

dia 3 de Novembro de 1941

N.º 111

Vol. 194/1

Constit. Prof. F. Bastos

Ass. Prof. { C. Lima
N. Lima

ANTONIO LEITE PEREIRA DE MEIRELES

V.º Prof. { Max. Lima
E.º de Almeida

13
Prof. F. Bastos

"Breves considerações sobre fibromas
uterinas"

Tese de doutoramento apresentada
à Faculdade de Medicina do Porto

Vol. 194/1

1927

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Director - Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

Secretario - Dr. Alvaro Teixeira Bastos.

CORPO DOCENTE - PROFESSORES ORDINARIOS

Anatomia Descriptiva.. Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima

Histologia e Embriologia.. Dr. Abel de Lima Salazar

Fisiologia geral e Especial .. Vaga

Farmacologia.. Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão

Patologia geral.. Dr. Alberto Pereira Pinto de Azevedo

Anatomia patologica.. Dr. Antonio Joaquim de Souza Junior

Bacteriologia e Parasitologia.. Dr. Carlos Faria Moreira
Machado

Higiene e Epidemiologia.. Dr. João Lopes da Silva
Arti - Jr

Medicina Legal.. Dr. Manoel Lourenço Gomes
Dr

Anatomia cirurgica (Anatomia topografica e medicina Cirurgica
toria).. Vaga

Patologia cirurgica.. Dr. Carlos Alberto de Lima

Clinica cirurgica.. Dr. Alvaro Teixeira Bastos

Patologia medica.. Dr. Alfredo da Rocha Pereira

Clinica medica.. Dr. Tiago Augusto de Almeida

Terapeutica geral e Especial Medica.. Dr. José Alfredo
des de Azevedo

Clinica Obstetrica.. Vaga

Historia da Medicina e Hecnetologia.. Dr. Maximiano
de Oliveira Lemos

Dermatologia e Sifillografia.. Dr. Luis de Freitas Viegas

Psiquiatria e Psiquiatria forense.. Dr. Antonio de Souza
Lemos

Pediatria.. Dr. Antonio de Almeida Garrett

Professor com licença illimitada.. Dr. José de Oliveira
Lemos

Professor Jubilado.. Dr. Pedro Augusto Dias.

A Faculdade não responde pelas doutrinas expostas na
dissertação. (Art.º 15.º & 2.º do Regulamento privativo da
Faculdade de Medicina do Porto, de 3 de Janeiro de 1880).

CAPITULO I

ANATOMIA DO UTERO

ANATOMIA DO UTERO

ANATOMIA DO UTERO

O utero é um órgão oco com paredes espessas e contracteis destinado a receber o ovulo depois da fecundação. Recebe-o ao sair da trompa, retém-no na sua cavidade durante toda a duração da sua evolução, e quando está maduro, por meio das suas contracções expulsa-o.

Emfim, é o órgão da gestação.

Encontra-se em todos os animais cujos ovos não trazem consigo mesmo os materiais nutritivos necessários para o desenvolvimento do embrião e do feto; não existe, por consequencia, nas aves, nos reptis, batráquios e peixes; mas a sua existencia é constante em toda a série de mamíferos.

SITUAÇÃO -

O utero ocupa a parte media da excavação pelvica, isto é, o espaço compreendido entre a bexiga e o segmento terminal do tubo digestivo. Está situado para dentro das trompas de *Fallopio*, ás quais ~~faz~~ continuação, acima da vagina que o continua abaixo das ansas intestinais,

que não só rolam sobre o seu fundo, mas também sobre a maior parte da sua superfície exterior.

FORMA GERAL E DIVISÃO -

Tem a forma dum cone achatado de diante para traz, cuja base olha para cima, e cujo vertice, fortemente truncado, entre mais ou menos no orifício superior da vagina. Um retraimento circular situado um pouco abaixo da sua parte média, permite-nos dividir o órgão em duas partes:

uma parte superior ou corpo, e uma parte inferior ou colo, diferindo da precedente em ser mais curta, mais estreita e quasi cilíndrica.

A linha de demarcação entre o corpo e o colo recebeu o nome de isthmo do utero.

MEIOS DE FIXAÇÃO E LIGAMENTOS DO UTERO -

O utero é mantido em posição por seis ligamentos, dispostos simetricamente: dois laterais, os ligamentos largos - dois anteriores, os ligamentos redondos; dois posteriores - os ligamentos utero sagrados.

DIREÇÃO - O eixo do corpo e o eixo do colo, não estão situados sobre a mesma linha recta, mas inclinam-se muito

ligeiramente um sobre o outro formando um angulo, que varia entre 14.º e 17.º e cuja abertura olha a sinfise publica. Este angulo é quasi sempre constante segundo Boulard *Panas* (arch. ~~wwwwwwwwwwwwwwwwww~~ de med. 1869 e Credé (arch. f. G y na "kol" 1870) dizem-nos depois de terem feito varias investigações, que o utero francamente rectilineo somente existe num terço dos casos. A este angulo que forma entre o corpo e o colo, dá-se o nome de angulo de incurvação do utero.

DIREÇÃO DO UTERO NA RELAÇÃO À EXCAVAÇÃO PÉLVICA

ESTANDO O ORGÃO NO SEU LOGAR. Sobre este ponto de vista existem opiniões as mais desencontradas. Uns dizem, que o eixo do utero se confunde com o da excavação.

Outros admitem, que o utero fortemente inclinado para diante, quasi horizontal, repousa sobre a face posterior da bexiga. Enfin, para um grande numero de anatomistas, o utero tombaria para traz, para se aplicar contra o recto.

Tschaussa adota uma opinião mixta, dizendo que o utero é inclinado para diante na creança e na ~~na~~ mulher nulipara e inclinado para traz na mulher multipara. Enfin, o desacor-

cordo é o mais completo possível. O utero é extremamente movel, não tem uma situação fixa, pode ser vertical ou horizontal e entre estas duas posições extremas, pode ocupar todas as posições intermediarias. Ele é a consequencia da elasticidade dos seus ligamentos. Se por um lado o colo é bastante fixo, não só devido aos seus ligamentos posteriores, ou utero-sagrado, mas tambem ás conexões intimas que o inter~~estam~~^{estam} á vagina e á bexiga e por seu intermedio ao pavimento pelvico, por outro, já assim não acontece com o corpo. Este não possui outros meios de fixação alem dos ligamentos largos e ligamentos redondos. Resulta daqui que o corpo tem um equilibrio instavel, podendo por qualquer motivo desviar-se quer para diante, para a bexiga, quer para traz, para o recto.

MODALIDADES DIVERSAS DO DESLOCAMENTO UTERINO. Nos deslocamentos passivos, que sofre o utero sob a influencia dos órgãos vizinhos, três ordens de factos se podem dar constituindo o que se chama versões - flexões, e torsões - donde depois as latero-versões, direita e esquerda - as

latero-flexões, direita esquerda, a dextrotorsão e laevotorsão.

O corpo do utero, de forma triangular apresenta-nos a estudar 2 duas faces, dois lados laterais e duas extremidades: Faces - Das duas faces, uma é anterior e outra é posterior. A face anterior, ligeiramente convexa, é recoberta em toda a sua extensão pelo peritoneo, que lhe dá um aspecto lizo e unido.

A face posterior é mais convexa que a anterior, e é como esta recoberta pelo peritoneo em toda a sua extensão.

BORDOS - Os lados laterais ligeiramente ~~decurvos~~ de cima para baixo, convexos de diante, para traz correspondem à inserção interna dos ligamentos largos.

EXTREMIDADES - A extremidade inferior confunde-se com o colo ao nivel do isthmo. A superior mais conhecida pelo nome do fundo do utero, representa a parte mais larga do órgão. Continuando sobre os lados com os bordos laterais, forma dois angulos, os angulos do utero, sobre os quais tornam nascimento as trompas. O fundo do utero é revestido pelo peritoneo em toda a sua extensão.

COLO - O colo do utero reveste a forma dum cilindro ligeiramente intumescido na sua parte media.

CONFORMAÇÃO INTERIOR. CAVIDADE DO UTERO. O utero apresenta uma cavidade central, achatada de diante para traz, excessivamente estreita, vertical, para assim dizer, para fora da gravidez, que se continua em cima com as trompas e que se abre em baixo na vagina.

CAVIDADE DO CORPO - A cavidade do corpo, que tem a forma triangular, como o proprio corpo, apresenta-nos duas faces, três bordos e três angulos.

FACES - Uma é anterior e outra posterior. Ambas são planas regularmente lisas, ambas applicadas uma contra a outra.

BORDOS - Dos três lados, um é superior os dois outros laterais. Na virgem ou mesmo ^{na} multipara, estes bordos são curvilíneos, a sua convexidade dirigindo-se do lado da cavidade. Nas mulheres que tem tido crianças, são antes rectilíneas e algumas vezes, muitas vezes mesmo, ligeiramente concavas para dentro.

ANGULOS - Os três angulos distinguem-se em superiores e inferiores. Em cada um deles existe um orificio. Os ori-

fícios superiores, um direito, e outro esquerdo, correspondem ao desaguamento das trompas na cavidade uterina. O orifício inferior mais largo que os precedentes, conduz á cavidade do colo.

CAVIDADE DO COLO - A cavidade do colo ou cavidade cervical fusiforme, isto é, intumescido na sua parte média, e retráida nas suas duas extremidades. Consideram-se-lhe duas faces, dois bordos e dois orifícios.

FACES - As duas faces, como as da cavidade do corpo, são planas e applicadas uma contra a outra.

ORIFÍCIO - Os dois orifícios da cavidade do colo, distinguem-se em superior ou interno, e inferior ou externo.

O interno corresponde ao istmo do utero. Não é um simples buraco, mas antes um canal retrádo, isto é, uma especie de estreito lançado entre a cavidade do corpo e a do colo.

Depois da meno-pauza, e talvez, porque não é mais atravessado pelo fluxo menstrual, o orifício interno do colo retrah-se gradualmente, e ás vezes mesmo oblitera-se duma maneira completa.

O orifício externo nada mais é do que o orifício que se encontra no vertice do focinho de tenca; ordinariamente é

arredondado mais raramente em forma de fenda transversal.

DIMENSÃO DA CAVIDADE UTERINA - Estas são-nos dadas pelo diametro vertical, pelo diametro transversal, e pela capacidade. O diametro transversal da cavidade uterina, tomado ao nivel da base e quasi a metade do diametro vertical, isto é, na virgem e na multipara 20 a 24 milímetros, na multipara 30 a 35 milímetros.

CAPACIDADE - A capacidade do utero, para fóra da gestação, é pouco mais ou menos de 3 ou 4 centímetros cubicos na virgem e na mullipara e de 5 ou 6 centímetros na multipara.

CONSTITUIÇÃO ANATOMICA - ^{ponto de} Observado debaixo de vista da sua constituição anatomica, o utero começa-se de três tunicas sobrepostas, que são indo de fóra para dentro: uma tunica serosa, uma tunica musciosa, e uma tunica mucosa;

TUNICA SEROSA - A tunica serosa é uma descendencia do peritoneo pelvico. Depois de ter revestido a parte posterior da bexiga, o peritoneo dirige-se para o utero, que encontra ordinariamente ao nivel do isthmo, algumas vezes dois ou três milímetros mais acima ou mais abaixo. Estende-

se depois, debaixo para cima sobre a face anterior deste ultimo órgão, e recobre-a em toda a sua extensão. Passando da bexiga sobre o utero, a serosa forma o fundo do sacco vesico uterino.

Chegada ao ~~fundo~~ ^{re} do utero, o peritoneo contorna-a de di-
ante para traz, e desce então sob a face posterior até ao nivel da inserção da vagina. Prolonga-se mesmo sobre este ultimo conducto, numa extensão de 15 a 20 milímetros e finalmente reflecte-se sobre o recto, constituindo o fundo de sacco, muito mais profundo que o precedente, isto é, o fundo do sacco recto-vaginal, também chamado fundo de sacco de Douglas. Um pouco mais acima reveste os ligamentos utero-sagrados, formando as pregas de Douglas. Ao nivel dos bordos laterais do utero, os dois folhetos peritoneais, anterior e posterior, que revestem respectivamente as duas faces do utero adogam-se um ao outro, formando duas replugas, que se dirigem para fora constituindo o que se chama ligamentos largos. Em suma, o peritoneo recobre toda a superficie exterior da porção supravaginal do utero, com excepção dos bordos laterais do órgão e da face anterior do colo.

TUNICA MUSCULOSA - A tunica muscular, notavel pelo seu desenvolvimento, forma por si só a quasi totalidade da espessura do utero. Compõe-se essencialmente de fibras musculares lisas, cujo conjuncto constitue o musculo uterino.

Segundo alguns auctores, esta tunica compõe-se de três camadas: uma camada externa, uma camada media, e uma camada interna.

- TUNICA MUCOSA - Esta tunica reveste regularmente toda a superficie interna do órgão. Em cima continua com a das trompas. Em baixo, ao nivel do orificio externo do colo, estende-se regularmente sobre o focinho de tenca, tomando todos os caracteres da mucosa vaginal. Continua-se com esta ultima na parte mais elevada dos fundos de sacco vaginais. A mucosa uterina difere de aspecto e de estrutura conforme se observa na cavidade do corpo (mucosa do corpo) ou na cavidade do colo (mucosa do colo).

- MUCOSA DO CORPO - A mucosa do corpo do utero reveste regularmente toda a superficie interna do corpo. Em cima, continua-se com a mucosa das trompas. Em baixo continua-se da mesma maneira, com a mucosa do colo.

Aspecto exterior :- Apresenta uma coloração branco ro-

xo. Adere intimamente à camada muscular subjacente; é muito friável, e, por consequencia, altera-se facilmente.

A sua espessura, medida na parte media da cavidade do corpo, onde atinge o seu maximo, é de 1 a 2 milímetros.

D'aí diminue gradualmente indo quer para o colo quer para os angulos superiores. A sua superficie é lisa e unida.

Nota-se contudo, que ella é semeada de pequeninas depressões infundibiliformes, que são os orificios das glandulas.

VASOS E NERVOS -

As redes musculares do utero são alimentadas por três arterias: uma arteria principal, a uterina; duas accessorias, a ovariana e a arteria do ligamento redondo.

CAPITULO II

TUMORES

- TUMORES -

Definição - Segundo Corvil e Ranvier, chama-se tumor a uma massa circunscrita constituída por um tecido de nova formação resultante de uma supra-actividade celular anormal, e tendo a tendencia a persistir e a aumentar. Daqui se depreende, que dois factos essenciaes e constantes caracterizam um tumor: - 1.º - A neoformação celular; - 2.º - a sua persistencia e o seu aumento.

- EVOLUÇÃO DOS TUMORES EM GERAL -

Origem e histogenese -

O trabalho de hiperplasia celular, que acaba na formação dum tumor, é regido pelas duas leis seguintes:

A primeira que foi formulada por Muller em 1838 - O tecido, que forma um tumor, tem o seu tipo num tecido do organismo no estado embrionario ou no estado de desenvolvimento completo.

Esta lei abole a existencia de tumores sem analogia na economia normal.

A segunda, formulada por Rernak: Os elementos celulares dum tumor derivam de elementos celulares preexistentes

do organismo. Donde se conclueeste axioma devido a Virchow : OMNIS CELLULA E CELLULA, que põe de parte a concepção da geração espontanea. das celulas neoplasicas.

Quais as celulas do organismo, que dão origem às celulas neoplasicas ? Virchow, dizia, que só o tecido conjuntivo é que era o ponto de partida de todo o tumor.

Contudo Thiersch e Waldezer demonstraram a origem epitelial dos epiteliomas e dos carcinomas e portanto daqui se infere, que a concepção de Virchow não era verdadeira, quando attribuia a formação dos tumores só ao tecido conjuntivo. O estudo, muito minucioso, da estrutura dos tumores estabeleceu, que os diversos neoplasmas são edificados pela hyperplasia dos diversos elementos dos tecidos, e que cada um destes não pode gerar senão elementos antegenicamente identicos. Bard, sustentou a opinião, de que todos os tipos celulares da economia podem dar nascimento a neoplasmas, e que cada um deles possui uma série de tumores, que lhe é propria. Contudo esta tem sido contestada.

- DESENVOLVIMENTO E CRESCIMENTO -

Um tumor principia por um nodule unico, que se designa sob o nome de nucleo primitivo. Este nucleo persiste e

aumenta, o que constitue de resto o duplo caracter do tumor.

A multiplicação dos elementos celulares do tumor é o factor deste crescimento.

Esta proliferação celular effectua-se por três processos absolutamente identicos aos dos tecidos normais:

1.ª - Divisão directa da célula; 2.ª - Divisão indirecta ou karyokynese; 3.ª - A multiplicação endogenea.

O aumento é de duas especies:

1.ª - Intersticial ou central; 2.ª - periferico ou excentrico.

O primeiro modo é mais habitualmente realizado nos tumores benignos: O nucleo primitivo não aumenta senão pelo aumento de volume da sua propria massa; recalca os tecidos ambientes, aumentou-es na periph^{er}ia, e forma depois um involuero de capsula que os separa dos tecidos vizinhos. No segundo modo, as células neoplasicas proliferadas infiltram-se nos tecidos vizinhos; os interst^{ic}ios conjunctivos e as vias linfaticas enchem-se de células neoplasicas; esta propagação dos elementos do tumor primitivo, caminhando gradualmente, faz-se sobretudo para os pontos de menor resistencia. Assim se formam cadei-

as celulares, que irradiando, constituem por assim dizer, o que os antigos chamavam raízes do tumor. É a estes prolongamentos profundos, muitas vezes invisíveis que se deve a recidiva. É por este motivo que nos tumores malignos se tem de fazer a ablação larga muito para além do tal visível. Na maioria dos casos o aumento dos neoplasmas malignos é unicêntrico, e opera-se essencialmente pela proliferação dos próprios elementos do tumor.

Como qualquer tecido, os tumores ~~XXXXXX XXXXXXXXXX~~ vivem e alimentam-se, mas a sua nutrição é assegurada por uma circulação muito irregular. Muitas vezes no seu interior alteram-se regressivas e degenerescências secundárias.

As formas mais frequentes são:

1.ª - DEGENERESCÊNCIA GRANULO-CORRUSCADA

2.ª - ...

3.ª - DEGENERESCÊNCIA MUCOSA CORRUSCADA.

As primeiras são perturbações circulatorias, que se observam: *stase sanguínea, infarctus* hemorrágicos, *thrombose* e gangrena. As formações kísticas são frequentes.

MARCHA, EXTENSÃO E GENERALISAÇÃO -

Um tumor benigno, encapsulado, nitidamente separado dos tecidos ambientes, fica geralmente uma lesão local.

Pelo contrario, um tumor maligno difundido e com crescimento excentrico, infiltra-se gradualmente, mas por desenvolvimento continuo, nos tecidos vizinhos. Por desenvolvimento descontínuo ele pode, a distancia formar focos secundarios nos ganglios regionais. Emfim, em pontos afastados e multiplos, desenvolvem-se tumores secundarios, reproduzindo a estrutura de neoplasma primitivo.

O caminho seguido pelas celulas tumorais que se vão enxertar a distancia são os linfaticos, por exemplo para os epiteliomas, ou a via venosa, por exemplo para os cancers de natureza conjuntiva, isto é, os sarcomas.

Estes propagam-se por metastase sanguinea. Daqui o não se generalisarem ordinariamente aos ganglios como acontece com os epiteliomas. Nestes, a exploração dos ganglios regionais é de muito interesse. É necessario saber-se que esta invasão ganglionar é precoce e ~~xxxx~~

que para se obter uma cura radical se tem de fazer a extirpação destes ganglios infectados.

- ETIOLOGIA E PATOGENIA -

Etologia - É um ponto ainda muito obscuro, contudo alguns factos clinicos tem sido observados muito constantemente. Assim temos: - A hereditariedade, que desempenha um certo papel no aparecimento dos tumores cancerosos e sobretudo nas gravidades destes tumores e na sua recidiva.

Os artriticos parecem ser particularmente dispostos para os neoplasmas. As irritações locais, os traumatismos repetidos, tem influencia na produção de certos tumores, principalmente do osteo-sarcoma.

É certo, porem, que todos os clinicos, temem a hereditariedade como factor de recidiva e como agravamento na malignidade do neoplasma embora por diversas experiencias feitas se tenha provado, que ela não tem a importancia, que a principio se lhe quiz attribuir. Emquanto ao traumatismo parece hoje assinalado que ele figura muitas vezes como causa ocasional do sarcoma. O papel das irritações repetidas é tambem evidente no aparecimento de certos car-

cinomas (cancro dos fumadores, cancros que se desenvolvem sobre as ulceras das pernas, etc.)

Dois pontos interessantes se ligam á etiologia do cancro.

1.ª - O seu aumento de frequencia;

2.ª - O abaixamento do seu limite de idade e o grande numero de tumores malignos nos novos.

Pelas diversas estatisticas vê-se que a frequencia do cancro tem aumentado.

Segundo a teoria de Conheim todos os tumores tiram a sua origem de celulas embrionarias que tem ficado sem emprego no adulto, dormindo nos seios dos tecidos e retomando pela continuação sob influencias accidentais, toda a sua actividade primaria, que eles tinham conservado em seu poder.

Esta teoria se é verdadeira para alguns casos, (certos tumores nascidos de residuos embrionarios - epiteliomas dos maxilares desenvolvidos ás custas de destroços epiteliaes para dentorios de *Malassier*, tumores congenitais do coccyo (etc). não o é para os outros como o prescrevem diversos auctores entre eles Zahu e Leopold,

que inseriram, sob a pele ou no peritoneu, fragmentos de cartilagem d'osso embrionario e ^{ram}visceras, que estas produções se *resolveram* .

Ha muitas outras teorias, que se fundam nas anomalias adquiridas do desenvolvimento celular, porem não passam de meras hipoteses. São elas: A teoria antagonistica de Thiersch ; a teoria da desorientação celular, a teoria da monstruosidade celular de Bard, a teoria do deslocamento celular. Todas estas teorias acima mencionadas admitiam que a etiologia dos tumores estava ligada a uma causa interna.

Vejamos agora as causas externas ~~nas~~

-Teorias parasitarias - É fora de duvida, que o cancro é ~~uma transmissão~~ transmissivel, para uma mesma especie, por via de transplantação, por enxerto da célula cancerosa.

Muitas experiencias se tem feito neste sentido. Contudo não bastam para provar a natureza infecciosa do cancro; mostram singelamente, que a célula cancerosa se pode implantar sobre um organismo, e conservar as propriedades evolutivas especificas adquiridas no seu primeiro organis-

mo. É para assim dizer, uma verdadeira metastase, fazendo-se não no mesmo animal, mas em outro individuo da mesma especie.

É antes um enxerto de celulas, e não uma inoculação, duma doença infecciosa, pois algumas experiencias tem sido feitas com o fim de reproduzir o cancro, tendo-se empregado somente a materia neoplasica não contendo celulas cancerosas vivas, e ainda nada se obteve neste sentido.

Para demonstrar a teoria infecciosa seria preciso sobretudo isolar o agente patogenico, estabelecer a sua constancia e os seus diversos tipos para os diversos neoplasmas, obter-las no estado de culturas puras e por injeção destas culturas, reproduzir o tumor de origem.

Mas até hoje ainda não foi possível conhecê-lo. E bem seria, que esta descoberta se fizesse, pois seria um grande passo que se daria para a curabilidade do cancro.

- EVOLUÇÃO CLINICA -

Em clinica, dividem-se os tumores em duas classes: 1.º tumores benignos; 2.º tumores malignos.

Não se deve confundir a malignidade com a gravidade clínica. Os fibromas, são segundo Broca, uma benignidade histologica, e contudo um fibroma uterino pode matar um doente por hemorragia, por compressão ureteral, por ulceração, por transformação em sarcoma, como adiante mostraremos. Um cancro não é d'emblée uma doença geral constitucional, uma doença no sangue; no seu início, o cancro é uma doença circunscrita, completamente local.

É uma pequena massa de células que, pouco a pouco, se multiplica, se desenvolve, cresce e aumenta em malignidade. Se se lhe dá tempo, desta massa primitiva emigram células pela circulação linfática, para os ganglios mais ou menos afastados, onde se formam tumores secundarios. Mais tarde passam á corrente sanguínea e invadem os órgãos essenciaes; é a phase de generalisação.

Convem ser operado, quando ainda nenhuma célula tem imigrado do foco inicial.

Os primeiros distinguem-se pelos caracteres seguintes:

A lentidão do seu desenvolvimento, a nitidez dos seus limites, a raridade da sua generalização. A saúde geral é afectada unicamente pelo seu volume excessivo, pelo impedimento causado a uma função importante, por complicações hemorragicas, inflammatorias ou ulcerosas - Operados, não se reproduzem. Os tumores malignos oferecem os caracteres inversos - aumento geralmente rapido, invasão progressiva dos tecidos vizinhos; propagação ganglionar, tendencia á generalização depois da ablação. Quanto ao mecanismo da recidiva, faz-se por continuação ou por enxerto.

No primeiro caso, são reliquats cancerosos, que ^{ficam} ~~passam~~ por extirpar, e que continuam a evoluir, seja no foco primitivo, seja nos ganglios, seja em pontos distantes já infectados. No segundo caso são fragmentos da massa neoplasica primitiva, que se enxertaram na ferida operatoria. Um caracter proprio dos tumores malignos, que ^{acionam} ~~evolue~~ até ao fim, é a cachexia cancerosa. Esta é para assim dizer uma especie de auto-intoxicação produzida pela resorpção de productos toxicos, segregados pelas celulas do tumor ulcerado.

CAPITULO III

CLASSIFICAÇÃO DOS TUMORES

FIBROMYOMAS UTERINOS

CLASSIFICAÇÕES DOS TUMORES

O nome dos neoplasmas e a sua classificação são baseados sobre a lei de Miller, isto é, sobre a analogia dos tumores com os tecidos normais.

Designam-se em geral por um nome composto de um radical grego, tirado do tecido normal, ao qual se acrescenta a designação oma.

Assim temos em resumo o quadro seguinte:

TUMORES
FORMADOS
DE
EPITHE-
LIOS

T. benignos

Papilomas

Adenomas

T. malignos

Epitheliomas

Carcinomas

TUMORES
FORMADOS
POR
TECIDO
CONECTIVO

T. conj.
benignos

Fibromas (t. conj. adult.)

Lipomas (t. gorduroso)

Mixomas (t. mucoso)

Chondromas (t. cartilaginoso)

Osteomas (t. osseo)

T. conj.
malignos

Sarcomas - t. conj.
embrionário

T. FORMADO DE TE-
CIDO MUSCULAR

Leiomyomas (t. muscular liso)

Rhabdomyomas (t. muscular estriado)

T. FORMADOS DE
VASOS ..

Angiomas
Lymphangiomas

T. FORMADOS POR
TECIDOS MÚLTIPLOS

No estado de esboço (Embriomas)
T. mixtos
No estado de órgãos (teratomas)

FIBRO-MYOMAS UTERINOS

Definição - São tumores benignos do útero constituídos por fibras musculares e conjuntivas em proporção variável, além dos respectivos vasos. Chamam-se myomas às variedades em que o tecido muscular parece predominar, fibromas os que são formados sobretudo de tecido conjuntivo; geralmente os tumores fibrosos são fibro-myomas. São com efeito tumores que não tem a fase ganglionar, visto que os ganglios nunca são atingidos, que se não generalizam, que não infectam o organismo; porém, podem tornar-se graves pelas complicações, que arrastam do lado do útero (hemorragias dos órgãos vizinhos, compressões viscerais ou vasculares, ou do estado geral.

ETIOLOGIA - PATHOGENIA

As causas dos fibro-miomas uterinos, são como de resto as de todos os tumores, mal conhecidas. Gaillard Thomas, dizia que a raça negra era particularmente predispota; segundo este auctor o fibro-myoma uterino apparecia quasi em todas as mulheres depois dos 30 anos.

A idade, em que elles se desenvolvem geralmente, é entre os 35 e 50 anos, correspondendo pois ao periodo de actividade genital. Em antes, dos 30 anos, são excepcionais.

Depois da menopausa, elles não só não principiam a sua evolução mas até é muito frequente vê-los soffrer uma diminuição na sua actividade de ~~excessivo~~ crescimento.

A hereditariedade parece ter tambem alguma influencia no seu apparecimento. Assim varios auctores entre elles F.L. Faure Bourquier, ect. observaram varios exemplos de fibro-myomas, que appareceram durante varias gerações na mesma familia.

Igualmente o arthritismo parece influir tambem, assim como certas doenças gerais, sígillis, paludismo, febre tifoide, segundo Prechoronick Aubert e Golasz, etc.

A ESTERILIDADE, seria para alguns auctores, um factor etiologico de primeira ordem. Foi Bayle, que assinalou a sua

importancia pela primeira vez. Contudo a sua opinião em vez de crear adeptos, foi duramente rebatida por Grisserou em 1878. Porém, Ernest e Hofmeier, sustentaram a mesma opinião de Bayle no Congresso Internacional de Paris, em 1900; disseram estes auctores, que a ausencia de gravidez favorecia a eclosão do myoma. E ainda muito recentemente Pinard, sustentou a grande importancia da esterilidade no aparecimento do fibro-miomas. Das observações que fez, concluiu que os fibro-myomas são muito mais frequentes nas mulheres, que gravidam muito tardiamente, naquelas, que estão muito tempo sem terem creanças. Mas Gusserou não é desta opinião, e diz, que pode ~~XXXXXX~~ bem ser, que sejam esses fibromas a causa dessa esterilidade.

Os desvios do utero, e em especial a ante flexão parecem favorecer tambem o aparecimento dos fibromas segundo Oll.

E do mesmo modo a ~~XXXXX~~ involução incompleta, di-lo o auctor Fehling.

A patogenia dos fibromiomas uterinos tem dado lugar a muitas hipoteses. Assim precisaríamos de saber: 1.ª - á custa de que elementos se desenvolve o tecido micomatose? 2.ª - qual a causa primaria da proliferação neoplasica.

Ha duas teorias, que nos pretende explicar o primeiro ponto e são elas:

A teoria congenital e a teoria vascular.

A primeira, de Cenhim, que nos diz, como atraz já fizou dito, que os fibro-myomas nascem á custa de tecidos embriomarios inutilizados na formação do utero, e que ficaram incluidos na sua parede. A segunda,, a teoria vascular, é digamo-lo de passagem, a mais admitida hoje. Foi Klebs, que sustentou pela primeira vez, que o nodule fábroso tem por origem a poliferação do tecido conjunctivo e muscular da parede dos vasos. Para varios auctores, entre eles Billet e Coftes, o ponto de partida da poliferação encontra-se nas celulas conjunctivas embrionarias, situadas ao nivel da advetencia dos capilares; estas celulas proliferando, transformam-se em celulas fusiformes, depois em fibras lisas; assim se constitue um nodule, que aumenta e recalca progressivamente em volta deles o tecido uterino normal. O tecido conjunctivo aparece no nodule secundariamente.

Mais recentemente, a teoria vascular, foi sustentada por Scaloni, em 1904, por Sittenfroy em 1911, que sustentaram a opinião, depois de varios estudos feitos, de que o myomas

aparece como uma doença primitiva da ~~mede~~ ^{rede} vascular uterina.

Contudo D. Keifer diz, que a proliferação patológica pode começar tanto num ilhote do tecido conjuntivo ou muscular afastado de todo o vaso, como no contacto ^{numa} arteriola ou dum capilar. Em suma, a sua origem actualmente é considerada nestes termos: Ora em elementos conjuntivos embrionarios, que cercam os vasos, ora em qualquer parcela de tecido conjuntivo ou muscular afastado dos vasos.

Para nos explicar o segundo ponto da nossa questão ha outras duas teorias: A teoria infecciosa, e a teoria ovarica.

Teoria infecciosa - Varios auctores, e entre eles Viñchou, dizem, que os myomas são devidos a uma irritação de ordem infecciosa, e para o demonstrar apresentam Varios argumentos anatomicos e bacteriologicos. No entretanto, embora se tenha notado a existencia de micro-organismos num fibroma, não quer dizer que eles não sejam devidos a infecções secundarias. Nenhum desses argumentos, tanto anatomicos como bacteriologicos, é sufficiente para demonstrar a teoria da origem infecciosa e da natureza inflammatoria dos fibro-miomas uterinos.

Teoria ovarica - Alguns auctores ultimamente quizeram demons-

trar, que esta teoria era a mais verdadeira de todas, e em favor dela apresentaram diversos argumentos.

Eles diziam, que a causa primaria dos miomas era uma alteração qualitativa da secreção ovarica, o ~~Myon norman~~ que não só aumentava o numero das fibras do musculo uterino, mas ainda presidia á sua organização em mioma.

Porem falta-lhe uma demonstração laboratorial e clinica rigorosa.

ANATOMIA PATOLOGICA

Numero - O numero dos fibro-miomas é muito variavel; algumas vezes não se desenvolve senão um unico tumor, preponderante, em alguns pequenos nucleos na espessura do órgão; os fibromas sub-mucosos são muito frequentemente solitarios, os sub-peritoneais são algumas vezes muito numerosos.

Volume - É igualmente muito variavel: Ha miomas, que não ultrapassam o volume de uma noz, de um punho; ha-os, que podem adquirir um volume surpreendente: 50 a 70 kilos.

Enquanto á sua situação, os fibromas podem desenvolver-se em todos os pontos do utero; são mais frequentes sobre o cor-

po, que sobre o colo. Segundo as suas relações com a parede uterina, distinguem-se em três grupos:

Fibromas sub-mucosos -

Fibromas sub-peritoneais -

Fibromas intersticiais -

Fibromas sub-mucosos - São recobertos pela mucosa uterina, sob a qual eles podem, crescendo formar saliências na cavidade uterina que eles deformam e podem mesmo obturar. Alguns, aqueles que tem a sede sob a mucosa cervical em particular, podem pedicularizar-se, são os polipos fibrosos. A principio ele dilata a cavidade cervical; em seguida é expulso pelas contrações uterinas através do orificio externo aberto, e desce para a vagina, que ele pode encher e distender; o seu pediculo, mais ou menos delgado, recoberto pela mucosa alterada, constituido por fibras musculares, tecido conjunctivo, e vasos sanguineos em numero variavel, implanta-se sobre a face interna do utero.

Os fibromas sub-peritoneais desenvolvem-se sob a serosa, separados dela por uma delgada camada de tecidos uterinos; tem a sede habitualmente no fundo do órgão, e desenvolvem-se

do lado do abdomen. Ora eles ficam aderentes ao utero por uma larga base, são fibromas ~~gajais~~; ora se pediculizam e formam tumores, que podem elevar-se muito acima no abdomen.

Ficam moveis, ou contrahem adherencias com os órgãos vizinhos, e são ligados ao utero por um pediculo, que pode torcer-se, ou romper-se por diversas influencias: são fibromas subserosos pediculados.

FIBROMAS INTERSTICIAIS - Desenvolvem-se na espessura ~~intramural~~ da parede do proprio órgão, determinando deste modo hipertrofias localizadas. Podem dividir-se, segundo a sua sede em: 1.^o - fibromas do corpo do utero o que é mais frequente, sobretudo ao nivel da parede posterior; 2.^o - no colo, o que é mais raro e na espessura dos ligamentos largos, o que constitue o fibroma interligamentar, variedade importante pelos fenomenos de compressão pelvica, aos quais dá lugar e pelas dificuldades operatorias que suscita.

RELAÇÕES DOS FIBROMAS COM O TECIDO UTERINO

Em geral os fibromas são tumores encapsulados; possuem um envoltorio fibroso proprio, e são separados do tecido uterino por uma zona de tecido conjunctivo celuloso e largo que constitue um plano de clivagem, devido ao qual se

pode facilmente enuclear o tumor. Mas muitas vezes, esta independencia não é tão completa e conexões mais ou menos estreitas unem o fibroma ao parenchima.

ESTRUTURA DOS FIBRO-MIOMAS

Estudo microscópico - O fibro-mioma é um tumor firme, às vezes duro, que range sob o bisturi. A superfície do corte é branco rosso, e veem-se ali turbilhões formados por feixes de fibras musculares lisas separadas umas das outras por tecido fibroso de cor branco nacarado.

Estudo histológico - O tumor é constituído por fibras musculares lisas, e por tecido conjuntivo. Quando o tecido muscular liso predomina, a ponto de constituir a maior parte do tumor, este toma o nome de "fibro-mioma" quando é o tecido fibroso, que predomina, o tumor é mais duro, e toma o nome de fibroma. Em geral, o termo de fibro-mioma é o mais exato, porque os elementos musculares e conjuntivos são quasi sempre estreitamente ^{combinados} analisados uns com os outros no tumor.

A presença de vasos sanguíneos nos fibro-miomas está demonstrada. As partes centrais do tumor são muitas vezes pouco vasculares. Em outros casos, pelo contrario, as par-

tes centrais do tumor são muito vascularizadas: os capilares são dilatados, e formam lacunas cheias de sangue. A sua secção pode dar nascimento a abundantes hemorragias.

MODIFICAÇÕES DOS ÓRGÃOS PELVICOS NOS FIBRO-MIOMAS

Alterações do utero - O aumento da cavidade uterina é constante, é a consequencia do estiramento das paredes uterinas sob a influencia do desenvolvimento do tumor; o fundo do órgão encontra-se levado a uma distancia mais ou menos consideravel do orificio cervical, e a sua cavidade aumenta.

As deformações da cavidade uterina são devidas aos desvios do órgão, e sobretudo ás saliencias irregulares dos miomas sub-mucosos; a cavidade uterina torna-se sinuosa, contornada, e é difficil fazer penetrar até ao fundo o histerometro explorador.

LESÕES DO PARENCHIMA UTERINO - O fibro-mioma determina uma hipertrofia da parede uterina, que pode tornar três ou quatro vezes mais espessa que no estado normal.

LESÕES DA MUCOSA UTERINA - A mucosa uterina encontra-se atrofiada geralmente ao nivel do tumor e hipertrofiada e hiperplásica nos outros logares. Contudo, parece que

está fora de duvida, apesar da opinião em contrario de alguns auctores, que estas lesões não tem nada a ver com a infecção, e que são antes de ordem trofica, não pertencendo á sintonatologia da endometrite. Pode bem ser até que as hemorragias uterinas dos mîomas nada tenham com aquelas lesões.

ALTERAÇÕES DOS ANEXIOS -

Lesões das trompas -

As lesões mais frequentes são as salpingites catarrais e a salpingite parenchymatosa. A hidrosalpinge, a hematosalpinge, e a ~~pirosalpinge~~ são muito raras.

LESÕES DOS OVARIOS -

São as mais frequentes. Os ovarios das fibromatosas são macropolikísticos; quando os fibromas são moles e hemorrágicos, podem apresentar quistos muito grandes e até quistos hemáticos.

LESÕES DOS LIGAMENTOS LARGOS -

O que é mais frequente é ver ali grandes vasos dilatados e sinuosos, que limitam o tumor. É devido a estes que se explicam em parte as tuberculosas e os accidentes embolicos que aparecem muitas vezes depois da extripação dos fibromas uterinos.

ALTERAÇÕES DO PERITONEO -

Tem-se visto já o apareci-

~~manifestação~~ de ascite em casos de fibromas uterinos; contudo é pouco frequente. O liquido é seroso ou citrino, excepcionalmente hemorrágico.

ALTERAÇÕES VISCERAIS - Assinalamos as lesões do rim e coração por serem as mais importantes.

Lesões do rim - São devidas á compressão dos ureteres pelo tumor. São a hydronefrose e a pyelonefrite esclerosa com atrofia do parenchyma renal.

Lesões do coração - Observa-se a dilatação do coração, principalmente do ventriculo esquerdo. Acompanha-se tambem da degenerescencia da fibra cardiaca, que pode apresentar-se quer sob a forma de degenerescencia gordurosa, quer sob a forma de atrofia crônica do miocardio.

TRANSFORMAÇÕES ASÉPTICAS - Degenerescencia fibrosa.

Esta degenerescencia é frequente nos miomas antigos e com evolução lenta. O tumor torna-se duro, toma um aspecto branco nacarado, brilhante e perde o seu aspecto lobulado.

Ao microscopico, vê-se, que o tecido fibroso substitue o tecido muscular liso. A transformação fibrosa mostra-se excepcionalmente nas mulheres novas, quasi sempre nas mulheres idosas, depois da menopausa. Este facto, pode determi-

nar a cura do mioma por atrofia.

DEGENERESCENCIA CALCAREA - É uma simples calcificação. Faz-se no tecido conjuntivo, quasi sempre na parte central do tumor, uma infiltração da sais da calcio, que se estende gradualmente, arrastando a atrofia e o desaparecimento das fibras musculares. Resulta tudo isto a formação de massas quasi inteiramente calcareas, densas, compactas, nas quais se encontra depois da descalcificação um trama conjuntivo não encerrando nenhuma celula ossea e onde as proprias celulas conjuntivas quasi desapareceram.

DEGENERESCENCIA GORDUROSA E AMILOIDE -

São muito excepcionais.

DEGENERESCENCIA OEDEMATOSA - Às vezes trata-se de um verdadeiro edema da massa; ao corte, o tecido assim degenerado apresenta-se sob formas de manchas, que tem uma consistencia mais mole que o resto do tecido neoplasico, e toma um aspecto glatinoso; mais tarde, o processo acaba na formação de cavidades irregulares, situadas no meio de massas amolecidas e encerrando um liquido mais ou menos espesso.

Besard e Paviot dizem, que a degenerescencia sarcomato-

sa é a causa habitual do amolecimento dos fibro-miomas ; e que a infiltração oedematosa seria uma consequencia da evolução sarcomatosa e das perturbações vasculares que a acompanham.

Mas é antes ao oedema, que se deve attribuir o amolecimento dos tumores. O aparecimento desse oedema é devido - a causas variaveis.

TRANSFORMAÇÃO KISTICA

Esta transformação foi assinalada pela primeira vez por Cruveillier, e desde então tem sido objecto de varios estudos, como sejam os dos auctores Psau, Muller, ect.

Os fibromiomas nestas condições podem adquirir um volume consideravel. Um caso de Ollier do peso de 14 kilos, outro de Sæckand.

TRANSFORMAÇÕES SEPTICAS

Supuração - A supuração dos fibro-miomas é extremamente rara, contudo pode aparecer.

Pode dar-se, devido a uma intervenção septica, punção, injeccão etc. ou o agente infeccioso provenir de órgãos vizinhos, bexiga, intestino, ou ainda, seguindo a via vagino-

uterinas desde que a mucosa uterina esteja tocada devido às alterações mechanicas e irritativas tão frequentes nestes casos, atravessa-se^a e assim se chega ao tumor.

GANGRENA - A mortificação do tecido do tumor pode ser aseptica ou septica; no primeiro caso é a necrobiose simples; no segundo, o esphacelo; A gangrena pode produzir-se em todas as variedades de fibromas.

TRANSFORMAÇÕES MALIGNAS. DEGENERESCENCIA SARCOMATOSA

A transformação/fibromatosa dos fibro-miomas é relativamente rara. Costuma produzir-se entre os quarenta e sessenta anos, depois da menopausa.

Parece que os fibromas intersticiais são os mais expostos á degenerescencia sarcomatosa; Vem em seguida os fibromas sub-mucosos, depois os fibromas sub-peritoneais.

LEIO-MIOMA MALIGNO - São miomas puros com evolução rapida e maligna, nos quais as fibras lisas proliferem muito activamente.

DEGENERESCENCIA EPITHELIAL - O desenvolvimento dum epithelioma num mioma pode fazer-se por diversas maneiras.

Ou o mioma é invadido por um cancro da vizinhança, ou o mioma é a sede de nucleos metatáticos⁴ provenientes de cancos

afastados, ou ainda, é a sede de um epiteloma primitivo.

⁶⁰
A EXISTENCIA DO FIBROMA E DO CANCRO - São mais numerosos ⁷⁰casos de coexistencia de fibromas e cancros, que os acima mencionados.

SINTOMATOLOGIA -

Os fibromas uterinos caracterizam-se por sinais funcionais e por sinais físicos.

SINAIS FUNCIONAIS - Os mais importantes são: as hemorragias, a leucorrhoea, os dores e os sintomas de compressão.

HEMORRAGIAS - São, na maior parte dos casos, os sintomas mais importante. As regras são a principio mais abundantes que no estado normal, e prolongadas, são verdadeiras hemorragias. Mais tarde apparecem no periodo intercalar, constituindo as metrorragias que podem ser muito abundantes a ponto de inspirar cuidados. A maior parte das vezes as metrorragias tornam-se graves pela sua persistencia e pela sua repetição.

Chega mesmo ao momento, em que o corrimento de sangue é continuo; desde então não se sabe mais em que occasião sobreveem as regras. Estas hemorragias assim repetidas

arrastam um estado de anemia profunda; a face toma uma cor amarelo palha, as mucosas descoram-se; as doentes ac^{com} cansaço ao menor esforço, vertigens, um estado ^{de} anthemia extrema. O exame do sangue mostra uma desglobilisação intensa.

As hemorragias não são um sintoma constantes dos fibro m^{as} a sua abundancia depende da séde e do typo anatomico do tu-
mor; elas faltam muitas vezes nos myomas sub-serosos, em particular nos myomas pediculados; são sempre mais abundantes e faltam raramente na fibromatose ^{intestinal} ~~int~~-est^{inal} difusa e nos myomas sub-mucosos.

A causa destas hemorragias não reside, como durante muito tempo se julgou, na alteração da estrutura da mucosa, ou numa especie de endometrite hemorragica. Por varios estudos feitos chegou-se à conclusão de que nem uma nem outra coisa seriam capazes de produzir hemorragias tão abundantes. Parece antes *ser devido a modificações* que ~~existem~~ ^{existem} na ~~circulação~~ ^{circulação} sanguinea do *par*ench^{ima} e uterino, causadas, pela presença do tumor, e sobretudo pela atonia da musculatura uterina, que não pode realizar pela contração uma obliteração sufficiente dos vasos, que sangram.

Leucorrhoea - É um sintoma sem grande valor, muito inconstante; está sob a dependência das alterações inflamatórias da mucosa uterina. Uma das formas apresenta-se do seguinte modo: a ~~doente~~ perde bruscamente, e por intermitências, uma muito grande quantidade dum liquido claro esbranquiçado. Esta hydromenorrhea é talvez devida à evacuação de retenções, que se formam numa cavidade uterina augmentada para trazer dum tumor submucoso, que obtura mais ou menos o seu limiar.

Dores - Constitue tambem um syntoma muito incontestante, e que falta em muitos *fibromas*

Podem ser devidas a diversas causas.

Em certos casos só se tornam dolorosos no momento das regras; isto observa-se, quando a cavidade uterina é deformada, e quando o sangue ou os liquidos leucorrhoeicos se acumulam ali.

quando um *fibroma* não encravado dá logar a dores continuas, devemos sempre recaer, que sobrevenham lesões anexiaes, de salpingo-ovarite .

Habitualmente, as dores são devidas a compressões nervosas: a compressão do plexus sagrado por fibromas pelvicos pode determinar dores atrozes que irradiam para os lombos e sobre o trajecto do sciatico. Estas dôres são sempre mais notadas no momento dos periodos menstruaes, porque neste momento o tumor congestionado aumenta de volume.

Symptomas de compressão - Os symptomas de compressão existem sobretudo nos tumores pelvicos, nos tumores ~~in~~clusos. A compressão do colo da bexiga determina disuria, pollakiuria, cystalgia, muitas vezes retenção de urina.

Estes symptomas de compressão vesical observam-se frequentemente nos fibromas do collo - A compressão do intestino determina uma constipação ranitente e, por consequencia, perturbações digestivas comparaveis ás das infecções intestinais. A compressão dos vasos iliacos pode enfim determinar oedema e varizes dos membros inferiores, com um estado de impotencia mais ou menos acentuada.

SINAIS FISICOS - Alongamento da cavidade uterina- é um sinal constante, quer se trate de fibromas intra-parietais, provocando, pela sua presença, a hipertrofia do órgão, quer se tra-

te de grandes fibromas alongando o utero pelo seu desenvolvimento excentrico, o que se constata pelo cathetismo.

O TUMOR FAZ CORPO COM O UTERO - É um sinal facil de procurar pelo toque combinado com a palpação.

O dedo vaginal aprecia muito bem, quasi os movimentos imprimidos ao tumor se transmitem ao utero e reciprocamente.

FIBROMAS COM EVOLUÇÃO VAGINAL - Os polipos fibrosos nascidos na cavidade uterina, evoluem com 3 fases sucessivas: Na primeira étape o tumor é ainda encerrado na cavidade uterina, que ele dilata; na segunda fase, mostra-se ao orificio do colo, que franqueia de vez em quando, quando o seu volume aumenta, notoriamente no momento dos periodos menstruais; enfim, numa terceira étape o polipo é tornado intravaginal. Quando é volumoso e evolue desde ha muito tempo já na vagina, pode apparecer á vulva sob a forma de um tumor rexo, ou acinzentado, por causa da mortificação das suas partes superficiaes.

A maior parte das vezes é necessario praticar o toque vaginal, para o reconhecer. O dedo contorna o polipo, e aprecia o seu volume, e as adherencias secundarias, que pode ter toma-

do com as paredes da vagina distendida.

Fibromas pelvicos-quando são desenvolvidos sobre os ^{plan}os do utero, evoluem entre os dois folhetos do ligamento largo correspondente: pelo toque vaginal percebe-se o tumor incluído, fazendo forte saliência e um fundo de saco, arredondado, duro regular e sobretudo fixo, bloqueado na bacia absolutamente imobilizável: o utero é recalcado para o lado oposto pelo tumor, e não existe sulco de separação entre o fibroma e o corpo uterino. Quando o tumor se desenvolve para diante ou para traz do utero, faz saliência no ^{fundo} de ^{de} saco Douglas, ou no fundo de saco vesico-uterino, não se encrava, não é incluído, e conserva geralmente uma grande mobilidade.

Fibromas com evolução abdominal ou pelvi-abdominal-

Pela palpação abdominal percebe-se o tumor, delimita-se, e aprecia-se o seu volume que pode ser muito considerável podendo o polo superior da massa subir até ao umbigo; estuda-se a sua forma, a sua consistencia, aprecia-se a sua mobilidade. Quando o polo inferior do tumor mergulha no pelvis, o toque permite apreciar

num fundo de saco a saliência mais ou menos notada que faz a este nível.

A auscultação revela nos fibromas ^{de langie tásicos} ~~tetráglicos~~ um ruído de sopro contínuo, com ^{reforço} ~~repuxo~~ systólico,

Complicações mechanicas-Complicações devida à compressão-A compressão da bexiga dá hematurias vesicais.

A compressão -do uretere-Pode determinar quando é incompleta, congestão renal e albuminuria.

Uma nephrite chronica atrophica; que quando é bilateral, pode acabar na anuria.

Compressão do intestino-Se bem que seja rara pode determinar a oclusão intestinal.

Compressão das veias iliacas-Pode dar thrombose e embolia.

Torsão dos fibro-myomas-quando ~~se~~ se trata dum tumor sub-seroso, ou sub-mucoso, pediculizado, esta da-se no pediculo-torsão pedicular-. Quando o fibroma é intersticial, cujo pediculo é formado pelo proprio utero, a torsão então da-se sobre o utero, alargado: é a torsão axial do utero fibromatoso.

Hemorragia intra-peritonial-É muito rara mas pode dar-se. O diagnostico da hemorragia nunca é feito: pensa-se numa torção pedicular, numa rutura de gravidez tubar, numa perfuração d'ulcera gastrica ou intestinal. O prognostico não é ~~xxx~~ mau se se operar precocemente.

Complicações septicæ-São a gangrena e a suppuração.

Quando a ^{neurose} ~~sucess~~ septica se dá num fibroma sub-mucoso, ou dum polypo com evolução vaginal, traduz-se sobre tudo por accidentes locais: os corrimentos vaginaes tornam-se mais abundantes e fétidos; ve-se eliminar bocados mais ou menos volumosos, filamentos enegrecidos, infiltrados, que constituem o tumor esfacelado. Pode dar-se até desta maneira a eliminação de todo o tumor e até sobrevir a cura; porem a maior parte das vezes, ve-se aparecer no fim dum certo tempo, symptomas de septicæmia. A gangrena dos fibromas intersticiaes pode ficar latente durante muito tempo, mas geralmente apparecem os seguintes symptomas: dôres espontaneas e provocadas pela pressão do tumor; modificações da consistencia do tumor que se torna mais mole; corrimentos vaginaes purulentos e mal cheirosos; estado septicemico com febre mais ou menos elevada.

Suppuração-A suppuração do fibroma traduz-se como o esfacelo, por dores, aumento de volume do tumor e seu amolecimento, corrimentos purulentos e fétidos, e reação mais ou menos intensa.

Complicações viscerais-As mais importantes são as complicações cardíacas e cardio-vasculares. Muito frequentemente o coração das fibromatosas é hypertrophiado com dilatação do ventriculo esquerdo, e com degenerescencia da fibra cardiaca. Clinicamente estas alterações cardíacas traduzem-se por palpitações, dyspnea de esforço, aceleração habitual do pulso, e por um enfraquecimento do primeiro ruido na ponta. Contudo muitas vezes esta alteração cardíaca fica latente.

A pathogenia destas lesões cardíacas é mal conhecida ainda.

-DIAGNOSTICO-

Fibromatose intersticial ou fibroma com ^{formas} metritica, caracteriza-se por um ligeiro aumento de volume do utero e por hemorragias.

No Aberto o collo é molle, entre-aberto; o utero é volumoso; a doente expulsa restos da placenta ou de membranas e existe muitas vezes uma reacção febril.

No Cancro a doente não tem hemorragias, mas apresenta um corrimento amarellado ou arroxeado bem característico e de cheiro fetido. Além disso fazendo o catheterismo vê-se, que a cavidade é pouco aumentada.

Na Endometrite hemorrágica posto que o syndroma clinico seja o mesmo nos dois casos, sabe-se, que esta não existe geralmente para fora da puerperalidade.

A gravidez no inicio também se poderia confundir com o fibroma, porém o amollecimento do collo, junto á abolição das regras, tira-nos todas as duvidas, porque são dois signaes excellentes da gravidez no inicio.

FIBROMAS DE EVOLUÇÃO VAGINAL

Nos casos ordinarios, o diagnostico é facil. Pelo toque vaginal, o dedo explorador percebe um tumor, cujo pediculo é rodeado pelos labios do colo. O diagnostico torna-se mais difficil quando o polypo fibroso se complica de inversão uterina, e quando as duas afeções coexistem

O tumor neste caso toma um aspecto bilobado, em forma de ampolheta irregular. O lobo inferior, de cor mais palida com a sua superficie mais uniforme, de consistencia mais dura, é formado pelo tumor. O lobo superior, separado do precedente por um sulco, é o utero invertido: a sua cor é mais vermelha, a sua superficie mais lisa, e a consistencia mais mole, mais macia.

Podia confundir-se ainda com o cancro do colo, quando está infectado, esfacelado; porem, faz-se o diagnostico recorrendo á sintomatologia do cancro.

FIBROMAS COM EVOLUÇÃO PELVICA

Se o tumor ocupa o fundo do sacco de Douglas, podia confundir-se com um retro-desvio uterino sobretudo, quando o utero é aumentado de volume. Porem, a ausencia do utero

no seu lugar normal, a continuidade entre o colo e o corpo uterino, a presença da crista mediana posterior do útero, (sinal de Le Dentu) levou-nos a fazer o diagnóstico diferencial.

O Hematocelo retro-uterino pode dar também lugar a confusões; porém o início brusco de acidentes, muitas vezes precedido dum retardamento das regras, são sinais em favor do hematocelo, porém, não são absolutos visto que se tem visto fibromas ficar durante muito tempo latentes, e manifestar-se bruscamente por dores vivas e balço do ventre.

A ausência de limites do tumor, á sua periferia, é um dos melhores sinais físicos.

- O TUMOR É LATERAL E DESENVOLVIDO SOBRE OS
FLANCOS DO ÚTERO -

As salpingo-ovarites podem constituir massas tão volumosas como um fibroma, aderentes ao útero, tão fixas como um tumor incluso. Mas a massa inflamatória é mais difusa, e de contornos menos nítidos; é dolorosa, quando se explora, e de consistência menos dura; pode estar aderente ao útero mas chega-se sempre a perceber um sulco de reparação entre o útero e o tumor. Não ha alongamento da

da cavidade uterina, e na febre e dores.

A gravidez, extra-uterina é muitas vezes dum diagnostico muito difficil, quando o kisto fetal é aderente ao utero, e que determina hemorragias. Mas nesta o colo é amolecido, e muitas vezes ha os ~~xxxxxxx~~ sinais sympathicos da gravidez.

FIBROMAS COM EVOLUÇÃO ABDOMINAL OU ABDOMINO PELVICA -

Ha três erros de diagnostico muito frequentes, e que é preciso evitar; é necessario não confundir um fibroma com uma gravidez, com um kisto de ovario, nem com um grande tumor inflammatorio anexial ou pelvi-peritonitico.

O diagnostico com uma gravidez pode ser muito difficil em certos casos, em que o ventre tem augmentado de volume, muito rapidamente, onde as regras são suprimidas com ou sem algumas hemorragias, onde o myoma tem a forma do utero regularmente augmentado de volume, e apresenta a consistencia muito mole.

Quando o feto está morto, e que os seus movimentos não são percebidos pela mãe, o diagnostico pode ser difficilissimo.

Em certos casos duvidosos mais vale não fazer o cathete-

trismos, perigoso nos casos de gravidez, e esperar e observar a doente, porque se se tratar de uma gravidez, ela manifestar-se ha cedo ou tarde por sinais sinais indiscutíveis.

A confusão dos fibromas com os grandes kistos do ovario é um erro comum; geralmente julga-se estar em presença dum kisto, e encontra-se um fibroma; o erro inverso é mais raro. É principalmente nos fibromas kísticos, que a confusão é facil, porque o tumor, que se eleva para o abdomen, tem uma consistencia renitente ou mesmo flutuante, ora na sua totalidade, como nos kistos uniloculares, ora parcialmente como nos kistos areolares encerrando massas solidas.

A ausencia de hemorragia nos kistos, a independencia do tumor e do utero, o facto de os movimentos imprimidos ao tumor não se transmitirem ao utero, a ausencia de aumento da cavidade uterina, são em favor do kisto. Mas são sinais inconstantes, difíceis de agarrar, e a quem faltam nitidez sufficiente. Certos tumores inflammatorios, pyosalpinx resfriados, grandes abcessos pelviperitoniticos residuais, podem ser tomados por fibromas, em razão da sua dureza

fibrosa devida á concha espessa, que os envolve.

Alguns detalhes podem, contudo, fazer evitar o erro: o tumor inflamatorio não é nunca livre, doutra parte prolonga-se muitas vezes no fundo do saco posterior, e desenha aí uma abotada ás vezes dolorosa sob o dedo ou mesmo aderente a uma parede vaginal edemaciada.

- PROGNOSTICO -

Histologicamente os fibromiomas são tumores benignos. Porem, podem tornar-se graves, e arrastar a morte pelas complicações que determinam hemorragiasprolongadas, compressão das vias urinarias, do intestino, grandes veias do pelvis, accidentes cardiacos, etc.

Segundo uma estatistica de Pelanda, seriam os accidentes infecciosos, que causariam a morte a maior parte das vezes; viriam em seguida as complicações viscerais, as complicações cardiacas ^{ou} vasculares, as hemorragias. O prognostico dos fibromas é pois muito reservado.

TRATAMENTO - MEDICAÇÕES TERAPEUTICAS -

Todo o fibroma reconhecido deve ser vigiado. A sua benignidade clinica é condicional. E é na observação atento-

ria dos sintomas, na apreciação rigorosa do seu valor,
e da sua evolução, que o cirurgião verá qual o caminho
a seguir, e a ocasião em que deve intervir.

CAPITULO IV

TRATAMIENTO MEDICO

TRATAMIENTO CIRURGICO

INDICAÇÕES DO TRATAMENTO MÉDICO

É a hemorragia o sintoma que a maior parte das vezes nos dicta a intervenção. Contudo, desdeque ela não seja muito abundante, recorreremos primeiro que tudo ao tratamento medico.

Este está indicado nos fibromas, que não determinam, como acima dizemos, hemorragias abundantes, que não se acompanham nem de phenomenos dolorosos, nem de sintomas de compressão, e que não mostram uma tendencia ao desenvolvimento rapido.

Resume-se não só em injeções salgadas, a ergotina associada aos extractos fluidos de *hydrastis canadensis*, de cannabis indica e de ~~visnarium~~ *prunifolium*, ao emprego da styptiena, isto nos fibromas moles e hemorragicos; mas tambem na radioterapia.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A RADIOTERAPIA

DOES FIBROMAS UTERINOS -

Desde ha 2 ou 3 anos que o tratamento radioterapico dos fibromas uterinos parece desenvolver-se e tirar-se da sua applicação resultados surpreendentes. Ainda o ano passado

M. Bordier conseguiu tratar dez casos. Em todos eles o tratamento tinha conduzido uma supressão total das metrorragias e das regras, e igualmente uma diminuição de volume do utero fibromatoso, tendo o tumor diminuido de metade, de dois tercos, ou mais ainda.

Em dois ou três casos a diminuição foi tal, que se o exame não fosse muito rigoroso, chegar-se hia á conclusão, de que o fibro-mioma tinha desaparecido completamente.

Estes resultados foram obtidos depois de 3 ou 4 mezes de tratamento.

Se era vulgar apparecerem varios casos de perturbações trophicas cutaneas tardias, muito difficæes de curar, era devido á muito fraca espessura dos filtros empregados.

Desde que se tem usado um filtro de espessura sufficiente e uma tecnica de filtração conveniente os accidentes cutaneos não são mais para temer.

Os adversarios deste tratzmento servem-se para o depreciar dos casos mais desfavoraveis e dizem, que os raios X podem determinar a transformação dum fibroma em carcinoma. Contudo parece que esta transformação não tem logar. O que é verdadeiro, pelo contrario, é que os cancos da mucosa do corpo ute-

rino são muito frequentes, e coexistem frequentes vezes com o fibroma. De mais, a radioterapia dos casos de cancros do utero, longe de ser contra-indicada, é, pelo contrario aconselhada. O Dr. Sir John Phillips, professor de obstetricia em King's College, diz que a acção do tratamento radioterapico manifesta-se impedindo o aumento do tumor, e que em varios casos o cancro parece curar durante um tempo mais ou menos longo pelos raios X. Dizem mais os adversarios que varios casos, em que os raios X tem sido applicados, tem depois recorrido á operação. Porém, quem sabe, se isto teria sido necessario, se o tratamento tivesse sido feito com doses suficientes e com raios de penetração conveniente?

Não contentes ainda, objectam, que este tratamento deve ser posto de lado por ser um metodo perigoso, e que é necessario abandonar. Mas este argumento cae em frente da cura de centenas de doentes curadas sem o menor vestigio, sem o menor risco; são estas curas as melhores provas da eficacia do tratamento, que se expõe a perigos no seu inicio, deve ser considerado hoje como não fazendo correr á doente nenhum risco.

E o facto de quererem objectar, que a radioterapia não

dá muitas vezes nenhuma resultado, não colhe, porque uma tal opinião está em contradição flagrante com os factos de observação. Em França, em Inglaterra, na America, em todos os paizes os resultados obtidos provam, que a radioterapia é duma efficacia pelo contrario surpreendente, com a condição que se não aplique este tratamento aos fibromas sub-peritoneais ou complicados d'hemorragia.

Um outro argumento apresentam em seu favor, e que consiste em fazer entender, que os raios X poderiam destruir órgãos essenciaes, como as capsulas renais. Isto não se dá, como se tem visto em milhares de cães submetidos á radioterapia em varios paizes e se acontecesse, se a radioterapia pudesse ter consequencias tão funestas, ha muito tempo que todos os radioterapeutas a teriam abandonado.

Na sociedade de obstetricia e de ginecologia, a 9 de Fevereiro de 1920 o professor J. L. Faure constatou, que duma maneira geral a radioterapia dá resultados satisfatorios: supressão das hemorragias, e diminuição do volume do fibroma.

Os inconvenientes do metodo, diz ele, são desprezaveis, as radiodermites são excepcionais, e não parece, que a radioterapia possa provocar ou mesmo favorecer a degenerescencia

cancerosa.

EFEITOS DA RADIOTERAPIA

O que é necessario, é saber-se, que o tratamento radioterapico aplicado com a tecnica moderna, dá resultados muito bellos nos fibromas intersticiais em geral, e sobretudo nos casos acompanhados de metrorragias abundantes. Produz-se uma regressão notavel do tumor, e o desaparecimento definitivo das perdas, compreendendo tambem as regras. A experiencia tem demonstrado, que quando as metrorragias persistem depois de 4 ou 5 series ou mais, o fibroma é provavelmente complicado, e que a degenerescencia cancerosa é principiada.

O facies do doente sofre uma transformação notavel. Todas as doentes, cujo rosto tem um côr de folha morta, com labios descorados, principiam a mudar de côr depois da segunda ou terceira série; perdem pouco a pouco este facies fibromatoso, e quando a menopausa é obtida, a coloração roxa das suas faces contrasta fortemente com o seu aspecto de inicio

Ao mesmo tempo todas apresentam uma especie de rejuvenescimento. Doentes, que ás vezes em antes de se submeterem ao tratamento é necessario transportá-las numa cadeira ou sobre um leito de tal forma as suas perdas as tinham deixado

exangues e fracas, doentes cujos tegumentos eram completamente descorados, depois da terceira ou quarta serie tem retornado uma saude extraordinariamente brilhante.

Como explicar o retorno da saude, o rejuvenescimento constatado sobre as doentes depois do tratamento radioterapico ? É que estas doentes não são mais privadas dos globulos vermelhos contidos no sangue & evacuado no momento das perdas. A causa dos ~~efeitos~~ ^{efeitos} da radioterapia reside, em que as doentes curadas pelos raios X, conservam intacta a função do ovario como glandula de secreção interna. Mas não é só a transformação do facies da doente que se opera, ha tambem um levantamento do estado geral. Quanto ao aumento de peso , que vai até á obesidade que se produz muitas vezes depois da intervenção cirurgica, não se tem encontrado em doentes submetidas á radioterapia. Esta diferença entre os dois metodos reside ainda na ^{função} ovarica, que continua a fazer-se depois do tratamento pelos raios. É esta tambem uma das grandes vantagens deste metodo.

TÉCNICA MODERNA

O metodo, ainda o melhor, aquelle que mais belos resultados tem dado, é o metodo das series. O que se chama uma série

é a soma das doses aplicadas em três sessões feitas em 3 dias; a dose aplicada em uma série deve ser tal, que a integridade dos tegumentos seja respeitada.

Cada série é seguida de um repouso de um mês pouco mais ou menos, e durante esse tempo é que actua a energia radiante absorvida pelos tecidos radio-sensíveis.

A questão da filtração tem uma grande importancia em radioterapia profunda e no tratamento dos fibromas em particular. No principio a espessura dos filtros era muito fraca, os tegumentos absorviam uma quantidade muito grande de raios de pequena penetração. Era esta a causa das perturbações cutaneas troficas tardias. Desde que se empregam filtros de ~~aluminio~~ aluminio de 3 milímetros pelo menos e se tem o cuidado de colocar sobre a pele uma placa de coiro de 7 milímetros pouco mais ou menos de espessura, que retém os raios de mais fraca penetração, que viriam a actuar sobre a parede abdominal não se tem constatado sendo uma coloração cinzenta tostada dos tegumentos, que desaparece passados alguns mezes.

Nos fibromas intra-pelvicos, aumenta-se a espessura do filtro.

Na segunda serie e em cada serie seguinte, as doentes accusam todas ou quasi todas, um estado nauseoso, que dura 2 ou 3 dias. É bem provavel que estas nauseas estejam relacionadas com a alteração passageira da secreção interna dos ovarios.

MODO DE ACÇÃO DOS RAIOS X

Os raios X actuan não somente sobre os folliculos de Graaf, mas tambem sobre a propria substancia fibromatosa. Um dos melhores argumentos é que a radioterapia conduz uma diminuição do tumor nas mulheres tendo visto a menopausa estabelecer-se um ano ou mais antes do começo do tratamento.

A cura clinica das fibromatosas é pois o resultado do efeito dos raios sobre as celulas do fibroma, e da atrofia dos polliculos de Graaf, que suprimem a postura ovalar. Este desaparecimento das regras é habitualmente o sinal do fim do tratamento, que é então suspenso.

Em geral, numa mulher de 35 a 40 anos, são necessarias 4 series para obter o desaparecimento das metrorragias e das regras, e ao mesmo tempo a atrofia do tumor mais ou menos completa.

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

Pode-se dizer que com uma técnica conveniente, as doentes de toda a idade podem ser tratadas com sucesso pela radioterapia. Mas nem todas as fibromatosas são sujeitaveis a este tratamento. A experiencia tem reconduzido a reconhecer, que o tratamento cirurgico deve ser preferido ao tratamento radioterapico nos casos de fibromas pediculados sub-peritoneais, e de fibromas acompanhados de hydrorrea.

Da mesma maneira os fibromas cuja vitalidade é quasi nula os myomas malignos, os myomas infectados, supurados, gangrenosos, são antes do dominio da cirurgia. É necessario porisso fazer uma observação minuciosa em antes de submeter ao tratamento radioterapico.

A radioterapia deve ser reservada:

- 1.º - Aos fibromas intersticiais com as suas metrorragias abundantes;
- 2.º - Aos uteros fibromatosos, acompanhando-se de violentas perdas;
- 3.º - Aos casos inoperaveis clinicamente.
- 4.º - As hemorragias da menopausa.

Enquanto ao volume do tumor, não ha regra bem precisa

a formular; os pequenos fibromas são evidentemente os mais favoráveis, mas tem-se visto grandes fibromas ultrapassando o umbigo resorver-se em proporções enormes depois do tratamento.

TRATAMENTO CIRURGICO

Ablação de polipos uterinos, pediculados, tendo franqueado o colo - Agarram-se com uma pinça de garras e abai-xam-se: em seguida secciona-se o seu pediculo, depois de ter feito uma ligadura previa, ou simplesmente torcido. Quando o pedículo é muito largo é necessario ter-se cuidado, que se não dê uma inversão uterina, consequencia duma tração muito inergica sobre o pediculo, o que nos pode levar a extirpar o fundo do utero invertido, tomado pela inserção do polipo.

Se o polipo for muito grande, mesmo enchendo a vagina e de tal maneira encravado que se não possa atingir o pediculo, procede-se então por divisão em pedacos. Agarrado o tumor por uma forte pinça de garras, corta-se sobre o seu polo acessivel, uma serie de fragmentos em V e extirpam-se sucessivamente. Chega um momento em que a massa está muito diminuida, o bastante para que se possa duma só vez extirpar o resto da inserção do fibroma.

ENUCLEAÇÃO - Pelo nome da enucleação vaginal, designa-se um metodo, que consiste em cortar sobre o myoma a mucosa, que o recobre e desprende o corpo fibroso da parenchyma

uterino, com o auxilio da capsula lemelosa, que o isola
dale. É applicavel aos nucleos fibrosos desenvolvidos sobre
os labios do colo e aos fibromiomas ^{raros} ~~raros~~ do corpo, emer-
gindo na cavidade uterina por uma saliencia sub-mucosa.

HISTERECTOMIA VAGINAL - Quando a vagina é larga, pode-
se extrair por esta via um utero, com fibroma solitario,
de dimensões muito consideraveis. Contudo hoje está in-
dicada só nos seguintes casos: em certos casos de esclerose
uterina, ^{ou de} ~~onde~~ fibrometose diffusa do orgão, com grandes he-
morrhagias e estado doloroso, nas mulheres novas em quem uma
cicatriz abdominal contraria. Nos casos de mulheres mul-
to obesas, com o coração gorduroso, com sintomas de insufi-
ciencia hepato-renal, e na hipotese de um tumor pouco volu-
moso, facilmente abaixavel, numa vagina ampla. Enfin, nos
fibromas complicados de esphacelo putrido, com supuração
fetida, sintomas febris etoxicos, que é preferivel, se a sua
massa não ~~é~~ muito consideravel, tirar pela vagina para
reduzir ao minimo ^o perigo de contaminação peritoneal, menos
evitavel pela via alta.

CASTRACÃO OVARICA - Consiste em provocar uma detenção
das hemorrhagias, e uma regressão do tumor pela ablação

dos ovários. Contudo este nem sempre se verifica.

MYOMECTEMIA ABDOMINAL -

Tem por fim a enucleação, por via alta, transperitoneal, dos myomas sub-serosos e intersticiais, com a conservação do útero e dos anexos. Este processo é para assim dizer um método de excepção, pois tem contra si as constantes recidivas, ou melhor a continuação do desenvolvimento dos fibromas que tinham passado despercebidos quando da intervenção.

Além disso é impraticável em diversos casos. E para que conservar um órgão, á custa de tantas dificuldades, se ele pouco valor tem quanto á possibilidade de gravidezes ultteriores. É por todas estas razões, que a hysterectomy abdominal é o processo de escolha.

HYSTERECTOMIA ABDOMINAL -

É como acima fica dito o processo de escolha para o tratamento.

Temos dois processos - um, a hysterectomy supra-vaginal, que amputa o útero acima das inserções vaginais.

O outro, a hysterectomy total, que secciona a vagina.

O primeiro é o resultado da escolha da cirurgia moderna.

Com este processo vem a ficar do útero somente um peque-

no coto, que tapa a vagina. Alguns auctores, e entre eles Richeiot, preferiam a hysterectomia total, porque, diziam eles, que era frequente a transformação maligna deste coto.

Porem, esta transformação não se dá com uma frequencia tão grande, que nos leve a preferir a total á sub-total, visto que esta é de mais rapida execução, d'hemostase mais simples, de asepsia mais perfeita, de um descalabro menor para as bases ligamentares, e sobretudo de uma mortalidade inferior. Segundo J.L. Pautz, ainda que se não possa estabelecer numeros certos, é logico dizer-se, que as probabilidades de cancerização do coto são inferiores aos riscos de gravidade suplementar resultante da total.

Quando o colo está são, de comprimento normal, e de consistencia tambem normal, a sub-total é a operação preferivel.

A escolha do processo subordina-se ao tipo anatomico dos tumores, ás condições topograficas do seu desenvolvimento pelvico e de acessibilidade do colo.

BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE ALGUNS AUTODOS

Processo de Doyen - Por este processo, procede-se á descorticação sub-serosa do segmento inferior do utero,

de baixo para cima depois da secção primitiva na vagina, desde as bases dos ligamentos largos descolados, até às azaes, cortadas em ultimo lugar.

Aqui a hemostase preventiva é regeltada, e as uterinas são ligadas só depois da extirpação do tumor. O que este metodo tem de mais interessante, é o descolamento de baixo para cima dos ligamentos largos, o despojamento rapido do envolvero seroso do segmento inferior, a descorticação por bascula do peritoneo anterior vesico-uterino.

Presta grandes serviços sobretudo nas inclusões intra-ligamentares, nos encravamentos pelvicos, nos casos difficeis de anexites aderentes.

Foi o ponto de partida de outros processos, que nada mais sendo, que variantes deste, permitem contudo acabar depressa muitas hysterectomias laboriosas.

Doyen incide o fundo de sacco de Douglas sobre a saliencia de uma pinça metida pela vagina. O fundo do sacco posterior aberto, o colo é agarrado com uma pinça, e puxado para cima, para o peritoneo, atravez da brecha vaginal.

O colo assim puxado para cima é solidamente agarrado; secciona-se então tudo em volta dele, a inserção da vagina.

À medida que a secção circular da ~~maxima~~ inserção vaginal se completa, o colo vai-se deixando vir para cima. Destaca-se da bexiga, á qual o ligam alguns tractos celulares, e cõdo o utero só está unido ás partes vizinhas pelos ligamentos largos. Depois a mão direita apaxna de baixo para cima o ligamento largo direito, que é agarrado com uma forte pinça e seccionado. O utero somente agora com o seu ligamento largo esquerdo, é basculado para a esquerda.

O ligamento largo é desenrolado de baixo para cima e pediculado no nível do ligamento redondo e dos vasos utero-ovaricos, que são agarrados e cortados. Faz-se depois a hemostase. Feixa-se depois a vagina por um surget de catgut, ou melhor ainda arena-se o fundo da bacia pela abertura vaginal, e reconstitue-se por cima o peritoneo pelvico.

METODO AMERICANO DE KELLY, MODIFICADO POR SECOND -

Este processo difere do de Doyen, em que o ataque da vagina tem logar pelo lado, em logar de ser por traz.

Esta ~~maxima~~ diferença é, debaixo do ponto de vista técnico, muito mais consideravel do que parece á primeira vista. Nos casos facis, o processo de Doyen é com effei-

to, mais simples e mais rapido, porque principia por libertar o utero das suas inserções inferiores e actua debaixo para cima durante toda a duração da operação. Mas em muitos casos, em todos aquellos em que a mobilidade do utero não é muito grande, e em que o fundo do sacco posterior da vagina não é directamente acessivel, o processo de Kely e Segond é mais facil, porque permite, pela secção do ligamento largo, mobilisar o utero, e enegar sobre o fundo do sacco lateral da vagina. É de uma applicação mais geral.

PROCESSO DE J.L.FAURE

Nada mais é tambem do que uma variante do processo de Doyen, mas em que se substitue a secção da vagina pela secção do colo, transformando por este facto uma total numa sub-total.

Neste processo agarra-se o fundo do utero com duas pinças solidas.colocadas um pouco para fora da linha medea, e a igual distancia desta. Depois com umas tesouras rectas secciona-se o utero segundo a linha medea do fundo para o colo. Prosegue-se esta secção até ao isthmo, ao nivel do fundo do sacco vesico-uterino. O utero encontra-se desta maneira partido em duas metades, até aos isthmo; agarrasse então

uma das metades, a direita, por exemplo, com uma pinça colocada junto do isthmo, e com umas tesouras curvas dá-se um corte transversal ao seu nível, que separe esta metade uterina do colo. Agarrando na pinça inferior para-se pivotar a referida metade em volta da inserção dos anexos.

Continuando a puxar pela metade uterina assim deslocada, atraem-se os anexos, que a mão esquerda, aproveitando o espaço deixado livre pela transposição da metade uterina, contribue para descolar atacando-os por baixo.

Quando o descolamento está terminado, pucha-se o pedículo constituido pelo ligamento redondo e pelos vasos utero-ovaricos, seccionam-se tirando ao mesmo tempo os anexos e a metade uterina correspondente. Para a metade esquerda, repete-se a mesma manobra.

Este processo só se emprega ordinariamente nos casos em que o utero é pequeno.

Falemos agora no metodo empregado no primeiro caso da nossa tèse e que vem a ser o de Kely e Segond. Já atraz nos referimos a este metodo, contudo se voltamos a falar dele é porque aqui foi empregado numa histerectomia sub-total com otimos resultados. Procedeu-se da maneira seguinte: Como a

doente era portadora também de dois quistos ovaricos, antes de tudo, fez-se a sua punção, pois desta maneira os quistos aderentes, tornavam-se mais facilmente extraíveis, e, ao mesmo tempo a sua redução de volume tornava o campo operatorio mais livre. Estes quistos, que, digamo-lo de passagem, tinham um tamanho de um ovo de pomba, aproximadamente, encontravam-se cheios de um líquido hemático, que foi aspirado pelo aparelho de Potain.

Seguidamente passou-se a fazer a histerectomia propriamente dita e, cujo primeiro tempo constou de fixação do útero por meio de uma pinça de Museau. Preso assim o útero, afastou-se este juntamente com os anexos esquerdos, da parede pelvica correspondente, afim de descobrir o respectivo pedículo utero-ovarico. Conseguido isto, seccionou-se o referido pedículo e o ligamento redondo, os quais se pincaram conjunctamente por meio de um clamp, colocado entre os anexos e a parede da excavação.

Partindo então deste ponto, incidiu-se a bistoria peritoneu visceral pre-uterino, um pouco acima do fundo do saco, fazendo-se uma incisão curva, transversal, e de concavidade superior.

Depois com um dedo envolvido numa compressa recalcou-se para baixo, e, com alguns golpes de tesoura esta foi descolada da face anterior do colo uterino. Uma vez a face anterior do utero e do colo bem descoladas, e encontrando-se já um clamps sobre o ligamento largo, continuou-se a fazer a secção deste ligamento, de cima para baixo até ao nível do isthmo.

Neste ponto pingaram-se e cortaram-se os vasos uterinos. A seguir fez-se a secção do isthmo uterino, por meio de umas tesouras curvas servindo-nos para isto da cavidade cervical, como ponto de reparo. Basculando lateralmente a massa utero-anexial, á medida que a secção do colo o permitia, atingiu-se o lado oposto onde se procurou, pingou e seccionou os segundos vasos uterinos. Continuando a voltar para o lado do utero com os seus anexos, passou-se a cortar o outro ligamento largo, caminhando de baixo para cima; á medida que se subiu foram-se destacando as aderencias existentes

Levando esta incisão pela parte de fora dos anexos, ligou-se sobre o pedículo vascular utero-ovarico e ligamento redondo, os quais encontrando-se já pingados com um clamp, foram agora certados. Extirpados assim os órgãos genitais internos, abriu-se o utero para se verificar o seu

conteúdo. Deparou-se com um polipo fibroso, com um tamanho de um ovo de galinha, e que enchia portanto quasi toda a cavidade uterina. Como microscopicamente este tumor não nos dava elementos para levarmos a nossa operação mais longe, deu-se por terminada esta primeira parte.

Procedeu-se então á laqueação dos diversos pediculos vasculares, que se achavam pingados, os vasos foram cuidadosamente apertados, com laços de catgut, de maneira que eles se não viessem a abrir de novo ulteriormente.

Os labios do coto cervical foram em seguida reunidos com 3 pontos de catgut.

Enfim para fechar a brecha resultante da ablação do utero e anexos, fez-se uma sutura continua a catgut, que reuniu o folheto peritoneal anterior, na parte posterior do ~~estômago~~ coto cervical. Este ficou assim recoberto pelo peritoneo, e o mesmo aconteceu aos cotos dos pediculos vasculares, visto que se teve o cuidado de os recalcar para baixo do folheto seroso, no momento da sutura.

Concluida a peritonisagão, principiou-se a fechar a parede abdominal, sem drenagem.

- Esta ultima parte da operação tal como costuma ser feita na nossa enfermaria compreende os seguintes tempos:

1.º - Sutura continua a catgut do peritoneo parietal;

2.º - Pontos separados de catgut, apanhando o tecido celular sub-cutaneo, musculos e suas aponeuroses, e attingindo ainda o peritoneo já suturado.

3.º - Três ou quatro pontos de reforço, feitos com crinas, que passam atraz da pele, tecido celular, musculos e aponeuroses, e que serão acarradas sobre um rolo de gaze. -

Obs. - só depois destes pontos terem sido passados é que se pode apertar os antecedentes;

4.º - Sutura da pele com agraíes de Michel.

- - - - -

CAPITULO V

APRESENTAÇÃO DE CASOS

APRESENTAÇÃO DE CASOS

M.C.O. natural de Rezende, de 38 anos de idade, viuva, entrou para a enfermaria n.º 14, a 18 de Março de 1918.

- ESTADO ACTUAL -

Cor palida de todos os tegumentos. Mucosas descoradas; grande astenia, perdas sanguíneas quasi constantes, que de quando em quando affectam o tipo de verdadeiras metrorragias.

Corrimento leucorreico ligeiramente fetido, escuro, e bastante espesso.

A principio tinha um aspecto branco amarelado e apparecia nos intervalos das hemorragias.

Apresenta dores espontaneas, pouco intensas, surdas, sem irradiações, localizadas no fundo do ventre. Antes do apparecimento das hemorragias, ou seja no periodo que as precedem, apresenta uma sensação de incomodo e peso pelvico, acompanhada de dores vivas, que se propagam para as regiões lombo-abdominaes. Logo que se estabeleça o corrimento sanguineo, tudo desaparece.

O utero está augmentado de volume e com a dureza de musculo contraído e movel.

O colo, tem a mesma consistencia daquele, é conico e o orificio externo arredondado punctiforme; está um pouco aumentado de volume e ocupa o centro da cupula vaginal.

A histerometria foi tentada, mas improficuamente. Portanto não foi possivel medir o comprimento da cavidade.

O coração tem os ruidos um pouco apagados.

O pulso é pequeno, hipotenso, rythmico, e um pouco tachycardiaco.

É uma obstipada.

HISTORIA DA DOENÇA

A doente que antes era regularmente menstruada ha 1 1/2 anos a esta parte notou que os periodos menstruais se iam tornando cada vez maiores.

Passado algum tempo a doente observa que passados 3 ou 4 dias depois de estabelecidas as regras, lhe aparecia uma dor viva, que coincide com o aparecimento de uma hemorragia e com irradiações para a região lombar.

Desde Fevereiro de 1918, as perdas sanguineas, que

se tornaram quasi continuas, tomam de quando em quando o character de verdadeiras metrorragias.

Apareceu-lhe depois um corrimento branco amarelado e bastante espesso logo que terminavam as hemorragias. Foi-se tornando cada vez mais fetido e mais escuro. Passado algum tempo manifestaram-se lhe umas dores leves e surdas por todo o ventre, sem localisacão certa e com irradiações para a região renal. Foram-se tornando cada vez mais intensas, e fixaram-se quasi exclusivamente no fundo do ventre.

No momento das hemorragias tornavam-se um pouco mais intensas e eram acompanhadas duma sensação de incomodo, e peso pelvico.

- ANTECEDENTES PESSOAIS -

Foi sempre saudavel. Foi menstruada aos 12 anos, e as regras foram sempre regulares, em tempo, duração e quantidade.

Nos primeiros anos foram acompanhadas de dores, que por vezes a obrigavam a recolher á cama, e que sobrevinham com o corrimento sanguineo; geralmente eram acompanhadas de um pouco de tenésimo rectal e visical. Não teve filhos nem abortos; é viuva.

Ap. respiratorio nada de anormal.

Ap. circulatorio - Notavel hipotensão. Pulso, entre 68 e 80. Sopro sistolico ao nivel do foco mitral propagando-se para a axila. Profunda anemia. Aparelho digestivo e urinario normal.

Ap. genital - Cicatriz umbilical raa com a pele pigmentada na linha branca. Seios sem modificação alguma. A palpação reconhece-se uma tumefação mediana, esferoide, indolor, movel, 4 dedos acima do pubis.

Ao especulo - Laceração comissural esquerda. Histerometria - 9,2.

A palpação bimanual mostra um tumor uterino de perfeita mobilidade, dum tamanho duma laranja. Queixa-se ainda de cefaleias, calores da face, sensação de constrigão da garganta, (ins. ovarica.)

Operação - Histerectomia sub-total com anexectomia bilateral pelo processo de Kelly-Segond.

- Diagnostico cirurgico -

Fibroma sub-mucoso - ovarite esclero-kistica-bilateral - leves

Nome - C. F.

Idade - 38 anos

ESTADO ACTUAL - Em janeiro de 1920 a doente apresenta metrorragias intensas, hydorrhea. O estado geral muito deprimido, anemia assentuada.

Ao toque nota-se um tumor maior que um punho perfeitamente aderente ao utero.

Cavidade uterina aumentada.

HISTORIA DA DOENÇA .

Ha anos que as suas perturbações menstruais vão aumentando, sentindo-se cada vez mais astheniada.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS - Nada de anormal.

DIAGNOSTICO - Fibroma uterino intersticial.

TRATAMENTO - O tratamento cirurgico foi posto de parte por a doente ser uma cardiaca.

Tentou-se a radioterapia com belos resultados, ao fim de 20 sessões; 3 H sob filtro de 3 milimetros obtidos em cinco minutos com 15 c. de faixa (equivalente). Ampola Coolidge. Sessões hebdomadarias segundo a forma de Becclere.

- OBSERVAÇÕES POSTERIORES -

As hemorragias desapareceram progressivamente de forma a cessar por completo ao fim de 12 aplicações.

O tumor regressou; o útero voltou quasi ao tamanho normal.

O estado geral melhorou sensivelmente desde a 3.ª aplicação.

Não houve sinal algum de radiodermite, nem pigmentação.

E. Castanha, natural de Ilhavo. Edade, 54 anos.

Estado - solteira. Profissão - Creada.

Entrou para a enfermaria n.º 14 em 1916.

ESTADO ACTUAL

Palidez extrema de todos os tegumentos. Cor palida de todas as mucosas. Astenia geral. Abdomen fortemente abaulado e duro. Perdas sanguineas abundantes e com coagulos durando pouco mais ou menos 3 semanas. Passado este tempo desapareceram estas perdas para dar lugar a uma *hydorrhoea* abundante. que se faz por verdadeiras *onías* e que dura uma semana pouco mais ou menos.

Passada ela voltam a aparecer novamente as perdas sanguineas.

HISTORIA DA DOENÇA

Ha 18 anos principiaram-lhe as regras a aumentar quer em duração quer em quantidade, até que decorrido algum tempo se tornaram continuas, não sabendo a doente qual a epoca das menstruações.

Assim andou durante muito tempo perdendo sangue e forças

numa progressão continua até que passados alguns anos notou que o ventre lhe ia aumentando cada vez mais. Foi então que principiou a ter ~~hydrometria~~ durante uma semana todos os meses, pouco mais ou menos.

Entrou então para o Hospital, isto em 1916 e uma vez aí foi-lhe feito o tratamento pelo raio X.

Saiu em 1917 com as perdas muito diminuidas e com a continuação do tratamento foram-se tornando cada vez ~~mais~~ intensas até que desapareceram por completo na 4 meses pouco mais ou menos.

Está forte, corada, e com boa disposição.; diz que se tem sentido remogar e com o abdomen muito diminuido.

Antecedentes pessoais - Foi sempre saudavel.

Teve o sarampo. Uma filha aos 18 anos

Antec. hereditarios - Pai, não se lembra de que faleceu.

- Mãe, Faleceu com uma tuberculose.

Teve 3 filhos, morendo 2 em pequenos, não se lembrando com quê.

TRATAMENTO - Radiotherapia.

M. A. de 32 anos, solteira, natural de Barcelos, criada, Entrou a 25 -IX e saiu a 30 - XII.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS -

Pai falecido de tuberculose;

Mãe - Viva e saudavel.

Tem 4 irmãos saudaveis.

ANTECEDENTES PESSOAIS -

Foi sempre saudavel até ao inicio da sua doença actual.

Foi menstruada aos 18 anos. Teve 3 filhos; 2 saudaveis e 1 nado morto. Não teve nenhum aborto. Menstruações regulares na aparição; 4 ou 5 dias em pequena quantidade. Nenhum corrimento quer antes quer depois. Na vespera da menstruação, algumas dores no ventre.

- HISTORIA DA DOENÇA A -

Hemorragias ~~XXXXX~~ ha cerca de 2 anos (7 a 8 dias de fluxo). Em 25 do XI appareceu-lhe a menstruação, que lhe fez perder sangue durante 8 dias em grande quantidade. Uma semana depois de passada a menstruação produziram-se abundantes hemorragias, que passaram ao fim de 20 dias. sob a acção da ergotina. Durante a menstruação tinha dores violentas no ventre.

- ANTECEDENTES HEREDITARIOS -

O pai foi sempre saudavel. A mãe morreu de um parto, tendo sido sempre saudavel. Os irmãos são tambem saudaveis.

DIAGNOSTICO

Todos os sintomas apresentados pela doente como sejam:-

Menorragias tipicas, que foram aumentando sempre em duração até se tornarem mais tarde em perdas continuas, metrorragias que chegaram a durar 15 dias em cada mês, acompanhadas de dores vivas, que só desapareciam depois de desaparecer a hemorragia, leucorreia ligeiramente fetida, alternando com as metrorragias, dureza firme e elastica do utero, a não constatação ao toque de qualquer tumor localizado á superficie do utero e fazendo corpo, com este, a impossibilidade da histerometria. Todos estes sintomas levam a fazer um diagnostico de um polypo fibroso.

- TRATAMENTO -

Histerectomia sub-total pelo processo de Kelly-Second.

VISTO

PODE IMPRIMIR-SE

TEIXEIRA PASTOS

MAXIMIANO DE LEMOS
