

IV
ALCINDA PEREIRA DE AGUIAR

Tratamento dos Fibromas

OUTUBRO DE 1925

TIPOGRAFIA VIÚVA JOSÉ DE SOUSA
— VIANA DO CASTELO —

TRATAMENTO DOS FIBROMAS

ALCINDA PEREIRA DE AGUIAR

Tratamento dos Fibromas

TESE DE DOUTURAMENTO APRESENTADA
À FACULDADE DE MEDICINA DO PÔRTO

OUTUBRO DE 1925

TIPOGRAFIA VIÚVA JOSÉ DE SOUSA
— VIANA DO CASTELO —

Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Dr. José Alfredo Mendes Magalhães

SECRETÁRIO

Dr. Hernâni Bastos Monteiro

CORPO DOCENTE

PROFESSORES ORDINÁRIOS

Higiene	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Patologia geral	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Patologia cirúrgica . .	Dr. Carlos Alberto de Lima
Dermatologia e Sifilografia	Dr. Luís de Freitas Viegas
Terapêutica geral . . .	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Anatomia patológica . .	Dr. António Joaquim de Sousa Júnior
Clínica médica	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Anatomia descritiva . .	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Clínica cirúrgica . . .	Dr. Alvaro Teixeira Bastos
Psiquiatria	Dr. António de Sousa Magalhães Lemos
Medicina legal	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Histologia e Embriologia	Dr. Abel de Lima Salazar
Pediatria	Dr. António de Almeida Garrett
Patologia médica . . .	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Bacteriologia e doenças infecciosas	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Anatomia cirúrgica . .	Dr. Hernâni Bastos Monteiro
Clínica obstétrica . . .	Dr. Manuel António de Moraes Frias
Fisiologia geral e espe- cial	Vaga
Farmacologia	Vaga
Parasitologia e doenças parasitárias	Vaga

PROFESSORES JUBILADOS

Dr. Pedro Augusto Dias

Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.

**Art. 15.º 2.º § do Regulamento Privativo da Faculdade
de Medicina do Pôrto, de 3 de Janeiro de 1920.**

Á MEMÓRIA DE

MINHA BOA MÃE

A MEU PAI

Que eu sempre possa compreender
a grandeza da vossa alma.

A" MEUS IRMÃOS E CUNHADOS

A vossa irmã muito amiga.

A MEUS SOBRINHOS:

NELINHA

TÁ

LILA

TOTINHA

Beijinhos da Ti Chininha.

À FAMÍLIA CASANOVA

Nunca esquecerei que para vós fui
sempre uma filha e uma irmã.

Às Ex.^{mas} SENHORAS:

D. MARIA HELENA SÁ NOGUEIRA DE GUSMÃO
D. EMÍLIA FERNANDES FÃO
D. MANUELA PIMENTA DA GAMA MIMOSO DE BARROS ALPUIM
D. HERMANCIA PACHECO BARBOSA

Com um abraço.

AO MEU AMIGO

DR. JACINTO DE FREITAS E FAMÍLIA

A SEUS EX.^{mos} PAIS:

SENHORA DONA AMÉLIA DO CARMO DE FREITAS

SENHOR JOÃO JOAQUIM ANDRÉ DE FREITAS

Toda a minha amizade e o mais
profundo reconhecimento.

À Ex.^{ma} SENHORA

DONA AMÉLIA ESPREGUEIRA MENDES

O meu maior respeito e a minha
gratidão.

Ao Ex.^{mo} SENHOR

DR. JORGE AZEVEDO MAIA

Por tudo quanto vos devo.

AO MEU AMIGO

DR. OLIVA TELES E FAMÍLIA

Um abraço.

À minha companheira das boas
e más horas de estudo,

D. ADÉLIA SEIRÓS DA CUNHA

À D. CATARINA FONSECA,
minha antiga condiscípula,

Saudades daqueles tempos. ?

AOS MEUS CONDISCÍPULOS

As melhores recordações.

AO MEU ILUSTRE PRESIDENTE DE TESE

Ex.^{mo} SENHOR PROF. TEIXEIRA BASTOS

Muito respeitosamente, como preito de
admiração, a discípula reconhecida.

Este modesto trabalho não visa a descobrir novos aspectos entre tantas e tam debatidas teorias, como são as que sôbre fibromas e seu tratamento se tem apresentado, porque à sua autora faltam, quási por completo, a competência e a experiência — bases indispensáveis para, com propriedade, poder tirar conclusões.

E' por isso que, antes de mais nada, ela quer aqui deixar consignado ao Ex.^{mo} Senhor Dr. Teixeira Bastos o seu pedido de desculpa pela forma trivial sem brilho e sem valor, por que tratou tam vasto assunto e respectivos casos de clínica cirúrgica, que Sua Ex.^a tam amávelmente lhe cedeu. Outro-sim agradece o ingresso que lhe foi dado nas suas enfermarias, onde ouviu, da sua autorisada competên-

tência, os mais úteis, sábios e profundos ensinamentos e conselhos. Também julga um dever, nestas poucas linhas de apresentação da sua tese, reiterar a expressão sincera da sua gratidão aos seus Ilustres Assistentes Snrs. Dr. João de Almeida, Dr. Melo Pestana e Dr. António de Pádua, pela bondade e delicadeza que sempre lhe mostraram, bem como ao Ex.^{mo} Snr. Dr. Roberto de Carvalho que lhe forneceu, expontâneamente, todos os livros e jornais que tam utilmente pôde consultar.

A todos o seu indelével reconhecimento.

Depois de expôr, ao de leve, algumas
noções gerais sôbre os fibromas, entrarei
própriamente no âmago da minha tese.

Afecção muito freqüente, que para *Bayle* existe em 50 % das mulheres. **Etiologia**

Grave leva a sua ousadia a afirmar que aparece em quâsi todas as solteiras.

Vários autores vêem na raça negra uma receptibilidade especial.

Gaillard-Thomas afirma que, depois dos 30 anos, é quâsi constante em todas as prêtas.

Tem-se invocado várias causas adjuvantes:

« *A Idade* ». Raramente aparece antes dos 25 anos. A sua maior freqüência é entre os 30 e 45, como se pode verificar na estatística das doentes apresentadas:

De 25 a 30 anos	6,8 %
» 30 » 40 »	32,2 %
» 40 » 45 »	44 %
» 45 » 55 »	18,6 %

Cavaillon cita um caso dum fibromioma numa criança de 13 anos.

« *A hereditariedade* ». Teem-se visto fibromiomas em várias mulheres da mesma família.

Cohneim atribui-os a uma influência congénita.

« *O temperamento* ». São muito frequentes nas neuroartríticas e são pelo contrário excepcionais nas linfáticas.

« *A esterilidade* ». É hoje para muitos autores um factor de grande importância.

Treub, de Amesterdam, diz na sua comunicação à Sociedade Obstétrica de Paris: *Le manque, ou la cessation précoce de tout le processus de la reproduction, favorise la production des fibromes et en est même le facteur le plus important.*

Pinard é um dos maiores defensores desta teoria que com *Treub* diz: *C'est l'enfantement qui assurera le grand nettoyage, le déblayage, provoqué par les suites de l'accouchement.*

Quanto à sua génese também pouco ou nada conhecemos. *Virchow* dá ao tecido conjuntivo um papel preponderante; é este que, debaixo de fenómenos de irritação, mostra a sua actividade.

Klebs, *Kleinwachter*, *Pilliet* e *Costes* afirmam a origem vascular.

Para eles os fibromas traduzem uma doença primitiva da rede vascular interina.

Pilliet diz mais que esta doença vascular tem uma origem infecciosa.

Em vista das lesões escleroquísticas, que acompanham quasi sempre os fibromas, *Hegar* pergunta se não devemos procurar nos ovários a sua génese.

Forgue e *Massabuau* dizem ser a secreção interna do ovário o regulador da troficidade normal do útero; elle intervém ainda no crescimento dos fibromas.

Seitz attribui a causa primitiva a uma alteração qualitativa da secreção ovárica a que chama — *Myom hormon* — hormona esta que gera miomas e que não só aumenta as fibras musculares do útero mas preside ainda à organização destas em fibromas.

Destas várias teorias, se depreende, que ainda está longe de ser conhecida a verdadeira causa destas neo-formações.

Anatomia Patológica

Os fibromiomas apresentam-se sob a forma de núcleos arredondados, esbranquiçados, duros e afastando os seus bordos quando os seccionamos.

A superfície da sua secção mostra-nos feixes de fibras lisas, dispostas em camadas concêntricas, regulares, ou então formando turbilhões, dando assim um aspecto bosselado.

Outras vezes, no centro destas camadas de fibras, podemos ver um vaso cortado.

Ao microscópio vemos que a estrutura é a mesma do útero: fibras musculares lisas, fibras conjuntivas e vasos que o alimentam.

O seu volume é muito variável.

Pode aparecer-nos desde o núcleo microscópico até ultrapassar o volume duma cabeça de adulto.

O seu número não varia menos.

Siredy cita um caso em que encontrou 35 fibromas dispersos na massa uterina.

O tecido uterino partilha até certo ponto do desenvolvimento do tumor, adensa-se à sua volta e ele todo torna-se um pouco hipertrofiado.

Por sua vez o fibroma participa do crescimento

do útero, quando este se hipertrofia, como na gravidez.

Assim vemos nêstes casos o tumor crescer e às vezes muito.

Depois acompanha a involução do útero e de tal forma o faz que fica muitas vezes mais reduzido do que antes da gravidez.

A menopause exerce sobre elles uma acção regressiva.

Devemos desconfiar dos tumores que continuam a crescer depois desta fase.

Alguns fibromas são constituídos quasi exclusivamente por fibras musculares, noutros, ao contrario, predomina o tecido conjuntivo.

Podem sofrer varias degenerescências: a *calcária* — em que ha a impregnação do tecido conjuntivo de sais de cálcio, acarretando a atrofia do tecido muscular, a gordurosa, a amilóide e a degenerescência sarcomatosa.

Esta é que mais nos interessa, porque vem muitas vezes ensombrar o prognóstico por volta da menopause.

Apesar do epitelioma aparecer conjuntamente com o fibroma devemos considerá-lo uma afecção à parte e não uma degenerescência.

O seu desenvolvimento é feito à custa das glândulas da mucosa.

Os fibromas podem sofrer ainda fenómenos de infecção e de gangrena.

Quanto à sua topografia podemos classificá-los em :

Intersticiais, sub-serosos e sub-mucosos.

A sua situação e o seu volume podem-nos ser traduzidos por fenómenos compressivos. Assim, na face anterior podemos vê-lo provocar desordens no funcionamento renal; na parede posterior vai causar perturbações no curso das matérias fecais; se está no colo aumenta-o de volume, trá-lo para baixo e também pode acarretar compressões dos órgãos pélvicos.

Os fibromas, além destas perturbações viscerais, podem produzir a hipertrofia do coração esquerdo, aumento do volume do fígado, podendo também causar lesões das veias da bacia e dos membros in-

feriores, o que explica as flebitis e os acidentes embólicos em seguida à extripação dos fibromas de que os livros tanto falam e de que não há exemplo nos casos que cito.

Analizando todas as doentes que apresento vê-se que um dos sintomas que mais depressa nos é fornecido por elas é a «*hemorragia*».

Sintômas

De 59 casos, 15 não me foi possível obter os boletins, tendo apenas verificado os registos e resultado das operações; e 27 acusam-na, sendo a maioria do tipo menorragico.

Também aparecem com a forma de metrorragias.

Estas hemorragias que podem ser em tam abundante quantidade que levem a mulher a uma extrema anemia, não são constantes em todos os fibromas.

Assim não aparecem muitas vezes nos sub-serosos, em especial nos pediculados e são quasi

constantes na fibromatosa difusa e nos fibromiomas sub-mucosos.

Uns querem vêr a sua génese numa endometrite hemorrágica; outros (e é o maior número) numa origem ovárica.

Muitas vezes a hemorragia tem aparecido antes de todos os outros sintômas.

Devem pôr-nos de sobreaviso todas as regras prolongadas, que são precedidas por dismenorrea congestiva, e acompanhadas por um aumento do útero durante êsse período.

Quando isto aconteça podemos desconfiar que se está em via da formação dum fibroma.

Além da hemorragia, a mulher acusa algumas vezes *leucorreia*.

É um sintôma que não é tam constante.

A princípio esta hidrorreia aparece unicamente nos dias que seguem a menstruação, para se ir prolongando até se instalar entre os períodos mens-truais.

É particularmente intensa nos pólipos.

Muitas vezes os fibromas fazem-se acompanhar

por *dores*, que se mostram quer sob a forma de dismenorreia congestiva precedendo a menstruação, quer sob a forma de sensação de pêso, trilhamento lombar, isto é, um mal-estar geral, que não é pròpriamente dôr e que é conhecido por o nome de síndrome uterino.

Estas dores são devidas à compressão dos nervos.

Além dêstes podem aparecer outros fenómenos de compressão :

Segundo o tumor é desenvolvido na face anterior ou posterior e ainda se o útero está em retro ou ântero-flexão, correspondem-lhe *perturbações vesicais ou intestinais*.

Ao lado dêstes sintômas funcionais temos ainda os físicos que são pròpriamente os sinais de certeza.

Assim, a presença dum *tumor abdominal*, que pelo toque bimanual vemos fazer *parte integrante do útero*, (pois os movimentos dados a êste são-nos transmitidos através da neoplasia à outra mão) é o principal de todos os sintômas.

Também o *alongamento da cavidade uterina* constitui, podemos dizer, um sinal patognomónico.

Êstes dois últimos sinais associados à hemorragia formam a triade sintomática desta afecção.

E tendo terminado aqui as noções gerais, que me propus esclarecer, passo agora a expôr, mais desenvolvidamente, o assunto da minha tese, que é o— Tratamento nos Fibromas.

TRATAMENTO

Os fibromas não teem escapado à evolução da ciência.

Há uns 40 anos o seu tratamento ainda era quasi exclusivamente paliativo e medicamentoso.

Em 1876 *Winckel* propôs a *curetagem cirúrgica* para combater a hemorragia e pouco depois *Laroyenne* preconizou a curetagem química com clorêto de zinco, para obter o mesmo fim.

Em 1883 aparece-nos o tratamento eléctrico introduzido por *Apostoli*.

Utilizava o galvanoscáustico intra-uterino de alta tensão (50 a 150 miliamperes).

Com a era da asepsia a cirurgia foi tomando fóros e entrou no domínio do tratamento dos fibromas.

Depois em 1904 o médico francês *Foveau de Courmelles* ensaiou o tratamento dos fibromas pelos raios X, que hoje tende não só a pôr-se a par do cirúrgico mas ainda a suplantá-lo.

Por último, em 1906, *Oredin e Verchère* e depois *Chéron e Fabre* introduziram o rádio como agente terapêutico desta afecção.

De todos êstes tratamentos só os três últimos analisarei por serem os únicos que subsistem à hora presente e que por isso me interessam.

Radiote- rápia

Os trabalhos de *Laue*, antigo professor de Francfort e as experiências de *Friedrich* e de *Knipping*, demonstraram com segurança que os raios Röntgen são ondas luminosas, cuja freqüência é dez vezes maior que a da luz visível.

Quanto maior é o número de vibrações duma radiação, tanto maior é o seu poder de penetração ou a sua dureza e tanto menos é absorvida ao atravessar o corpo.

Uma irradiação Röntgen é homogêneamente qualitativa, para fins biológicos, quando, ao atravessar o corpo humano, não se altera de modo apreciável a proporção em que se encontram os distintos raios que a integram.

A zona patológica em toda a sua extensão e

profundidade deve receber uma intensidade suficiente da irradiação homogénea, de forma que se produza um campo de acção de intensidade quantitativamente homogéneo.

Daqui se tiram alguns princípios que são a base da radioterápia :

1.º — Está confirmado pela observação biológica que as diferentes classes de células são diversamente sensíveis aos raios X.

2.º — Os raios X de distinta dureza devem ser considerados como medicamentos distintos, enquanto não haja provas do contrário.

De todas as maneiras é evidente que as diferenças de sensibilidade celular se tornam mais apreciáveis quando se empregam raios duros.

3.º — Para que se possam apreciar as diferenças de sensibilidade, é condição prévia que o campo de irradiação seja homogéneo.

4.º — Se o campo de irradiação não é homogéneo, produz-se uma acção prejudicial e falta a condição prévia indispensável para obter um efeito favorável, quando a não homogeneidade do campo

é maior que a diferença de sensibilidade entre as células patológicas e normais.

Foi assim, baseando-se nêstes princípios que podem ser resumidos em dois, um biológico outro terapêutico, que nasceu a radioterápia.

E para *Béclère*, um dos maiores apologistas da röntgenterápia, à excepção da mortificação gangrenosa do fibroma, ou da sua saída espontânea da cavidade uterina, ela é aplicável a todos os fibromas.

Todos os tumôres que tratou pelos raios X, sem excepção, não só estacionaram no seu desenvolvimento mas ainda diminuíram de volume.

Essa redução começa nas primeiras sessões, o mais das vezes apreciável já à segunda ou terceira. Nos casos mais favoráveis reduz-se um centímetro por semana.

O tratamento deve ser levado até se obter a menopause artificial, que nos é anunciada pelo aparecimento das bouffées de calor, e assim conseguiremos que os folículos primordiais do ovário tenham sofrido a acção destruidora dos raios X.

Esta menopause provocada fica as mais das vezes

definitiva; contudo, em 12 % dos casos tratados, foi sómente temporária e as regras reapareceram no fim de um, dois e mesmo três anos; para elas cessarem foi preciso novo tratamento.

O papel do médico, portanto, não termina com a irradiação que supõe ser a última.

Tem que vigiar as suas doentes, dizer-lhes que o procurem todas as vezes que haja o desaparecimento brusco das bouffées de calor, que é o sinal de alarme anunciador do retôrno das regras, do despertar da actividade ovárica, muitas vezes já precedida por um novo crescimento do tumor.

Os sintômas de compressão também diminuem.

Para êle não é contra-indicação a idade, nem as dimensões do tumor, nem a degenerescência calcárea, nem mesmo os casos tam freqüentes de salpingite ou apendicite crónica mais suspeitos do que diagnosticados.

Leva o seu entusiasmo a dizer:

Um tumor abdominal com todas as aparências exteriores dum fibroma uterino, que convenientemente tratado pelos raios X não diminui de volume,

não é um mioma, ou então, não é exclusivamente de natureza miomatosa.

Apresento em seguida a sua estatística de 400 casos tratados:

55 a 56 anos	9 casos
50 » 54 »	89 »
45 » 49 »	130 »
40 » 44 »	126 »
35 » 39 »	31 »
30 » 34 »	15 »

Béclère é partidário das doses fraccionadas como o são também *Albers-Schonberg*, *Panneton*, *Corscaden*, *Williams* e outros.

A maior parte dos radiologistas alemães, como *Kronig*, *Friedrich*, *Seitz* e *Wintz*, são apologistas das doses macissas.

Foi *Kronig* até que procurou obter uma dose mínima, capaz de esterilisar o ovário numa só sessão, qualquer que fôsse a idade da doente.

Chamou-lhe *Ovarialdosis* que corresponde teóricamente a 20 % da *Erythemadosis*.

(Não me parece que tenha razão de existir essa dose absoluta e não dentro de certos limites. A resistência do ovário não variará conforme a idade e na mesma idade até, conforme a doente?).

Seitz e Wintz avaliam a *Darmdosis* (dose capaz de produzir lesões intestinais) em 130 a 130 % da *Erythemadosis*.

Teóricamente, pois, seria impossível atingir a *Darmdosis*. Na prática não sucede assim, como mostram os casos apresentados por *Schwartz*, em duas doentes com lesões intestinais. Além destas, mais de uma dúzia das suas doentes apresentaram o *Roentgenkater* dos alemães, ou *mal das irradiações dos Francêses*. Estas perturbações, que muitas vezes incomodam bastante a doente, a ponto de a obrigar a estar no leito vários dias, são muito mais frequentes nos tratamentos pelas doses intensas do que nas fraccionadas.

Para muitos outros não são só estes os únicos perigos da radiologia.

Assim *Pierre Delbert* apresenta na Sociedade de Cirurgia, na sessão de 10 de Dezembro de 1913,

três casos de câncer de evolução muito rápida, enxertados sobre fibromas uterinos, no curso do seu tratamento pelos raios X.

Afirma que foi a radioterapia o agente etiológico do câncer; para *Béclère* e *Faure* era já preexistente e não serviu senão de excitante ao seu desenvolvimento.

Souligoux e *Hartmann* acusam-na ainda de fazer cair as doentes numa falência física absoluta.

Souligoux diz: «Eu não creio que os radiologistas possam localizar a acção dos raios sobre os ovários e temo que vão mais longe, atingindo glândulas essenciais, como as cápsulas supra-renais e o pâncreas.

Vou citar-vos o caso que me levou a emitir esta opinião:

A mãe dum meu aluno veio consultar-me. Diagnostiquei um fibroma e aconselhei-a a não se operar, nem fazer o tratamento radiológico.

Era um fibroma pequeno sem heremorragias e perto da menopause.

Apesar dos meus conselhos tratou-se pelos

raios X. Examinei-a em seguida. O seu fibroma estava diminuído, mas fiquei impressionado com o aspecto da doente.

Quando a vi pela 1.^a vez, era gorda, fresca e rosada, não mostrando a idade que tinha; agora encontrava-a magra e velha.

O emagrecimento foi progredindo pouco a pouco, até que veio a morrer numa falência física absoluta.

Êste caso feriu-me tanto que eu nunca aconselharei a uma mulher a tratar-se pelos raios X.»

Para *Béclère* esta falência não deve ser atribuída aos raios X. Na grande maioria das doentes, diz êle, as cápsulas supra-renais e o pâncreas estão fora da irradiação. É sómente nos casos excepcionais, onde o tumor se eleva até ao epigastro, que êstes órgãos podem ser atingidos.

E mesmo nêstes casos tenho sido feliz.

Para *Béclère*, o único verdadeiro perigo está no excesso da dóse, que pode provocar reacções cutâneas, sob a fórma de radiodermites agudas, ou lesões tróficas tardias. Todos os outros perigos, afirma êle, são imaginários. Outra acusação de

Pierre Delbert são as falhas do tratamento; cita 6 casos de fibromas que tiveram de ser operados, depois do tratamento pela radioterápia.

J. L. Faure exprime-se nêstes termos :

« Na maioria dos casos (que eu tenho feito tratar pela radioterápia) tenho assistido a melhoramentos consideráveis, desapareição das perdas, das metrorragias e enfim supressão das regras, quási sempre ao 3.^o mês.

Do lado do volume dos fibromas há quási sempre, sempre talvez, uma diminuição sensível; por vezes considerável; tenho visto certas doentes em que o tumor deixou de ser perceptível, mas tenho visto também um certo número nas quais ficou volumoso.

E para os grandes fibromas, nunca encontrei estas curas radicais, absolutas e instantâneas, como é de regra depois da operação. »

M. Pauchet apresenta um fibroma gangrenado, que sendo submetido à acção dos raios X e do rádio, se esfacelou. *Dartingues* cita também um caso insuficientemente tratado pela radioterápia e com-

plicado de 2 hematosalpinges e insiste sobre o êrro do diagnóstico dos fibromas.

Não acredita nos grandes milagres da radiologia.

Lecène apresenta um caso duma doente operada por *Mondor*, devido a acidentes peritoneais tendo principiado na véspera à noite. Esta doente apresentava há 6 meses metrorragias abundantes e sob o diagnóstico de fibroma tinha sofrido 3 sessões de radiologia, sendo a última 3 dias antes dos acidentes. *Mondor* intervém e, juntamente com um pequeno fibroma, encontra duas enormes bôlsas de salpingite, uma das quais rôta, tendo causado uma peritonite supurada difusa.

Apesar da histerectomia e da drenagem morreu em 24 horas.

M. Patel apresenta 3 casos de fibromas, tratados pelos raios X, que operou. Um dêles tinha sido tratado em 1913, tendo melhorado com 30 sessões.

Em 1921 o tumor aumenta e as hemorragias reaparecem.

Apesar de duas placas de radiodermite, quei n-comôdam a intervenção, tira um fibroma de 1:800

gramas, complicado dum pólipo uterino e dum tumor ovárico.

Em 1922 a doente queixa-se de fortes dóses. Examinada, nada se encontra, a não ser na parede duas enormes placas lenhosas; e a doente morre dum câncer de marcha rápida, que parece ter-se desenvolvido na parede, ao nível das placas de radiodermite.

2.^a doente: Apesar de 10 sessões de radioterápia, o tumor não diminue, as regras continuáam. Passados meses a doente declara que as regras lhe desapareceram há 2 meses e o tumor cresceu até ao umbigo.

Pensa-se numa gravidez que se confirma na operação e conjuntamente um volumoso fibroma de 4 kilogramas.

A doente curou-se.

3.^a doente: Depois de 20 sessões as hemorragias desapareceram, mas o tumor conservou o seu volume, quando o acidente duma hérnia estrangulada a conduziu ao hospital, onde foi operada da sua hérnia e do fibroma.

M. Villard fala duma doente que viu irradiada por causa de um fibroma simples, apresentando durante 5 anos uma ulceração parietal, que se transformou num epitelioma que a levou à morte.

M. Condamin cita, igualmente, radiodermites graves.

Como atrás dissémos, o rádio é também hoje um dos meios usados na terapêutica dos fibromas e emprega-se, quer o próprio rádio, quer a sua

**Curieterá-
pia**

emanação.

Os resultados são idênticos para uma energia radioactiva igual.

As doses e duração variam conforme o tamanho do tumor e a idade da doente. O *Professor Nogier*, de Lyon, grande defensor desta terapêutica, cita a estatística de *Kelly* (de Baltimore), publicada na América.

Nesta estatística, de 210 casos, 146 dizem respeito a mulheres de mais de 40 anos e 64 a mulheres de menos de 40 anos.

Os resultados foram os seguintes:

94 — Tumôres desaparecidos ou praticamente desaparecidos.

64 — Tumôres diminuídos.

13 — Doentes sintomaticamente bem.

2 — Não melhorados.

9 — Doentes operados consecutivamente à irradiação.

2 — Mortes (um caso de apoplexia um mês depois do tratamento, outro de anemia extrema por perdas antes do tratamento).

6 — Doentes não tendo seguido o tratamento até ao fim.

7 — Doentes que não deram mais notícias.

13 — Doentes que recentemente irradiadas, ainda se não conhecem os resultados do tratamento.

Para *Nogier* a radiumterapia tem as seguintes vantagens sobre a radioterapia:

a) A aplicação faz-se in-loco dolenti, no órgão doente, e a irradiação é centrífuga. As porções pos-

teriores do tumor recebem, pois, tanto como as porções anteriores. A pele não corre nenhum risco.

b) Os órgãos vizinhos, ovários, intestinos, estômago, baço, pâncreas, não recebem senão uma pequena parte da irradiação.

As modificações citológicas que podem aparecer são infinitamente mais fracas do que com os raios X.

c) O rádio, sendo suficientemente activo para destruir todas as células cancerosas, se há coexistência dum princípio de epitelioma, uma aplicação dirigida contra o fibroma é capaz de destruir o neoplasma e de curar de uma maneira definitiva, tam bem como a intervenção cirúrgica. O tratamento pelo rádio é rápido. Com doses convenientes, vê-se em numerosas mulheres, depois de uma única aplicação, as hemorragias serem suprimidas e o fibroma regressar progressivamente.

A duração do tratamento é de 5 a 7 dias.

O rádio, enfim, deixando intacta a pele, permite a intervenção cirúrgica em excelentes condições, nos casos excepcionais, em que elle falha.

E como uma intervenção cirúrgica é, muitas vezes,

perigosa, depois da radioterápia, é o rádio o remédio de escolha para o tratamento dos fibromas, tendo resistido aos raios X.

Simone Laborde faz a apologia da aplicação do emprêgo do rádio, não através do canal cérvico uterino, mas sim nos fundos de saco laterais da vagina.

Béclère não é partidário desta técnica, porque expõe a vagina na sua parte mais profunda, a uma tam penosa como perigosa retracção.

Os grandes miomas não pertencem ao domínio da curieterápia.

O estado da mucosa e das trompas limita as suas indicações.

Para *M. Colte* só os pequenos fibromas, ou os úteros fibromatosos com hemorragias, pódem em princípio beneficiar do rádio.

É arriscar-se a uma falha, ou até a acidentes graves, querer estender a sua acção aos fibromas mais volumosos ou complicados.

Pode-se dizer com *J. L. Faure* que, onde êle não é indicado, é prejudicial e perigoso.

É outro meio terapêutico de tratar os fibromas.

Os 59 casos que apresento, foram tratados por este processo e de seu valor se inferirá da seguinte estatística :

32 casos . .	Histerectomia simples
19 » . .	» com anexectomia simples
7 » . .	» » » dupla
1 » . .	Wertheim

Como vêmos, empregou-se em todos a histerectomia.

Naquêles em que os ovários estavam sãos, conservaram-se; nos que estavam doentes, fez-se a anexectomia simples ou dupla.

Não descrevo os diversos métodos operatórios, porque êstes devem ser escolhidos pelo cirurgião, apropriando-os a cada caso especial.

Todos os fisioterapeutas dizem que à Cirurgia pertencem apenas os fibromas que sofreram a mortificação gangrenosa, os que fazem a sua saída espontânea para a vagina ou que tenham complicações sépticas.

Ora dos 59 casos que apresento, nada menos de 4 eram fibromas complicados de epetilioma, um de carcinoma, três de quistos ováricos e muitos outros apresentavam aderências aos órgãos vizinhos. Como vêmos são raros os fibromas simples. *Tixier* analisando as peças operatórias das suas doentes, em dois têrços dos casos, certificou-se de que se tratava de fibromas complicados e esta complicação dependia de infecção :

Salpingite, pulviperitonite, necrose dos fibromas, gangrêna de fibromas sub-mucosos, bridas inflamatórias determinando perturbações intestinais, endometrite fungosa, inflamação produzindo anemias graves (anemia infecciosa), etc., etc.

E todos êstes estados são contra-indicação a um tratamento fisioterápico.

No último têrço entram os fibromas volumosos ou encravados; os fibromas dolorosos pela sua sede: istmo, cornos, ligamentos largos, que são do domínio exclusivo da Cirurgia; e até os fibromas pequenos, muitas vezes múltiplos, causa de esterili-

dade, pertencendo à fisioterapia, podem melhormente ser tratados por uma operação conservadora.

De tal sorte que, se nos lembrarmos que muitos úteros fibromatosos não determinam nenhuma perturbação apreciável e podem ser simplesmente vigiados pelo médico, chega-se à conclusão que a parte pertencente à fisioterapia é mínima.

E antes de submeter à radioterapia ou à curieterapia estes fibromas, é preciso estar bem seguro de que sobre um tumor essencialmente benigno estas acções misteriosas não se tornem prejudiciais mais tarde.

Baudet diz ainda: penso que é preciso ser muito intervencionista e que todos os fibromas devem ser operados, salvo contra-indicação.

Parece-me suficiente indicação a simples existência do tumor, sobretudo se ele sangra ou existe qualquer das ameaçadoras complicações que inumerarei.

CONCLUSÕES

Analisando agora os três processos vemos :

1.º — Tanto o radiológico como o curieterápico levam a sua acção até à esterilisação da mulher.

2.º — Não devem ser empregados senão depois dum diagnóstico seguro de fibroma simples e nêstes ainda só nos apropriados.

3.º — O curieterápico tem ainda o inconveniente do seu fácil emprêgo, podendo ser utilizado por pessoas inexperientes.

4.º — Na fisioterapia há mais o desastre dos erros do diagnóstico, tam freqüentes até nos melhores Genecologistas.

Disto se depreende que o tratamento cirúrgico é o único :

1.º — Quando os ovários estão sãos, os conserva, deixando-os funcionar como glândulas endocrínicas.

2.º — Não corre o risco dos êrros do diagnóstico, pois êste é confirmado na mesa operatória.

3.º — Pode curar duma só operação outras lesões concomitantes.

4.º — O tumor é extraído, tirando-lhe assim toda a possibilidade duma degenerescência tardia.

VISTO.

Teixeira Bastos

PRESIDENTE

PÓDE-SE IMPRIMIR.

Alfredo de Magalhães

DIRECTOR

CASOS CLÍNICOS

Op. 15 — C. A. F., de 38 anos, solteira, natural de Arouca. Tumefacção chegando até ao umbigo. Leucorreia. Histerometria 14 cm. Fibroma uterino com degenerescência quística do ovário esquerdo e dilatação ampular da trompa.

Histerectomia sub-total pelo método do deglamente posterior. Anexectomia esquerda.

Op. 18 — A. de J. R. de F., de 40 anos, solteira, natural de Amarante. Útero aumentado de volume, tumefacção no seu bordo direito. Hidrorreia. Meno e metrorragias. Diagnóstico: Fibroma uterino. Histerectomia sub-total, método de Terrier. Histo-diagnóstico epitelioma.

Op. 43 — M. de S., 38 anos, casada, natural de Gaia. Útero amolecido. No fundo de saco lateral esquerdo, tumefacção regular, pequena. Meno e metrorragias. Histerectomia sub-total. Histodiagnóstico. Fibroma.

Op. 83 — E. da L., idade 40 anos, solteira, na-

tural de Vila-Flôr. Fibroma uterino com degenerescência epiteliomatosa. Wertheim.

Op. 103 — E. de J., idade 41 anos, viúva, natural de Gaia. Fibroma uterino e degenerescência quística dos ovários. Histerectomia sub-total pelo método do degolamento anterior. Histodiagnóstico. Fibromas.

Op. 104 — M. R., 32 anos, solteira, natural de Vieira do Minho. Menorragias e metrorragias. Colo uterino duro. Tumefacção do volume duma laranja intimamente ligada ao corpo do útero e móvel com êle. Fibromatose uterina e degenerescência quística dos ovários. Histerometria pelo método de Kelly-Segond.

Op. 117 — A. dos S., idade 33 anos, solteira, natural do Pôrto. Dores no hipogastro. Leucorreia. Meno e metrorragias. Tumefacção, chegando um centímetro abaixo do umbigo. Pelo toque viu-se fazer parte do útero. Histerometria 11 cm. Fibro-

mioma uterino e degenerescência quística dos ovários. Histerectomia. Kelly-Segond. Histodiagnóstico. Fibroma.

Op. 121 — M. C., 45 anos, viúva, natural de Penáçova. Dores no hipogastro. Meno e metrorragias. Corrimento sero-sanguinolento. Tumôr que sobe 4 dedos acima do púbis. Pelo toque é móvel com o útero. Histerometria 10 cm. Fibromioma uterino. Anexos esquêrdos prolabados no fundo de saco de Douglas e aderentes aos órgãos visinhos. Degenerescência quística dos ovários. Histerectomia pelo método do degolamento anterior.

Op. 129 — M. F. da C., idade 34 anos, natural do Pôrto. Volumoso tumôr, subindo 3 dedos abaixo do umbigo. Pelo toque sentiam-se duas tumefacções: uma no fundo de saco de Douglas, consistente, outra à frente, menos consistente, difícil de limitar. Colo mole. Diz estar grávida de 3 meses. Fibroma uterino e gravidez. Histerectomia sub-total pelo método do Terrier, com anexotomia esquerda.

Op. 144 — M. J. L., idade 44 anos, solteira, natural de Cerveira. Tumefacção que vêm fazer parte com o útero. Hemorragias. Fibroma uterino. Histerectomia sub-total. Histodiagnóstico. Fibromioma.

Op. 150 — A. E. R., idade 58 anos, viúva, natural de Arouca. Pela palpação via-se uma massa tumoral subindo acima do umbigo. Útero atrofiado e mole. Fibroma uterino e quisto do ovário esquerdo. Extracção do quisto e anexectomia dupla. Fortes aderências da cápsula do quisto a todos os órgãos da pequena bacia. Implantada sobre o corpo do útero uma massa tumoral fibromatose pediculada e do tamanho duma laranja.

Op. 155 — M. da C., idade 37 anos, solteira, natural de Oliveira de Azemeis. Tumefacção do volume duma grande laranja. Fibroma uterino e degenerescência quística do ovário direito. Histerectomia sub-total e anexectomia direita. Histodiagnóstico. Fibroma.

Op. 163 — E. G. R., idade 52 anos, viúva, natural de Valongo. Leucorreia por vezes sanguinolenta. Metro e menorragias. À palpação, tumefacção do tamanho da cabeça dum adulto. Histerometria 12 cm. Fibroma uterino. Histerectomia sub-total. (Kelly-Segond) e anexectomia direita. Histodiagnóstico. Fibromioma.

Op. 185 — A. de C. M., idade 48 anos, casada, natural de Celorico de Bastos. Ao toque, tumefacção regularmente arredondada do volume duma laranja, fazendo parte do útero e situada um pouco à esquerda da linha média, sem passar acima da pequena bacia. Fibroma uterino. Histerectomia sub-total. Há a notar a ausência de anexos do lado esquerdo.

Op. 188 — H. R. M., idade 35 anos, casada, natural de Idanha a Nova. Fibroma uterino e degenerescência quística do ovário direito. Histerectomia sub-total e anexectomia direita.

Op. 189 — F. de J., idade 44 anos, viúva, natural de Marco de Canavezes. Dores no hipogastro. Meno e metrorragias. Hidrorreia. Colo uterino duro. Volumoso tumor, fazendo corpo com o útero. Histerectomia sub-total.

Op. 196 — A. J. N., idade 37 anos, solteira, natural de Viseu. Tumefacção abdominal muito móvel, desviada um pouco para a esquerda da linha média. Passa acima do umbigo. Menorragias. Diagnóstico. Fibroma uterino e degenerescência quística dos ovários. Histerectomia sub-total. Histodiagnóstico. Carcinoma.

Op. 207 — E. P. da S., idade 32 anos, natural de Celorico de Bastos. Metro e menorragias. Hidrorreia. Fibroma uterino e degenerescência quística do ovário esquerdo. Histerectomia sub-total com anexectomia esquerda.

Op. 214 — J. M. R., idade 32 anos, natural de Vila da Feira. Grande tumefacção, passando acima

do umbigo. Nódulos fibromatosos do útero e ligamento largo esquerdo. Histerectomia sub-total. Histodiagnóstico. Fibroma.

Op. 216 — A. M. G., idade 50 anos, solteira, natural de Caminha. Fibroma do corpo do útero. Histerectomiasub-total pelo método de Kelly-Segond.

Op. 225 — A. A. S. C., idade 36 anos, solteira, natural de Castro-Daire. Dores na fossa ilíaca direita. Hidrorreia. Tumefacção do lado direito, subindo até 2 dedos abaixo do umbigo. O toque mostra que este tumor se estende até ao ligamento largo direito. Fibroma do ligamento largo direito e do lado direito do útero. Histerectomia sub-total.

Op. 226 — M. A. G., idade 41 anos, casada, natural de Arouca. Tumefacção ovóide, subindo até ao umbigo. Fibroma uterino e do ligamento largo direito. Varicocele do ligamento largo direito e esclerose do ovário do mesmo lado. Histerectomia sub-total e anexectomia direita.

Op. 234 — M. de J. A., idade 44 anos, solteira, natural de Baião. Tumefacção do volume duma grande laranja. Menorragias. Fibroma uterino e degenerescência tuberculosa (?) do ovário direito. Histerectomia sub-total e anexectomia direita.

Op. 239 — M. F. L., idade 52 anos, viúva, natural de Chaves. Menorragias e metrorragias. Hidrorreia abundante. Dores no hipogastro. Tumefacção do tamanho duma laranja, fazendo parte do útero. Fibroma sub-mucoso. Fortes aderências do tumor ao intestino. Histerectomia sub-total.

Op. 256 — J. F., idade 42 anos, casada, natural de Rezende. Fibroma dos ligamentos largos. Fibroma sésseis e fortemente aderente aos órgãos da bacia, tornando-se impossível a sua extripação. Vidè op. n.º 537.

Op. 261 — J. da C. L., idade 44 anos, solteira, natural de Viana do Castelo. Metrorragias. Leucorreia. Tumefacção subindo acima do umbigo, fazendo

corpo com o útero. Colo do útero muito alto. Fibroma sub-seroso do útero e epiplóite. Histerectomia.

Op. 280 — A. da F., 36 anos, solteira, natural de Vila Rial. Menorragias. Leucorreia. Dores no hipogastro. Grande tumefacção do corpo do útero. Fibroma uterino com degenerescência esclero-quística dos ovários. Histerectomia sub-total (Kelly-Segond). Histodiagnóstico. Fibroma.

Op. 288 — F. R., idade 42 anos, solteira. Grande tumefecção na cavidade abdominal afastada para o lado direito da linha média. Dores do lado direito. Volumoso fibroma do ligamento largo direito, com aderências em toda a superfície ao peritoneu parietal e visceral. Quistos múltiplos, mas de pequeno volume, em volta do útero e anexos. Ablação do tumor e quistos. Histerectomia sub-total pelo método de Kelly-Segond. Histodiagnóstico. Fibroma.

Op. 289 — L. F., idade 45 anos, solteira, natural

de Rezende. Não há menorrhagias. Hidrorreia. Tumefacção móvel dura e indolor, subindo 4 dedos acima do umbigo. Fibroma uterino. Histerectomia método Terrier. Histodiagnóstico. Mioma puro.

Op. 294 — J. da S., idade, 43 anos, solteira, natural de Amarante. Pequeno fibroma da face anterior do corpo do útero e pólipó uterino (com degenerescência maligna?). Histerectomia sub-total. Extirpação do pólipó.

Op. 327 — C. A., idade 43 anos, solteira, natural de Viseu. Uma tumefacção na fossa ilíaca direita, que atinge em altura o umbigo. Pelo toque notas e um tumor do volume duma laranja, independente do útero. Fibromas intersticiais do útero e fibroma do ligamento largo direito. Histerectomia sub-total. Anexectomia direita.

Op. 331 — L. A., idade 41 anos, viúva, natural do Porto. Fibroma do útero, sub-seroso e dege-

nerescência quística do ovário esquerdo. Histerectomia sub-total e anexectomia esquerda.

Op. 350 — E. B. M. P., idade 46 anos, casada, natural do Rio de Janeiro. Dores no abdômen. Tumôr de grande volume, subindo até às costelas. Já tinha feito a radioterápia, sem obter melhoras, o tumor continuava a crescer. Volumoso fibroma pesando 3,620 gramas. Histerectomia sub-total.

Op. 390 — M. M., idade 38 anos, natural de Baião. Meno e metrorragias abundantes. Leucorreia. Dores no hipogastro. Tumefacção, fazendo corpo com o útero. Histerometria 15 cm. Histerectomia sub-total.

Op. 392 — M. R. R., idade 40 anos, casada natural de Famalicão. Dores no hipogastro e fossa ilíaca direita. Ao toque, tumefacção do corpo do útero. Pequenos fibromas uterinos. Quistos do ovário mais volumosos à direita.

Op. 393 — M. S., idade 28 anos, casada, Menorragias. Leucorreia. Ao toque, corpo do útero aumentado de volume. Degenerescência fibromatosa do útero. Trompas em rosário. Anexos caídos no Douglas. Salpingectomia dupla com resecção dum terço do corpo uterino. Fixação do útero à parede abdominal por dois pares de fios (nas extremidades da sutura do útero).

Op. 401 — C. A., 36 anos de idade, casada, natural de Medã. Fibroma uterino. Quisto volumoso do ovário esquerdo. Apendicite crônica. Histerectomia sub-total com anexectomia dupla e apendicectomia.

Op. 422 — M. R. T., idade 30 anos, casada, natural da Feira. Fibroma do corpo do útero (nódulos fibromatosos). Histerectomia sub-total.

Op. 428 — M. J., idade 41 anos, solteira, natural de Arêgos. Metrorragias. Volumoso tumor da cavidade abdominal, mole, sentindo-se nitidamente a

flutuação. Ao toque vaginal: Útero pequeno e duro. Volumoso quisto do ovário esquerdo e fibromatose uterina. Pequenos quistos do ovário direito. Ablação do tumor com histerectomia e anexectomia esquerda. Termocautirização dos pequenos quistos do ovário direito.

Op. 436 — A. de J., idade 42 anos, casada, Vila Rial. Dores na fossa ilíaca esquerda. Menorragias e metrorragias. Corrimento amarelo. No abdômen, à palpação, notava-se uma tumefacção do volume da cabeça dum adulto. Volumoso fibroma uterino e pequenos quistos ováricos. Histerectomia e anexectomia dupla.

Op. 446 — A. de S., idade 40 anos, natural de Barcelos. Menorragias. Leucorreia. Pela palpação e pelo toque nota-se uma tumefacção do tamanho da cabeça duma criança, fazendo corpo com o útero. Histerectomia sub-total.

Op. 457 — D. D. M., idade, 48 anos, casada,

natural de Santo Tirso. Menorragias e metrorragias. Leucorreia. Dores no abdómen. Tumefacção em forma de ampulhêta, que pelo toque se via fazer corpô com o útero. Fibroma uterino com aderências ao cólon e apêndice. Histerectomia e apendicectomia.

Op. 465 — M. F., idade, 48 anos, casada, natural de Penafiel. Meno e metrorragias. Tumefacção do volume duma laranja, que pelo toque se sentia estar ligada ao útero. Histerectomia sub-total e anexectomia direita.

Op. 489 — M. P. de M., idade 36 anos, casada, natural de Oliveira de Azemeis. Anemia intensa. Abundantes meno e metrorragias. Dores no abdómen. Leucorreia. Corpo do útero aumentado de volume. Histerometria 10 cm. Fibroma uterino e degenerescência escleroquística do ovário esquerdo. Histerectomia sub-total com anexectomia esquerdo.

Op. 490 — A. da C. S., idade 45 anos, casada,

natural do Pôrto. Menorragias violentas. Sensação de picadas no fundo do abdômen. Útero aumentado de volume. Histerometria 9,5 cm. Fibroma uterino sub-seroso. Histerectomia simples.

Op. 494 — A. L. S., idade 45 anos, casada, natural de Sabrosa. Anemia. Metro e menorragias abundantes. Volumoso tumor abdominal, infra-umbilical. Fibromas sub-mucosos e intersticiais do útero; degenerescência escleroquística do ovário esquerdo. Histerectomia sub-total com anexectomia esquerda.

Op. 499 — A. G., idade 52 anos, solteira, natural do Pôrto. Meno e metrorragias. Útero reduzido de volume e duro. Sensação de pêso no abdômen. Fibroma uterino e degenerescência escleroquística dos ovários. Histerectomia pelo método Kelly-Segond.

Op. 506 — J. R., idade 42 anos, casada, natural de Felgueiras. Volumoso tumor da cavidade abdo-

minal, duro, indolor e móvel. Toque: tumor do útero. Histerometria: 15 cm. Fibroma uterino e degenerescência escleroquística dos ovários. Histerectomia sub-total e anexectomia dupla.

Op. 518 — M. A., idade 28 anos, solteira, natural de Sinfães. Fibromatose uterina. Histerectomia total por descápsulamento do colo do útero. Anexectomia direita.

Op. 527 — C. G. dos S., idade 42 anos, solteira, natural de Gaia. Fibroma uterino. Degenerescência maligna? Histerectomia sub-total com anexectomia dupla. Esvaziamento do colo uterino. Histodiagnóstico epiteloma.

Op. 528 — M. de C. A., idade 49 anos, casada, natural de Famalicão. Menorragias. Leucorreia. Dores no abdômen. Ao toque: tumefacção do volume duma laranja sobre a face anterior do corpo do útero. Fibroma intersticial do útero. Histerectomia sub-total, Terrier.

Op. 530 — I. da S. P., idade 44 anos, casada, natural do Pôrto. Dores no abdómen. Útero prolado, aflorando à vulva, fixo por massas tumorais que se palpam através dos fundos de saco da vagina. Histerectomia sub-total, com anexectomia esquerda e salpingectomia direita.

Op. 533 — M. R. P., idade 25 anos, solteira, natural de Felgueiras. Hemorragias uterinas permanentes. Útero aumentado de volume, doloroso à palpação e em retroversão. Empastamento do fundo de saco lateral esquerdo.

Op. 537 — J. F., 46 anos, casada, natural de Rezende. Fibromas sub-serosos do útero aderentes ao cólon. Histerectomia sub-total e anexectomia dupla. Já esteve internada em 1922. Tinha os tumores uterinos consideravelmente aumentados de volume, subindo até ao umbigo.

Op. 546 — E. R. de J., idade 45 anos, casada. Dores surdas no hipogastro e fôssa ilíaca esquerda.

Toque vaginal : corpo uterino volumoso e anexo esquerdo tumefacto, aderente e doloroso. Fibroma uterino. Histerectomia sub-total.

Op. 548 — A. M., idade 29 anos, solteira, natural do Pôrto. Fibroma uterino e degenerescência escleroquística dos ovários. Histerectomia sub-total com anexectomia dupla, método do degolamento anterior.

Op. 551 — J. S., idade 37 anos, casada, natural de Guimarães. Fibroma uterino. Salpingo-ovarite esquerda. Histerectomia sub-total (Kelly-Segond).

Op. 557 — A. F. do E. S., idade 41 anos, solteira, natural da Feira. Fibromatose uterina. Histerectomia sub-total.

Op. 558—M. de J., idade 40 anos, casada, natural de Gaia. Fibroma uterino e degenerescência escleroquística do ovário esquerdo. Histerectomia sub-total, com anexectomia esquerda.

Op. 561—A. M. O., idade 30 anos, casada, natural de Gaia. Hemorragias uterinas. Cólicas uterinas, que cessavam com a expulsão de coagulões. Útero muito aumentado de volume. Histerometria 13 cm. Histercetomia sub-total e anexectomia direita. Esvaziamento do colo do útero.

Todas estas doentes se curaram, excepto a operada n.º 557, que sucumbiu a uma síncope post-anestésica.

BIBLIOGRAFIA

- Traité de Gynécologie* — Faure et Siredey.
 » » » — Forge et Massabuan.
Lisboa Médica — Ano II, n.º 1 — Janeiro de 1925.
Presse Médicale — N.º 31, de 18-4-923.
 » » — N.º 37, de 9-5-923.
 » » — N.º 102, de 22-12-923.
 » » — N.º 1, de 2-1-924.
Revista espanhola de Obstetrícia e Ginecologia
 — N.º 40, Abril de 1919.
Journal De Radiologie D'Electrologie — N.º 1.
 » » » » — N.º 2.
 » » » » — N.º 4.
 » » » » — N.º 7.
 » » » » — N.º 10.
 » » » » — N.º 11.
 » » » » — N.º 12.