica, para casos de *fibromyomas* uterinos, não se arriscando á extirpação dos tumores, limitaram-se a uma incisão exploradora, motivada, geralmente, por um erro de diagnostico. E' em 1825 a 1826 que se encontram na litteratura medica quinze factos n'estas condicções.

Foi só em 1837 que Granville se arriscou a fazer a extirpação d'um *fibromyoma* pediculado pela via abdominal, mas sem successo. Em 1844, Atlee e Lane praticavam a mesma operação sendo mais felizes; as suas doentes curaram.

Em 1843 Clay e Heath, e Burnham em 1853 faziam as primeiras amputações parciaes do utero; Burnham foi o unico que obteve successo.

E' Gilman Kimball que executa em 1853, *intencionalmente*, a primeira hysterectomia para um *fibromyoma* intersticial. A operada curou-se. Koeberlé foi o segundo que depois de ter reconhecido a natureza d'um tumor uterino, experimentou a sua extirpação. Varios outros cirurgiões depois d'este, a praticaram apresentando estatisticas cuja percentagem na mortalidade regulava entre 60 e 85 por cento, antes da descoberta de *Lister*.

Depois d'esta maravilhosa descoberta a percentagem na mortalidade desce e fica entre 40 e 20 por cento, se exceptuarmos as estatisticas de Keith que dá 3 % — Bantock 9 % — Hegar e Kaltenbach 8, 3 %.

Por aqui se vê que estas operações estão n'uma era de prosperidade que presagia excellentes resultados para o futuro.

Antes d'entrar no estudo dos methodos operatorios, devemos explicar os termos de que nos vamos servir no decurso do nosso trabalho.

A palavra *hysterectomia*, proposta por *Tillaux* em 1879 á Academia de Medicina, comprehende os casos em que se extrahe por secção a totalidade ou parté do utero.

Designaremos pelo nome de *myomectomia* a ablação dos *fibromyomas* sub-serosos quando o utero fica intacto.

Indicação do tratamento cirurgico

Os *fibromyomas* sub-serosos e intersticiaes apresentam indicações operatorias communs e particulares.

Indicações communs—O crescimento rapido constitue, quando a doente está longe da menopause, uma indicação para intervir rapidamente antes do apparecimento de perturbações geraes. Acontece o mesmo quando se manifestam degenerações da parte do tumor da ordem d'aquellas que já estudámos na introdução do nosso trabalho.

Indicações para os tumores sub-serosos—Quando os tumores são pediculados, é frequente notar, antes mesmo que tenham attingido um grande volume, signaes de *compressão*.

Este phenomeno produz-se especialmente quando o tumor está inserido n'uma das faces do utero, anterior ou posterior.

A *ascite* é uma complicação frequente d'estes tumores; enfraquece rapidamente as doentes pela reprodução immediata do liquido, após as puncções evacuadoras.

A *peritonite* é tambem um accidente devido á presença dos tumores sub-serosos. A *peritonite* como a *ascite* não se podem curar sem que se supprima a causa, a myomectomia está pois indicada.

Indicações para os tumores intersticiaes=

Quando os *fibromyomas* são intersticiaes, temos especialmente a combater as *hemorrhagias*, algumas impossiveis de conter, as *compressões* e os *accidentes nervosos*. Já vimos como estas complicações são produzidas pelos tumores.

São estas as principaes indicações do tratamento cirurgico d'estes neoplasmas.

Tratamento cirurgico. E' na escolha dos processos operatorios que está toda a difficuldade. O tratamento cirurgico dos *fibromyomas* uterinos está subordinado a operações variaveis segundo as relações do tumor com o utero.

E' pois necessario estudar cada methodo em particular, e é com este fim que nós fazemos a divisão seguinte:

1.º A *myomectomy*—Para a ablação dos tumores sub-serosos pediculados.

2.º A *enucleação*. Para a ablação de certos tumores encapsulados do utero.

3.º A *amputação parcial do utero*. Para a ablação dos tumores inclusos no tecido uterino, para os quaes é preciso tirar uma parte do utero sem abrir a sua cavidade.

4.º A *amputação supra-vaginal*. Para a ablação dos tumores com extirpação do utero acima das inserções da vagina.

5.º A *extirpação completa do utero*.—Para a

ablação de tumores multiplos com hypertrophia do utero.

Myomectomy

Quando o tumor é sub-seroso e apresenta um pediculo delgado, a operação é, em geral, facil. Alguns operadores, como *Olshausen*, *Billroth*, *Terrillon* e *Kaltenbach*, fazem uma simples ligadura, em massa, sobre o pediculo, extirpam o tumor e fecham o abdomen.

Outros, receiando o escorregamento do laço, atravessam o pediculo com uma agulha de Reverdin, passam um fio duplo e ligam as duas metades. Hoje prefere-se geralmente a ligadura elastica, que offerece mais garantias contra a hemorragia consecutiva, e não impede a redução do côto.

Quando o pediculo é mais grosso, em quanto que uns preconizam ainda a ligadura com fio de seda ou fio elastico, outros recommendam sempre, a formação de muitos feixes que serão ligados separadamente. Outros ainda applicam o methodo extraperitoneal, fixando o côto do tumor ao angulo inferior da ferida abdominal. Esta precaução parece inutil porque a hemostase é facil d'obter por meio de ligaduras. *Fischer* mantém a ligadura elastica por pontos de sutura que a ligam ao côto, e faz o affrontamento dos bordos da superficie seccionada. Este processo evita os accidentes devidos ao escorregamento dos laços quando os tecidos se retrahem.

A presença do cordão elastico na cavidade abdominal parece inoffensiva. Pode acontecer que os *fibromyomas* sendo ainda pediculados não possam, todavia, ser tratados pela simples ligadura, isto quando a sua base se continua immediatamente com o utero. E' necessario, segundo *Olshausen*, que o pediculo tenha pelo menos o comprimento de um centimetro e meio, a dois centimetros; para que se possa efficazmente applicar um laço constrictor. D'outro modo é preferivel tratar como se fosse um tumor perfeitamente sessil.

Quando o *fibromyoma* é sessil ou que está em relações mais intimas com o utero, convirá n'este caso tratar o pediculo pelo methodo extra-peritoneal, que mais tarde descreveremos, ou usar d'outro processo operatorio.

A primeira ordem de tumores já mencionados, tem uma estatistica cuja mortalidade é insignificante; pode considerar-se uma operação innocente.

As outras duas ordens de tumores já apresentam uma estatistica peor, 20 a 30 %

Enucleação

Este processo é semelhante ao já descripto para os tumores operaveis pela vagina. E' mais grave dando uma mortalidade de 65 %. superior á da hysterectomia.

A sua principal indicação está no caso em que ha gravidez que não se quer interromper. Quando os tumores sejam pequenos ainda tem sua justificação, pois que o tecido uterino pela sua contracção enche o espaço feito com a enucleação do tumor. Finalmente é um processo fóra d'uso, e como tal só o mencionamos.

Amputação parcial do utero

Designa-se por amputação parcial do utero, todas as operações que tem por fim tirar, ao mesmo tempo que o tumor, uma certa porção do tecido uterino.

Amputação supra-vaginal

Designa-se por esta expressão toda a operação que tem por fim fazer a extirpação do utero, ao nivel do canal cervical.

Reuno estes dois processos na mesma descrição, porque o seu manual operatorio em pouco differe um do outro, havendo até auctores, que não fazem distincção alguma entre elles. Convem, todavia, saber que a gravidade augmenta na hysterectomia á medida que a amputação se aproxima do collo, para attingir o seu maximo quando se trata da extirpação total.

Este processo tem passado por muitas pha-

ses todavia, certos pontos da technica operatoria ainda não estão bem determinados. O rigor anti-septico deve ser absoluto.

Terrillon crê que os excellentes resultados que ultimamente tem colhido os deve attribuir á completa antisepsia e asepsia que observa.

Alguns dias antes da operação, deve praticar-se cuidadosamente a *toilette* da doente, que consiste em lavagens da pelle do abdomen com agua e sabão, depois com alcool e por ultimo com biiodeto a 1 por 1000. A vagina será tambem objecto de cuidados antisepticos, fazendo irrigações com sublimado e collocando *tampons* de gaze iodoformada. Finalmente, todo o campo operatorio e visinhança deverá ser o mais escrupulosamente limpo.

Detalhes da operação — Faz-se uma incisão na linha média que deverá ser desde logo bastante grande, pois que se trata d'extrahir um tumor solido que não é susceptivel de soffrer diminuição no seu volume. Se preciso fôr levar-se-ha a incisão até ao appendice xyphoideo. Este tempo da operação será o mesmo que para qualquer ovariectomia. Procede-se em seguida á extracção do tumor o que se fará cautelosamente para que os intestinos não se precipitem pela abertura abdominal. Com este fim usaremos de esponjas chatas que desviarão e conterão as ansas intestinaes. Em seguida é necessario pediculisar o tumor para se seccionar no ponto mais estreito.

Duas circumstancias nos devem guiar na es-

colha do methodo operatorio a seguir para este fim: as relações do utero com os ligamentos largos, e as relações do tumor com o collo do utero.

Quando o utero tem um certo desenvolvimento, os dois ligamentos largos hypertrophiam-se e vascularizam-se mais, occultando entre os seus dois folhetos o segmento inferior do utero.

Com esta disposição é impossivel chegar immediatamente á porção supra-vaginal do collo, sem cortar os ligamentos largos d'um e outro lado.

Esta secção é melindrosa em consequencia da grande vascularisação dos ligamentos e da profundidade da região; é pois necessario pratical-a com cuidado.

Esta secção pode, segundo Terrillon, fazer-se de dois modos, um dos quaes, o mais conveniente, é assim descripto por este auctor:

«Collocam-se de cada lado do utero duas grandes pinças; uma proxima do corpo do utero, outra abraçando largamente o ligamento largo, por fóra da trompa e do ovario, fazendo convergir o vertice das pinças para o collo do utero.

Quando estas pinças estão bem dispostas e bem apertadas, o que é essencial por causa do volume e da importancia dos vasos, corta-se a parte dos ligamentos largos intermediaria, com as thesouras; então o utero fica livre, não estando seguro senão pelo seu collo que constituirá o futuro pediculo.»

E' necessario vigiar que as pinças se não soltem.

Procede-se em seguida á ligadura dos ligamentos que pode fazer-se com fio de seda n'uma agulha romba para não lesar as veias. O laço deve ser duplo para ligadura em cadeia. Nunca se tiram as pinças sem que os fios estejam bem apertados.

Ligadura do pediculo. Para este fim basta enrolar uma ou duas vezes, em volta da parte mais estreita do pediculo, um fio de caoutchouc de 4 a 5 millímetros de diametro. Antes porem, faremos o allongamento, por tracção, do fio, collocando-o assim em volta do pediculo para exercer uma constricção energica e circular, proporcional á tensão do caoutchouc.

Um fio de seda reunirá as duas porções do fio de caoutchouc.

A hemostase pode-se considerar assegurada. O caoutchouc pela sua elasticidade seguirá sempre a retracção dos tecidos mantendo uma pressão circular.

Para segurar provisoriamente o cordão de caoutchouc, Terrillon imaginou um pequeno instrumento de metal que em alguns segundos fixa solidamente o laço, quer provisoriamente, quer definitivamente, no caso do methodo extraperitoneal.

Um sulco feito sobre o pediculo não permitirá que o laço escorregue ou se desloque. Depois não resta mais que cortar o pediculo, tendo o cuidado de praticar este córte alguns centímetros acima do laço pedicular, para que o côto se não

escape. Mais tarde, assegurada que esteja a sua constricção, se fará a ablação da parte do côto que se julgar demais, e se tratará o pediculo conforme o methodo que se escolher.

Fixação do pediculo. E' esta a parte mais importante da hysterectomia. Dois methodos se nos apresentam: o *methodo intra-peritoneal* e o *methodo extra-peritoneal*, isto é, ou fixar o pediculo fóra, deixando eliminar a parte exterior á ligadura, vigiando a hemorragia e a antisepsia da ferida; ou abandonal-o no abdomen, depois de ter assegurado a hemostase e a sua asepsia.

Methodo intra-peritoneal. N'este methodo podemos descrever dois processos principaes: o de *Schroeder* e de *Olshausen*. O processo de *Schroeder* consiste em substituir as ligaduras por suturas multiplas, dispostas de maneira a impedir todo o corrimento sanguineo para o peritoneo e em cobrir o côto com a sua propria serosa. Para conseguir este resultado, basta cortar o côto em forma de v depois de ter collocado uma ligadura provisoria.

As duas partes do v, aberto para cima, podem approximar-se pelos seus bordos e reunirem-se por pontos de sutura em numero sufficiente. Estas suturas devem ser feitas com seda e profundamente. «Estas suturas não são sufficientes, é necessario ainda reunir, por cima d'ellas os retalhos de peritoneo, d'um lado e d'outro, de maneira a formar uma nova serosa sem solução de continuidade.» E' conveniente tambem evitar que as substancias

septicas existentes na mucosa uterina, infectem as superficies affrontadas pela sutura. Schroeder aconselha que se destrua a mucosa, cortando-a em forma de cone, de modo a que as superficies sangrentas se reunam perfeitamente. Terrillon prefere cauterisar a mucosa com o thermo-cauterio até a uma grande profundidade.

Este methodo, sempre que se guardem todos os preceitos da rigorosa asepsia, parece ter dado excelente resultado. Entretanto algumas vezes tem succedido manifestarem-se hemorragias quando os côtos são muito vasculares. A hemorragia mais frequente é a que se dá pelos orificios feitos pelas agulhas que passaram os fios de sutura.

Alem d'isto este methodo é demorado e obriga ás vezes a um grande numero de suturas, que são causas possiveis d'infeccção.

Processo de Olshausen. Este cirurgião propoz a ligadura elastica abandonando o côto no abdomen depois de ligado.

Em pouco se resume este processo. Depois de ter fixado o cordão de cautchouc com o instrumento já descripto, secciona-se o tumor acima da ligadura, um ou dois centimetros.

O côto é bem ressecado e desinfectado. Esterilisa-se a parte da mucosa que fica acima da ligadura por meio do thermo-cauterio que deve chegar até á parte estrangulada pela ligadura.

Em seguida nada mais falta que fixar o cautchouc e tirar o apparelho metalico.

Para isto basta dar uma meia vólta, de forma a crusar as duas porções do fio e sustental-as por uma ligadúra de seda, abandonando o côto no abdomen que ali se conserva sem provocar tracções, collocado no meio das ansas intestinaes que o cobrem. Em seguida faz-se a sutura da parede abdominal como nas salpyngotomias. Este parece ser o melhor processo.

Methodo extra-peritoneal. N'este methodo o pediculo fixa-se ao angulo inferior da ferida abdominal depois de ligado pelo cordão de caoutchouc mantido pelo aparelho de Terrillon.

O peritoneo deve ficar abaixo da ligadura do côto, para que a parte exterior fique fóra da cavidade peritoneal.

Extirpação total do utero. — Não nos demoraremos muito com este processo que raras vezes é empregado e cuja gravidade obriga a lançar mão d'elle só in-extremis. *Bardenheuer* recommenda a extirpação total, mesmo quando é possivel deixar um pediculo bastante longo. Dá como rasões todos os inconvenientes que o pediculo pode fornecer.

SEGUNDA PARTE

Methodo indirecto

N'este methodo são ainda comprehendidos processos cirurgicos, junctamente com a therapeutica medica (citocitica ou geral).

Todos estes processos são impotentes para fazer desaparecer completamente o *fibromyoma*, sendo unicamente destinados a provocarem a regressão ou impedirem o seu desenvolvimento. O tratamento, d'este modo, é palliativo.

Ha, todavia entre estes processos, um, que poderá ser curativo algumas vezes. Refiro-me á *castração*.

Para melhor ordem no nosso estudo dividiremos, este *methodo indirecto* em duas partes :

Methodo indirecto por meios cirurgicos.

Methodo indirecto por meios medicos.

Methodo indirecto por meios cirurgicos

N'este methodo temos a estudar a *castração* — a *ruptura de certas adherencias, e as ligaduras atrophiantes.*

Castração. Este processo está esplendidamente exposto, na these inaugural do meu amigo Francisco Corrêa de Mattos (1889). E' pois a esse trabalho que recorremos pedindo venia para a transcrição.

“Um facto de observação clinica que muito importa notar, é que após a menopausa natural, as perdas sanguineas cessam, e os tumores fibrosos deixam de crescer, transformam-se e muitas vezes tendem a desaparecer.

Esta transformação resulta d'um processo atrophico; por vezes dá-se uma especie de calcificação do tumor. O mais das vezes o tumor esclerosado retrahe-se e isola-se no meio dos tecidos visinhos, portando-se como um corpo estranho indifferente.

Por este facto já sômos levados *a priori* a admitir favoravelmente um tratamento que tem principalmente em vista provocar a menopausa artificial, como é a castração.

Como meios cirurgicos directos temos a myometomia e a hysterectomia.

Como meios cirurgicos indirectos temos sobretudo a castração, e ainda as ligaduras atrophiantes.

Todas estas operações tem as suas indicações, e não se deve proceder d'um modo uniforme, isto é, preferir uma d'ellas a todas as restantes, A difficuldade está em determinar bem a operação que mais convém a cada caso em particular. Por vezes podem combinar-se estes processos entre si: castração com myomectomia, castração e hysterectomia, etc.

A myomectomia está indicada quando os tumores fibrosos sejam facilmente enucleaveis e sobretudo quando fôrem pediculados.

O processo das ligaduras atrophiantes é reservado para os casos em que após a abertura do ventre se reconheça a impossibilidade de levar a cabo uma operação mais radical. A laparotomia não fica sendo simplesmente exploradora, e por vezes os resultados são muito satisfactorios (Antal).

Restam-nos a hysterectomia e a castração, as quaes, se por vezes tem indicações precisas ou uma ou outra, muitas vezes são ambas possiveis, apresentando as mesmas facilidades, o cirurgião hesita na escolha.

Comparemos as duas operações.

Pelo que respeita á mortalidade, se examinarmos as estatisticas, vêmos que a hysterectomia offerece uma mortalidade de 33 a 35 %. (1), devendo comtudo notar-se que as estatisticas se vão tornando melhores á medida que são mais recentes. No entanto é ainda uma mortalidade muito elevada.

A castração offerece uma mortalidade muito inferior Tissier em 1885 estabelece uma mortalidade de 14,6 %. D'então para cá tem até diminuido alguma coisa, Estrada em 1888 tinha recolhido 76 casos só com 3 mortes, o que dá uma mortalidade de 4 % evidentemente muito baixa. L. Tait ápresenta a sua ultima série de 58 casos sem uma unica morte, Nós pro-

(1) Estrada, Nouv. arch. d'obstétr. et de gynec. — Outubro de 1888.

curamos reunir todos os casos encontrados nos archivos e annaes gynecologicos desde 1885 e chegamos a um total de 160 casos em que houve 8 mortes e 132 curas, nos 20 restantes nada vindo declarado quanto a resultados. Mas sem pretender formar estatisticas, que nos faltam elementos para isso, retenhamos a cifra geralmente admittida na actualidade, que é de 13 a 14 %.

Vêmos pois que a castração é muito menos grave que a hysterectomia. Mas isto não basta para fazer juizo, é preciso attender aos resultados colhidos.

A hysterectomia, se fôr seguida de successo, cura, é verdade, radicalmente. Convém no emtanto lembrar que nem sempre põe ao abrigo d'uma recidiva, pois que extirpando um ou mais tumores, podem-se deixar nos tecidos restantes alguns pequenos nucleos que mais tarde se tornarão em tumores mais ou menos volumosos.

Como a menopausa produz uma certa remissão, pensou-se em provocal-a artificialmente pela castração. Esta intervenção no caso de fibromas uterinos considerase hoje como uma boa, se não a melhor, applicação da castração. Assegura a cura d'um modo constante? Não, mas tem dado apesar d'isso os mais brilhantes resultados na maior parte dos casos. Assim lembre-se a sua influencia sobre as hemorragias, que são o principal symptoma que se pretende combater na maior parte das vezes em que se intervêm por meio da castração.

Vautrin, como vimos n'outro capitulo, estabelece, fundado nos factos, as percentagens de 75,4 % para

os casos em que a menopausa sobrevêm rapidamente após a operação, de 14,6 % para os casos de menopausa tardia depois de hemorragias irregulares, e 9 % para os casos de persistência da menstruação e das menorrhagias.

Estes algarismos mostram bem a influencia da castração sobre os phenomenos menstruaes. Póde pois admittir-se com Duplay como regra geral que a castração faz cessar as hemorragias uterinas. As excepções, aliás raras, poderão de resto ser facilmente explicadas.

A cessação das hemorragias porém nem sempre se dá immediatamente após a castração; as perdas por vezes continuam durante algum tempo por uma especie de habito talvez.

A castração não limita a sua influencia ás hemorragias dos fibromas. Tambem influe, e algumas vezes consideravelmente, sobre o desenvolvimento d'esses tumores. Vautrin encontra a retrocessão do tumor na proporção de 78,7 %.

Assim a castração n'um grande numero de vezes deixa de ser simplesmente palliativa e póde chegar a offerecer as garantias d'uma cura radical. Ha comtudo casos em que nenhuma alteração de volume se observa, e outros desastrosos, mas felizmente raros, em que o volume augmenta e o tumor soffre a degeneração kystica, o que é gravissimo.

A castração é pois uma boa operação, visto que quasi sempre attinge o fim principal que o cirurgião tem em vista, isto é, a supressão das hemorragias. Além d'isso acompanha-se em grande numero de casos d'uma

diminuição progressiva do tumor, e estes resultados são obtidos com menos riscos que com outras operações.

Entretanto não se deve considerar a castração como o unico meio therapeutico a empregar em todos os casos de fibromas uterinos que necessitam d'uma intervenção cirurgica.

Como todas as operações, ella apresenta indicações e contra-indicações.

Sob o ponto de vista operatorio os fibromas podem dividir-se segundo o seu volume em pequenos, médios e muito volumosos; pequenos até ao volume d'um ovo de gallinha, médios até ao meio da linha que vae do umbigo ao pubis, volumosos d'ahi para cima podendo attingir e mesmo exceder o umbigo.

Admitte-se geralmente que a castração convém nos fibromas médios e pequenos que reclamam a intervenção não em virtude do volume, mas por causa de perturbações funcçionaes ou dolorosas e particularmente pelas hemorragias. E' n'este grupo que devemos ir procurar as indicações principaes, mas isto não basta para nos elucidar circumstanciadamente sobre todas as particularidades relativas ás indicações.

O problema é complexo e actualmente ainda se não póde julgar d'um modo absoluto.

Entre as considerações a apreciar para a oportunidade da castração, Segond insiste nas *difficultades* possiveis da operação e no papel que ellas merecem ter na discussão das indicações.

Por vezes surgem *difficultades* reaes que aggravam o prognostico, de modo que para a castração ser

a operação preferida, deve ella antes de tudo ser d'uma execução relativamente simples.

Mas as difficuldades só poderão ser reconhecidas na quasi totalidade dos casos após a abertura do ventre. E' por isso que uma castração deve ser em primeiro logar uma laparotomia exploradora. Depois segundo o estado das coisas é que se deve optar ou pela castração, ou por outro modo de intervenção, guiando-nos n'isto a gravidade comparativas das operações de que podemos dispôr. E' então que é preciso dar todo o valor á gravidade particular das castrações muito laboriosas.

Não se fará a castração senão se a sua execução parecer simples. Difficuldade por difficuldade deve preferir-se a ablação directa dos fibromas (Segond).

As variedades que apresentam os fibromas quanto a volume, séde, número e connexões são tão numerosas que a determinação dependerá muitas vezes d'uma questão d'experiencia e tendencias pessoaes.

Ha logar de distinguir uma castração de escolha e uma castração de necessidade.

A primeira será posta em prática todas as vezes que a julgemos susceptivel de dar, expondo a perigos menores, resultados tão bons como a hysterectomia.

Assim, quando as disposições do tumor são taes que a amputação supra-vaginal pareça facil, alguns cirurgiões não hesitam em preferil-a á castração; outros porém, considerando em igualdade de circumstancias a hysterectomia sempre mais perigosa que a castração, nos casos de doentes enfraquecidos em extremo (o que se dá na maior parte das vezes) não hesitam em esco-

lher a operação que lhes parece mais rapida, mais simples e menos offensiva. Porisso preferem a castração e reservam a amputação supra-vaginal para os casos em que a castração se mostre assaz difficil para ser a operação preferida,

Ao contrario do exemplo precedente, quando a hysterectomia seja reconhecida impraticavel, como nos casos de fibromas inclusos nos ligamentos largos, adherentes, engravados, cuja ablação arraste consigo perigos indiscutíveis, quando invadam o collo uterino, quando o utero apresente uma grande quantidade de fibromas, a questão simplifica-se e a castração torna-se n'uma operação de necessidade. Infelizmente é tambem n'estes casos que a castração muitas vezes offerece as maiores difficuldades por os annexos se acharem deslocados e ás vezes profundamente alterados e adherentes.

Porisso é que algumas vezes o cirurgião se limita a uma laparotomia exploradora e torna a fechar o ventre, sobretudo nos casos em que a vida da mulher não esteja muito directamente ameaçada para que se tenha o direito de a expôr a manobras perigosas. Deve-se lembrar que as manobras intra-peritoneaes não completadas compromettem a benignidade habitual da laparotomia simplesmente exploradora. Mas por outro lado note-se que ha casos de laparotomia em que foi impossivel fazer quer a hysterectomia, quer a castração, e isto por causa de adherencias multiplas. Tornou-se a fechar a cavidade abdominal sem fazer mais do que romper algumas adherencias, e no emtanto a doente experimentou sensiveis melhoras após esta intervenção incompleta.

D'isto se póde concluir que a ruptura d'algumas adherencias feitas, já se vê, com toda a prudencia, póde prestar alguns serviços.

Para reduzir o numero das laparotomias simplesmente exploradoras ainda temos as ligaduras atrophiantes dos vasos utero-ovaricos. Empregadas por Antal, Schroeder, Terrier e outros, que as reputam capazes de produzir effeitos analogos aos da castração, comquanto o seu valor ainda não esteja bem definido, já nos deixam alimentar alguma esperanza d'allivio e mesmo de cura.

Alguns querem até que os effeitos da castração sejam devidos a perturbações circulatorias resultantes da laqueação de grande numero de vasos que a extirpação dos ovarios necessita. E' uma circumstancia auxiliar, mas a verdadeira acção da castração explica-se d'outro modo.

A proposito das considerações relativas ás indicações, L. Championnière lembra a *posição social* da doente. As pobres não podem passar com palliativos.

Terrillon chama a attenção para a extensão da cavidade uterina. Insiste no interesse que ha sob o ponto de vista das indicações em apreciar a profundidade da cavidade uterina. A experiencia mostrou-lhe que a castração é sobretudo efficaz quando a cavidade uterina mede 10 a 14 centímetros.

Quando é muito pequena ou então muito grande, attingindo dezoito, vinte e até vinte e cinco centímetros de profundidade, ha poucas probabilidades d'exitto favoravel.

Duplay e com elle a maior parte dos cirurgiões

contra-indicam a castração nos casos de myomas muito volumosos e *fibromyomas* kysticos para os quaes só convêm a hysterectomia.

Recapitulando vêmos que umas vezes poderemos escolher entre os differentes meios de intervenção cirurgica, outras seremos forçados a applicar um com exclusão dos outros, e n'outras emfim todos serão inapplicaveis.

N'um grande numero de vezes o diagnostico só poderá ser completado após a abertura do ventre, e o caminho a seguir variará segundo as circumstancias.

Tratando-se d'um fibroma unico situado n'uma das paredes d'um utero pouco augmentado de volume, e sobretudo sendo pediculado, está indicada a myomectomia simples.

Se ha metrorrhagias, dôres, utero hypertrophiado apresentando na sua superficie exterior um pequeno numero de fibromas de volume variavel, pediculados ou susceptiveis de enucleação sem abrir a cavidade uterina, aconsellham os auctores que se faça a ablação dos tumores mais facilmente accessiveis, mas ao mesmo tempo praticando a castração para produzir o desaparecimento das perdas e a atrophia dos tumores intersticiaes concomitantes que não foram extirpados.

Quando a ablação do tumor não possa ser feita sem a hysterectomia propriamente dita, é mais conveniente nos casos de escolha possivel preferir-lhe a castração por ser muito menos grave.

Deve-se reservar a hysterectomia para os casos de accidentes agudos graves não remediaveis pela castração, taes como phenomenos de infecção ou de com-

pressão de marcha rapida, casos de gangrena ou supuração do tumor, peritonite, estrangulamento intestinal, etc.

Em these geral as hemorragias e as dôres devidas aos fibromas são trataveis com exito pela castração e dado o caso de que estes phenomenos continuem ou se agravem, ainda nos fica o recurso da hysterec-tomia que então readquire os seus direitos.

A castração deve ser bilateral. Quando um dos ovarios não possa ser tirado por se achar preso por adherencias e não derem resultado as tentativas prudentes para as romper devemos contentar-nos com a castração unilateral que ás vezes chega a ser sufficiente, o que talvez se possa explicar por o ovario abandonado se achar de tal modo alterado (esclerosado) que está realmente suprimido sob o ponto de vista funcional.

Se ambos os ovarios são inacessiveis, torna-se a fechar o ventre depois de ter feito algumas ligaduras atrophiantes nas regiões peri-uterinas.

Depois do que deixamos escripto podemos, resumindo, admittir com Estrada que se não deve actuar directamente sobre os tumores fibrosos do utero senão quando a sua extirpação seja evidentemente simples e sem perigo. Preferir a castração na maioria dos outros casos e reservar a hysterec-tomia para as circumstan-cias excepcionaes em que ella constitue o unico meio de salvar uma existencia immediatamente ameaçada.

Fica pois demonstrado o valor da castração no tratamento dos fibromas uterinos, onde realmente presta serviços incontestaveis.

Convém lembrar que a castração nos fibromas é discutida a maior parte das vezes sem se attender previamente ao estado dos ovarios. O que se pretende é supprimir a sua função. E' a oophoréctomia como nós a definimos.

Mas deve-se notar que quasi sempre os annexos se encontram mais ou menos alterados (fócos hemorrhagicos, degeneração kystica, etc.), e estas lesões vi-
rão ainda justificar a castração, porque os annexos alterados podem ter uma influencia nociva sobre os tumores hemorrhagicos.,,

Ruptura d'adherencias.

Ligaduras atrophiantes.

São meios empregados para que o cirurgião faça um pouco mais que a laparotomia exploradora.

Praticam-se sempre que qualquer dos outros processos cirurgicos não pode ter execução. Tivemos este anno dois casos clinicos nos quaes o Exc.^{mo} Snr. Dr. Azevedo Maia só poude fazer a ruptura d'algumas adherencias que beneficiaram consideravelmente as doentes.

Meios medicos

Methodo d'Apostoli. Não trataremos de descrever este methodo que ainda está em via de estudo e que nos consta será assumpto d'uma outra

these. O emprego de este methodo requer o uso de instrumentos muito dispendiosos e difficeis de manosear. E' necessario muito tempo para se obter algum alivio. Conviria a doentes cuja posição social não as obrigasse a recorrer ao trabalho, para a sua sustentação. Não é inoffensivo, pois que Cutter apresenta uma estatistica que Lawson Tait considera peor que a da hysterectomia. Evidentemente que ha exagero.

N'uma discussão ultimamente travada na associação de Gynecologia de Londres, Playfair apresentou um certo numero de casos tratados pelo methodo d'Apostoli dos quaes tira as seguintes conclusões :

1.º A corrente continua é capaz de produzir resultados satisfatorios em certos casos escolhidos pouco ou nada beneficiados por outro tratamento. E' um grande passo na therapeutica gynecologica.

2.º E' um agente poderoso, e por isso empregado precipitada e irreflectidamente, pôde causar damnos.

5.º Necessita de apparatus caros e é incommodo e trabalhoso para manobrar.

4.º Requer, em vista da selecção de casos conhecidos especiaes e grandes cuidados na sua applicação, e por isso é natural que o seu emprego não possa tornar-se inteiramente geral.

Cutter, apresenta 50 casos distribuidos da seguinte forma:

sete sem resultado; quatro fataes; vinte e

cinco cessaram as perdas, tres melhorados, e onze curas perfeitas.

Lawson Tait analysando os casos apresentados por Playfair e Cutter, regeita o emprego da electricidade em gynecologia. E socorrendo-se da estatistica apresentada por este ultimo apresenta as percentagens do seguinte modo:

8 % de mortalidade.

22 % de successos.

70 % de resultados nullos.

D'aqui conclue que o tratamento electrico não pôde prevaleçer.

Ross Jordan protesta contra o termo de mutilação quando se falla de castração. As mulheres que precisam de ser castradas são estereis ou então caso o não sejam, uma gravidez seria para temer.

Varios outros fallaram sobre o assumpto podendo chegar-se á conclusão que ainda não é occasião para nos podermos pronunciar sobre o valor comparativo da electrolyse e d'ablação dos annexos no tratamento dos *fibromyomas*.

Muito mais poderiamos ainda dizer aproveitando as discussões que tem havido sobre um tal assumpto, mas isso só poderia ser tratado n'uma obra de maior folego, o que não está nas nossas intenções nem nas nossas forças.

Resta-me fallar nos outros meios medicos que existem para estas affecções.

Daremos novamente a palavra ao nosso amigo Francisco Corrêa de Mattos.

“Se os tumores não determinam symptomas a que se deya ligar importancia, basta um tratamento *hygienico*; se os accidentes (hemorrhagias, dôres) fôrem ligeiros, usar d'um tratamento *medico*. Se porém os accidentes fôrem graves, perigosos, depois de ter experimentado sem resultado os meios medicos, é-se forçado a recorrer a meios *cirurgicos*.

Não nos demoraremos com o tratamento medico. Mencionemos que o principal medicamento empregado tem sido a ergotina, que se algumas vezes deu bons resultados, em muitos não produziu o effeito desejado, e n'um certo numero d'elles as perdas augmentaram.

Mencionemos tambem as injeções de agua quente e o *tampon* antiseptico com que se tem conseguido por vezes suster hemorrhagias abundantes.

Ainda se tem usado com proveito da tinctura de *canabis indica*, da sabina, dos banhos d'agua salgada e d'um tratamento thermal em estações proprias. Isto, já se vê, ligado a uma boa hygiene e tendo o cuidado de conservar o repouso durante as regras.,

Conclusões

Apezar da opinião em contrario de Lawson Tait, julgamos conveniente experimentar todos os recursos medicos antes de qualquer intervenção mais grave. Para a electricidade é necessario fazer excepção, pois que, para que o seu emprego seja

proficuo convem que exista uma integridade absoluta da pelle, e que os tumores não tenham soffrido a degeneração kystica.

D'este nosso estudo chegamos ás seguintes conclusões:

1.º Os volumosos tumores do utero obrigam, muitas vezes, a praticar uma operação pela via abdominal.

2.º A abertura supra pubica será seguida segundo os casos, ou da myomectomia simples ou acompanhada d'ablação d'annexos, quer bilateral ou unilateral, ou da hysterectomia.

3.º Quando o estado do tumor fôr tal que nenhum d'estes processos seja applicavel, o operador fechará o ventre. depois de ter rompido algumas adherencias, mas d'uma maneira prudente, ou depois de ter collocado algumas ligaduras atrophiantes.

4.º E' muitas vezes impossivel, saber, antes d'abertura do abdomen se poderemos empregar um ou outro processo.

5.º Quando os ovarios são inacessiveis, encobertos por adherencias mais ou menos solidas é conveniente rompê-las por tentativas prudentes e de curta duração. Se acharmos impossibilidade em assim proceder, fecharemos o ventre depois de ter lançado algumas ligaduras atrophiantes.

6.º Regeitar a hysterectomia salvo nos casos em que é imposta por accidentes agudos, graves, não justificaveis da castração. Estes accidentes são phenomenos de infecção ou de compressão de

marcha rapida. São os casos de gangrena ou de suppuração do tumor, peritonite, estrangulamento intestinal, etc.

Em these geral as hemorragias e as dores serão justificadas da ablação d'annexos.

7.º Não actuar directamente sobre os tumores a menos que a sua extirpação seja evidentemente simples e isenta de perigo.

Na maioria dos casos fazer a castração e reservar a hysterectomia para circumstancias excepçionaes com o fim de salvaguardar uma existencia emminantemente ameaçada.

BIBLIOGRAPHIA

- Pozzi**—(Ann. de gynec. 1884).
Kœberlé—(In Gaz. med. de Strasbourg 1884).
Schrœder—(Idem).
Robert—(These).
Estrada—(These).
Secheyron—(Hysterectomie).
Terrillon—(Clin. Cir.)
Tillaux—(Clin. Cir.)
Vulliet—(Gynec. oper.)
Vautrin—(Myomes).
Lawson Tait—(Leçons myomes).
F. Mattos—(These 1889).
Britist Medical—Association—(1889).

Proposições

Anatomia—Utero e seus annexos.

Physiologia—Menstruação,

Therapeutica—Emmanagogos.

Pathologia geral—Endemias.

Anatomia pathologica—Estructura dos fibromyomas.

Pathologia externa—Ulceras.

Pathologia interna—Pericardites.

Operações—Sempre que seja possível, preferimos o methodo intra-peritoneal como tratamento do pediculo na hysterectomia.

Medicina legal—Signaes de gravidez.

Partos—Apresentações.

Visto
O presidente,

Brandão.

Póde imprimir-se
O conselheiro-director,

Visconde d'Oliveira.