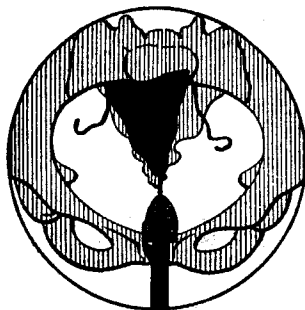


3
OSCAR RIBEIRO

O DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO EM GINÉCOLOGIA



2
PÓRTO MCMXXXV

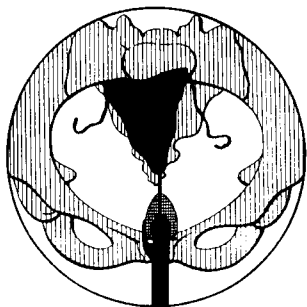
O DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO EM GINECOLOGIA

OSCAR DE ANDRADE RIBEIRO

ASSISTENTE DE OBSTÉTRICA E GINECOLOGIA NA
FACULDADE DE MEDICINA DO PÔRTO

O DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO EM GINÉCOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE CANDIDATURA AO GRAU
DE DOUTOR APRESENTADA À FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO



22713 FNUZ

IMPRESA NACIONAL DE J. VASCONCELOS, F.º
208, Rua José Faleão - PÔRTO - 1935

11/93r

*2. Biblioteca de Família e
Medicina de Pôrto Alegre*



CORPO DOCENTE
DA
FACULDADE DE MEDICINA

DIRECTOR

Doutor ANTÔNIO DE ALMEIDA GARRETT

SECRETÁRIO

Doutor JOSÉ DE OLIVEIRA LIMA

PROFESSORES CATEDRÁTICOS

Doutor JOÃO LOPES DA SILVA MARTINS JÚNIOR	Higiene
Doutor ALBERTO PEREIRA PINTO DE AGUIAR	Patologia geral
Doutor CARLOS ALBERTO DE LIMA	Patologia cirúrgica
Doutor JOSÉ ALFREDO MENDES DE MAGALHÃES	Terapêutica geral
Doutor ANTÔNIO JOAQUIM DE SOUZA JÚNIOR	Medicina operatória
Doutor JOAQUIM ALBERTO PIRES DE LIMA	Anatomia descritiva
Doutor ÁLVARO TEIXEIRA BASTOS	Clinica cirúrgica
Doutor JOSÉ DE OLIVEIRA LIMA	Farmacologia
Doutor ABEL DE LIMA SALAZAR	Histologia e Embriologia
Doutor ANTÔNIO DE ALMEIDA GARRETT	Pediatria
Doutor ALFREDO DA ROCHA PEREIRA	Clinica médica
Doutor CARLOS FARIA MOREIRA RAMALHÃO	Bacteriologia e Parasitologia
Doutor HERNANI BASTOS MONTEIRO	Anatomia topográfica
Doutor MANUEL ANTÔNIO DE MORAES FRIAS	Clinica obstétrica
Doutor JORGE DE AZEVEDO MAIA	Patologia médica
Doutor AMÂNDIO JOAQUIM TAVARES	Anatomia patológica
Vaga	Fisiologia geral e Química fisiológica
Vaga	Fisiologia especial
Vaga	História da medicina e Deontologia profissional
Vaga	Medicina legal

PROFESSORES JUBILADOS

Doutor AUGUSTO HENRIQUE DE ALMEIDA BRANDÃO
Doutor THIAGO AUGUSTO D'ALMEIDA

PROFESSOR HONORÁRIO

Doutor OSCAR VOGT

PROFESSOR LIVRE

Doutor INDALÊNCIO FROILANO DE MELO

Artigo 48.º, § 3.º — A Faculdade não responde
pelas doutrinas expendidas na dissertação.

*(Regulamento da Faculdade de Medicina
do Porto, Decreto n.º 19.337 de 29-1-1931).*

Ao EX.^{mo} SENHOR PROFESSOR

DOUTOR

MANUEL ANTÓNIO DE MORAES FRIAS

*homenagem de muita gratidão
e respeito.*

AO CORPO CATEDRÁTICO
DA
FACULDADE DE MEDICINA
DO
PÔRTO

Desde a última metade do século XVIII que, com o aperfeiçoamento dos meios de exame, a Ginècologia se vem individualizando cada vez mais, ocupando hoje um lugar de destaque entre os vários ramos das ciências médicas. Para o seu desenvolvimento muito contribuíram PUZZOS, LEVRET, HUGUIER, SIMPSON, RÉCAMIER, RICORD, PANTALEONI, DAVID e muitos outros.

Em 1918, GOETZE lembrou-se de utilizar os raios X para o diagnóstico ginècológico, o que veio marcar nova era para o estudo da Ginècologia. A idea de GOETZE foi bem aceita e numerosas experiências começaram a ser feitas por STEWART, STEIN, DYROFF, COLLIEZ, YUNG, ARENS, SANTE, RUBIN, MORRIS, LE LORIER, DIMIER, CARY MOCQUOT, etc., etc..

Conseguiu HEUSER, em 1926, com o emprêgo do Lipiodol as primeiras imagens radiográficas. A partir de então, as

publicações tornaram-se numerosíssimas, sendo hoje vastíssima a bibliografia sobre a histero-salpingografia, que quasi todos os ginecólogos empregam.

O interesse, cada vez mais acentuado, que este novo método de exame vinha despertando em todos os meios científicos, as grandes vantagens que em muitos casos parecia oferecer sobre os métodos até então utilizados, levaram-me a escolhê-lo para assunto da minha dissertação, tanto mais que, entre nós, a histero-salpingografia se encontrava muito pouco vulgarizada.

Colhi então, no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade, onde trabalho, uma série de observações que servem de base a este estudo.

Ao meu ilustre Mestre e Director dêsse Serviço, Snr. Professor Moraes Frias, agradeço penhorado tôdas as

palavras de encitamento que me dirigiu e as preciosas indicações que me forneceu, o que muito contribuiu para que pudesse enfrentar tão árdua tarefa.

Não quero também deixar de patentear a minha gratidão ao Snr. Doutor Roberto de Carvalho, professor auxiliar de Radiologia da Faculdade, pela colaboração que dispensou à parte radiológica deste meu trabalho, e, ainda, pelo auxílio que me prestou, pondo à minha disposição a sua biblioteca particular.

Finalmente, aos senhores Manuel Ferreira e Roberto Vilela, a quem devo os desenhos e trabalhos fotográficos que ilustram o texto, e a tôdas as pessoas que directa ou indirectamente me ajudaram, os meus maiores agradecimentos.

Pôrto, Março de 1935.

O. R.

I

ESBÔÇO HISTÓRICO DOS MÉTODOS DE EXPLORAÇÃO GINÊCOLÓGICA

A exploração directa do aparelho genital da mulher foi durante muito tempo quasi que limitada ao uso de espéculos. Ao que parece, já dêles se serviram os hebreus para observarem os corrimentos sanguíneos do colo uterino. A escola hipocrática empregou-os, e diversos modêlos foram encontrados nas ruínas de Pompeia.

GUY DE CHAULIAC, no seu tratado «*Grande Chirurgie*», descreveu um instrumento bastante complicado que remedava um espéculo trivalve (FAURE e SIREDEY).

No decorrer dos séculos XII e XIII, os espéculos foram quasi completamente esquecidos.

A partir do século XVIII, desenvolveram-se notavelmente os meios de investigação ginêcológica; assim, em 1755, PUZZOS divulgou a exploração bimanual. LEVRET, em 1771, praticou pela primeira vez o cateterismo do útero, método vulgarizado em França por HUGUIER, em Ingla-

terra por SIMPSON e na Alemanha por KIWISCH (FORGUE e MASSABUAU). Com o auxílio do histerómetro procurou-se diagnosticar atrésias do canal cervical, tentou-se precisar a situação do útero e avaliar as dimensões da sua cavidade.

Em 1816, RÉCAMIER usou um espéculo da sua autoria que era constituído por um tubo de metal, madeira ou ebonite, com a forma dum tronco de cone. Deve-se a RICORD não só a sua vulgarização como a apresentação dum novo modelo, que precedeu o aparecimento de outros ainda hoje empregados, como os de CUSCO, de COLLIN, etc..

Tais instrumentos, a-pesar-de prestarem grandes serviços à exploração directa em Ginecologia, limitavam-se, contudo, a pôr em evidência restrictas regiões do aparelho genital feminino: vagina e focinho de tenca.

O conhecimento cada vez maior das afecções do corpo uterino, levou a imaginarem-se processos para directamente se poder observar o interior da sua cavidade.

Recorreu-se primeiro ao emprêgo de espéculos intra-uterinos que eram constituídos por um tubo cilíndrico, com uma das extremidades arredondadas e talhada em bico de clarinête. Inventou-se ainda, com êste fim, uma pinça em que a extremidade dos ramos foi substituída por um pequeno espéculo, cujas valvas se podiam afastar ou aproximar uma da outra, conforme se manobravam os seus ramos. Êstes instrumentos, pelas suas exíguas dimensões, apenas expunham porções muito limitadas da mucosa uterina que, mal iluminadas, nada deixavam distinguir.

Pretendeu-se, depois, aplicar ao útero o mesmo processo que DÉSORMEAUX empregou para a iluminação da bexiga.

A histeroscopia foi experimentada pela primeira vez em 1869 por PANTALEÓNI, para o que utilizou o endoscópio de DÉSORMEAUX. Empregaram-na também BLOND, BUMM, BLONDEL e PICHEVIN que não obtiveram grandes resultados com o seu uso, razão por que acabaram por abandonar tal método.

CLADO, com instrumentação mais aperfeiçoada, conseguiu obter resultados apreciáveis. JUDET, em 1905, tentou no cadáver a histeroscopia por iluminação interna, para o que utilizou o uretroscópio de LOUYS. CHARLES DAVID, em 1908, empregou-a com sucesso, assunto ao qual consagrou a sua tese.

O histeroscópio de DAVID, compõe-se principalmente de duas partes distintas: tubos histeroscópicos e aparelho de iluminação.

Os tubos histeroscópicos são dois: um externo, cilíndrico, aberto nas duas extremidades, medindo 18 centímetros de comprimento, outro interno, com a mesma forma e comprimento, mas de calibre mais reduzido para que se possa introduzir no interior do primeiro. Enquanto que o externo é aberto, o interno é fechado na extremidade terminal por um vidro.

Para poderem ser empregados em todos os casos, conforme as dimensões da cavidade uterina, há tubos de diâmetros vários (10,5; 12 e 18 milímetros).

O aparelho de iluminação consta duma lâmpada eléctrica de 3,5 volts, montada numa haste longa que

permite chegar à extremidade terminal do tubo interno. Esta haste continua-se por um cabo, dobrado em ângulo recto, destinado a articular-se com o tubo externo. Ao nível d'êste ângulo há uma lente cujo foco corresponde ao comprimento do tubo.

Um interruptor de corrente encontra-se no ramo vertical do cabo.

Em 1914, AMADEU ENCARNÇÃO, que estudou a histeroscopia nas suas aplicações clínicas, apresentou a esta Faculdade a sua dissertação inaugural, sob o título: «*Histeroscopia; suas aplicações ao diagnóstico e tratamento das doenças intra-uterinas*».

HAROLD F. SEYMOUR em 1925, para praticar a endoscopia uterina, empregou primitivamente um tubo semelhante a uma sonda uterina, e que era de mais fácil introdução. Êste tubo, depois de introduzido, era endireitado por um dispositivo especial. A luz era projectada para o interior do aparelho por uma lâmpada colocada na extremidade proximal ou ocular.

Desta maneira, só conseguia observações rápidas do endométrio, porque depressa o campo era obscurecido por sangue e muco.

Depois de ter praticado alguns exames, verificou SEYMOUR que não era necessário o emprêgo dum tubo curvo, pois, dilatando-se o colo uns dez a dôze milímetros, era fácil introduzir um tubo recto. Em seguida, para evitar que o campo se turvasse, tentou-se sucessivamente observar sob irrigação continua de água salina esterilizada ou praticar o exame com aspiração permanente.

As irrigações contínuas de água salina esterilizada não resolviam as dificuldades, porque era impossível evitar o aparecimento de bôlhas de ar que muito dificultavam a boa visão.

A aspiração contínua foi experimentada e era semelhante à usada por CHEVALIER JACKSON na broncoscopia.

Para isso, construiu um histeroscópio baseado no princípio do broncoscópio. Era constituído por dois tubos de cobre com vinte e oito centímetros de comprimento, tendo um o diâmetro de seis milímetros e o outro de nove. A fonte luminosa estava colocada na extremidade distal e era alimentada por uma pilha. Esta extremidade, cortada em bico de clarinête com um ângulo de 45°, tinha os bordos arredondados para não ferirem o endométrio. No interior dêste tubo passavam outros três: um para a haste portadora da lâmpada e os restantes quer para a aspiração, quer para a irrigação, conforme se ligavam, pela sua extremidade, a uma máquina pneumática, ou a um reservatório contendo o líquido a irrigar.

O tubo de nove milímetros, empregava-o CHEVALIER JACKSON correntemente, reservando o de seis para úteros pequenos ou para aquêles em que a dilatação do colo não podia ser elevada acima de dez.

Com êste aparelho não só pôde fazer alguns diagnósticos, como ainda em certos casos aplicar o tratamento apropriado.

Para aperfeiçoar êste meio de exame, PECKER, em 1932, mandou modificar por GENTILE o uretroscópio de visão directa de LOUVS.

Presentemente, segundo a opinião de HUARD e PALMER (*Paris Médical*, de 15 de Dezembro de 1934), «a histeroscopia parece ter atingido uma época de realizações práticas, graças aos aperfeiçoamentos ópticos, que dão campo muito mais vasto, e à lavagem constante dêste mesmo campo por uma corrente de água sob fraca pressão».

À *Sociedade de Cirurgia*, LOUYS BAZY apresentou o histeroscópio de SEGOND, que, além de permitir uma visão circular muito correcta, possui uma pinça para biópsia e uma sonda diatérmica, necessitando, contudo, para ser empregado, duma dilatação prévia do colo por meio de laminárias.

Na Alemanha, CARL SCHRIEDER emprega um aparelho de 8 milímetros de diâmetro, não precisando habitualmente nem de dilatação prévia do colo nem de anestesia. Considera a histeroscopia um método ambulatorio. Aconselha-a no caso de tumores intra-uterinos, nas amenorreias, na esterilidade e nas malformações uterinas.

Recentemente, e no curto espaço de vinte anos, apareceram sucessivamente três grandes meios de exploração ginècológica: o *pneumoperitoneu*, a *insuflação tubar* e a *histero-salpingografia*.

Reconhecido que o exame radiográfico da cavidade abdominal, feito sem qualquer preparação, mostra uma sombra uniforme em que todos os órgãos, nomeadamente os pélvicos, se confundem uns com os outros, tornou-se necessário para os distinguir empregar processos artificiais de contraste.

LOREY, em 1912, e depois WEBER, MEYER-BETZ e RAUTENBERG, empregaram pela primeira vez o pneumoperitoneu para a grande cavidade abdominal.

Mais tarde, em 1918, GOETZE aplicou-o à Ginècologia. Baseia-se este método no seguinte: um gás estéril (ar, oxigénio, anidrido carbónico) é introduzido na grande cavidade abdominal por meio duma agulha que perfura a parede na região epigástrica. O gás injectado insinua-se entre os órgãos abdominais, separando-os, e se se observarem em seguida aos raios X, obtem-se uma imagem radiográfica, por vezes bastante nítida, que dá conta da situação exacta, do volume e das relações do útero e anexos.

STEWART e STEIN, na América, melhoraram notavelmente a técnica de GOETZE, substituindo o decúbito lateral, posição aconselhada por este, pelo decúbito ventral com a pelve levantada. Desta maneira obtêm-se imagens simétricas da bacia, condição mais favorável a uma boa interpretação. É desta técnica que se têm servido a maioria dos autores.

DYROFF e WINTZ publicaram em 1924 um trabalho sobre o pneumoperitoneu em Ginècologia.

A técnica de DYROFF é a seguinte: doente em decúbito ventral sobre uma mesa inclinada a 45°; grande distância focal (1 metro); insuflação muito reduzida (500 a 700 centímetros cúbicos); orientação especial do feixe de raios; uso dum punção de ponta romba. Com este método, DYROFF pôde obter boas imagens em mais de duzentos exames, sem que tivesse registado qualquer incidente.

A-pesar-de ser considerada boa a técnica de DYROFF, COLIEZ substituiu o emprêgo do ar pelo anidrido carbónico que se reabsorve muito rapidamente, permitindo assim uma mobilização precoce da doente, ao contrário do que sucede com aquêle que, pela sua reabsorção lenta, obriga a permanecer em decúbito dorsal pelo menos durante os dois dias que se seguem ao exame.

O pneumoperitoneu foi estudado na Alemanha por BENTHIN, DYROFF, GOËTZE, MEYER e POLANO; na America por ORNDORFF, STEIN, STEWART, REUTEN, PETERSON e SANTE; em França por COLIEZ e na Suiça por YUNG e outros.

Cedo, porém, foi este método quasi por completo abandonado. Todavia, a-pesar-dos defeitos apresentados pelos detractores, como sejam: a dôr violenta causada pelo deslocamento do figado, a possibilidade do aparecimento de enfisema sub-cutâneo, de infecção peritoneal, duma embolia gasosa ou até a possibilidade de perfuração no intestino, motivada pela punção, ainda hoje este meio de exame tem alguns adeptos, como STEIN, ARENS e SANTE. Este último autor empregou-o em mais de mil casos, sem qualquer incidente de vulto. Por outro lado, CASE, GÄRTNER e JOSEPH registaram alguns casos de morte após o seu emprêgo.

Ao que parece, são grandes as dificuldades de interpretação. Normalmente, o aparelho genital desenha-se sob a forma duma sombra mediana, da qual parte, para cada um dos lados, uma outra alongada com o aspecto dum cordão e terminada por uma menor de forma ovóide. A sombra mediana corresponde ao útero; as sombras alongadas que se lhe seguem representam as trompas. Infe-

lizmente, a esta imagem do aparelho genital feminino, juntam-se quasi sempre outras, produzidas pelo intestino, bexiga, ligamentos e aderências, que tornam difficil, até mesmo em estereoscopia, attribui-las a um determinado órgão ou formação patológica.

Com o fim de diminuir os riscos do pneumoperitoneu, RUBIN, ginecologo americano, pensou em introduzir o gás na cavidade abdominal através das trompas. Realizou as suas primeiras experiências em 1919 com bom resultado num grande número de casos; noutros, porém, as trompas obliteradas impediram a passagem do gás. RUBIN tinha desta maneira descoberto um meio interessante de verificar a permeabilidade das trompas. Desde logo abandonou o pneumoperitoneu, dedicando-se exclusivamente ao estudo d'este novo método de exploração do aparelho genital da mulher, ou seja, a insuflação tubar, que empregava nos casos de esterilidade.

Para realizar a insuflação tubar, RUBIN inventou um aparelho que comprehendia o seguinte: uma cânula metálica adaptada a uma rôlha cônica de borracha (para poder obter boa obturação do colo uterino), um obús de oxigênio, um frasco lavador contendo água fervida quente e um manómetro de mercúrio adaptado a este frasco. Mais tarde substituiu o manómetro de mercúrio por um metálico. Nas suas primeiras experiências, injectava de dois a dois litros e meio de gás, para desta maneira criar um pneumoperitoneu capaz não só de pôr em evidência o aparelho genital feminino, mas ainda o baço e outros órgãos abdominaes. Porém, depressa abandonou as gran-

des insuflações para se dedicar ao estudo das condições de permeabilidade das trompas. Para êste fim, injectava duzentos a trezentos centímetros cúbicos de gás. Em 1923, GILMAN modificou o aparelho de RUBIN, tornando-o mais portátil; TAUSSIG e outros, injectavam o anidrido carbónico em vez de oxigénio.

Nos Estados Unidos a insuflação tubar foi largamente usada por MORRIS, POLAK, RONGY, e EHRENFEST; em França foi estudada e experimentada por DOUAY e seus discipulos LEHMANN e WIBAUX.

A técnica da insuflação tubar é simples: conseguida uma boa desinfeção do colo uterino, introduz-se nêle a cânula metálica, e depois de verificada uma boa obliteração, faz-se penetrar na cavidade uterina o gás que se deseja injectar, sob uma pressão que não excederá duzentos milímetros de mercúrio. Se a agulha do manómetro baixa rapidamente, é sinal que o gás passou através das trompas. A auscultação do ventre com o estêtoscópio bilateral de SPENGLER permite reconhecer algumas vezes, se uma ou ambas as trompas são ou não permeáveis.

Há ginécologistas que empregam a insuflação tubar exclusivamente como meio terapêutico da esterilidade, quando as franjas tubares, aglutinadas, são a sua causa principal. Desde que o gás atinja sufficiente pressão, elas podem-se separar. DOUAY apresentou à *Sociedade de Obstetrícia e de Ginécologia de Paris*, em Junho de 1927, quatro casos de gravidez depois de usada a insuflação tubar.

Todavia, os resultados do método estão longe de

satisfazerem; de técnica delicada, está sujeito a numerosas causas de erro, em especial a que resulta da fácil fuga de gás ao nível do colo; na opinião de BECLÈRE, a insuflação tubar fornece apenas um ensinamento grosseiro sobre a permeabilidade das trompas, não sendo capaz de determinar a sede do obstáculo, importante deficiência, porquanto é precisamente dêste informe que o cirurgião necessita quando quere praticar cirurgia plástica sobre o sistema tubar.

O desenvolvimento que nos últimos anos experimentou o exame radiológico em clínica, levou certos investigadores a estudar a sua aplicação à Ginécologia, tentando obter a imagem radiográfica das cavidades uterina e tubares, após a injeção de substâncias opacas aos raios X. Como já vimos, o simples exame radiográfico da cavidade abdominal, mostra uma sombra uniforme, em que todos os órgãos, nomeadamente os pélvicos, se confundem uns com os outros, sendo necessário para os distinguir empregar processos acessórios de contraste. Com o auxílio do pneumoperitoneu, que aclara o conjuncto da cavidade pélvica, com dificuldade se pode notar a sombra, pouco carregada, do útero e das trompas que mal se destaca sobre o fundo claro da atmosfera gasosa. Além disso, êste processo mostra somente o contôrno exterior dos órgãos, e por esta razão pensou-se em evidenciar a cavidade uterina, introduzindo-se nela um líquido opaco aos raios X.

Foi em 1914, que os ginécologistas tentaram pela

primeira vez tal exame. R. S. HOFFMANN (do serviço do Prof. NOVAK, de Viena de Austria), atribue a originalidade do método a LE LORIER. Isto parece não ser rigorosamente verdade, visto que o método de LE LORIER visava procurar a permeabilidade tubar sem o auxílio dos raios X. Êste método consistia no seguinte: depois de obliterar o colo uterino com uma sonda olivar, injectava, com o auxílio duma seringa de 20 centímetros cúbicos, um liquido que considerava inofensivo para o peritoneu, e que a principio foi sôro fisiológico e depois prata coloidal isotónica, atendendo ao seu valor antiséptico. Conforme o seu modo de ver, se pelo menos uma das trompas fôsse permeável, os 20 centímetros cúbicos de liquido injectado entrariam sem dificuldade.

Segundo afirma DOUAY, que possui o manuscrito de LE LORIER, êste tencionava apresentar o seu método ao *Congresso de Lille*, em 1913.

As primeiras tentativas de injectão dum liquido opaco aos raios X, foram feitas, de facto, em 1913, no serviço de Pozzi, por DIMIER, que utilizava para isso uma solução de colargol a $\frac{1}{10}$, que injectava lentamente na cavidade uterina, através duma grossa sonda de goma com a qual obturava o colo. Desta maneira, obtinha não só a imagem da cavidade do útero mas também a das cavidades tubares. Porém, como verificasse que o *Colargol* era mal tolerado pelo peritoneu, chegando até a registar um caso de morte por peritonite, resolveu abandonar esta técnica. DARTIGUES escreveu, com DIMIER, um artigo (*Du diagnostic des affections utérines par la radiographie péri-utérine et endo-utérine*), no qual estuda o

valor dêste método como meio de diagnóstico nas várias afecções ginêcológicas. Por motivo da Guerra europeia, segundo BECLÈRE, tal artigo foi retardado, e só veio a sêr publicado em 1916 no «*Paris Chirurgical*», razão por que os seus trabalhos passaram despercebidos.

Na América, H. CARY (1914) publicou uma curta nota, na qual referia uma tentativa de injeccção de *Colargol* para determinar a permeabilidade tubar, não tendo conseguido, porém, obter imagem radiográfica; por êste motivo, pretendeu reivindicar para si a honra de ter sido o primeiro que praticou a exploração radiográfica do aparelho genital feminino, após a injeccção intra-uterina duma substância opaca. Logo em seguida a CARY, DICKINSON experimentou o *Argirol*, mas a fraca opacidade dêste produto, tornou pouco animadôr o seu emprêgo. Tôdas estas substâncias foram ainda abandonadas porque nem sempre eram absolutamente inofensivas, e os contrastes obtidos eram bastante imperfeitos.

Utilizando o *Colargol*, RUBIN, em 1915, apresentou uma série de imagens radiográficas do aparelho genital feminino; mais tarde, abandonou o *Colargol* e experimentou sucessivamente o brometo de sódio e o citrato de tório.

Em 1923, WILLIAM T. KENNEDY, serviu-se dum soluto de brometo de sódio a 20 % para localizar uma obstrucção tubar previamente diagnosticada pela prova de RUBIN. Em Janeiro de 1923, apresentou um trabalho à *Sociedade de Obstetria de Nova-York* («*Radiography of closed fallopian tubes to determine the localisation of obstruction*»), no qual estudava especialmente as obstruções tubares,

não fazendo referência senão secundariamente ao aspecto radiográfico da cavidade uterina.

Os resultados, pouco satisfatórios, obtidos com tôdas estas substâncias, levaram Mocquot e Tussau a experimentar as pastas bismutadas, sem que, todavia, obtivessem melhores imagens.

Durante dez anos experimentaram-se produtos vários que, insuficientemente opacos ao raios X ou mal suportados pelo peritoneu, logo eram postos de parte. Finalmente, a entrada do *Lipiodol* em radiologia e o reconhecimento das suas grandes qualidades por vários autores, entre os quais SICARD e FORESTIER, que demonstraram a sua perfeita tolerância pelo organismo e ainda a sua grande opacidade aos raios X, fizeram com que se estendesse o seu emprêgo à exploração ginecológica.

As primeiras imagens obtidas com a injeccção desta substância, com ou sem pneumoperitoneu associado, devem-se a CARLOS HEUSER e UMBERTO CARELLI (1925). Foi HEUSER o primeiro que empregou a histerò-salpingografia como meio de diagnóstico de gravidez incipiente, considerando-a sem perigos quando praticada correctamente.

A partir de então, os trabalhos sôbre este assunto têm-se multiplicado. Em 20 de Fevereiro de 1925, SICARD apresentou à *Sociedade Médica dos Hospitais de Paris* uma observação de histerò-salpingografia devida a MARIANO CASTEX. Ainda neste mesmo ano, GRÉGOIRE levou ao conhecimento da *Sociedade de Cirurgia* os primeiros casos de lesões intra-uterinas diagnosticadas pelo exame radiográfico feito após a injeccção de *Lipiodol*.

MOCQUOT publicou também uma série de belas imagens uterinas e mais tarde, em 1926, na tese do seu aluno OUMANSKY, completou-a com o estudo das sombras tubares.

FERRE obteve boas radiografias de úteros fibromiomas, de que publicou reproduções no «*Jornal de Radiol. e Electrol.*», em Outubro de 1925. Em peças operatórias e de autópsia, CLAUDE BECLÈRE estudou os resultados e valor d'êste método e pouco tempo depois, com GRÉGOIRE e DARBOIS, em duas comunicações feitas à *Sociedade de Cirurgia* e à *Sociedade de Radiologia*, precisava as indicações que dá o exame radiográfico no diagnóstico dos tumores pélvicos, das metrorragias e no estudo da permeabilidade tubar.

Num artigo publicado no «*Bul. de la Soc. d'Obst. e Gin. de Paris*», em 1927, BECLÈRE evidenciou as principais regras da técnica da injeção intra-uterina, mostrando o perigo das pressões muito elevadas, sublinhando a necessidade de as medir.

Dedicando-se a êste assunto, COTTE estudou a permeabilidade tubar e construiu um aparelho para injeção de *Lipiodol*. Foi ainda COTTE quem primeiro realizou operações plásticas sobre as trompas, indicadas e verificadas pelo exame radiográfico.

Na Alemanha, SCHÖBER utiliza o método de KENNEDY (1925). Em 1926, JOACHIMOVITS emprega com bons resultados a *Iodipina Merck* a 20%. DYROFF estuda especialmente a fisiologia normal e patológica do útero e das trompas e preconiza como substância opaca um azeite

bromado, o *Contrastol*. Como ele, HENKE, KOK, NAHMMACHER e outros.

Na Rússia, ARNSTAM e REINBERG servem-se da histero-salpingografia para estudo da fisiologia útero-anexial e da permeabilidade tubar. SERDUKOFF utiliza a solução de brometo de sódio a 25 %, na quantidade de 25 a 40 c.c., obtendo desta maneira provas duma regular nitidez, mas inferiores, todavia, às que se obtêm com o *Lipiodol*.

Na Inglaterra, FORSDIKE procede ao estudo comparativo da insuflação tubar e da injeção opaca na esterilidade.

YUNG e SHIRMER, na Suíça, publicam um trabalho sobre a associação da histero-salpingografia ao pneumoperitoneu.

Após sete anos de emprego da insuflação tubar, RUBIN, nos Estados Unidos, estuda, com BÉNEDICT, a utilidade do *Lipiodol* na pesquisa das causas de esterilidade. MAC CREADY e RYAN, NEWELL RANDALL, JARCHO, STEIN e ARENS, dedicaram-se a este mesmo assunto. STEIN e ARENS associaram a histerografia ao pneumoperitoneu, não tendo tirado conclusões práticas por ser pequeno o número de experiências que realizaram.

Na Polónia, ZAWODZINSKI e SPIRA, esforçam-se por precisar a técnica da salpingografia.

Na América do Sul, CARLOS HEUSER, que primeiramente aplicou o *Lipiodol* em injeções intra-uterinas, publicou um tratado consagrado à exploração radiográfica em Obstetrícia, em Ginécologia e em Urologia.

CARRERAS, FIQUERAS e FAIXAT, em Espanha, estudam o valor deste método de exploração como meio de diagnóstico.

Na Austria, SCHNEIDER e EISLER publicam um artigo, muito documentado, onde relatam as indicações, a técnica e os resultados do exame radiográfico em Ginécologia.

Na Itália, a histero-salpingografia foi estudada em especial por NUOLI e ALBANO, entre outros.

Em 1927, dentre as principais publicações consagradas a este assunto, citarei as seguintes: em França, as de AMELINE, de M.^{me} FRANCILLON-LOBRE e JEAN DALSACE; na Bélgica, as de BACKER e de VAN DER ELST; na Alemanha, as de JAROSCHKA, NOLKE, ODENTHAL, SCHNEIDER e EISLER, ZIMMERMANN e HELLMUT; nos Estados Unidos as de JARCHO; na Finlândia, as de CHYDENIUS; na Hungria, as de TEMESVARY; na Polónia as de LENATOWSKY e SEIDLER; na Itália, as de LAPENNA e PONZIAN; na Checo-Eslovaquia, as de SAID; na Romenia, as de DANIEL e NICOLESCO.

Em 1928: na Alemanha, os trabalhos de HOFFMANN, LINZENMEIER e SCHULTZE; na Itália, os de SPINELLI, ISTRIA, JESU, GRISOGONO, TIERI, GIAVOTTO, ODESCALCHI e GORTAN; na Espanha, os de HERNANDEZ e ADAME ROMERO; nos Estados Unidos, os de BUCKER e WHITEHEAD.

Em 1929: na Alemanha, os de GUTHMANN, KUSTNER, SELLHEIM e WILL; nos Estados Unidos, os de STEINHARTER e BROWN, STEIN e ARENS; na Bélgica, os de DAUVE; na Itália, os de MARTINOLLI; na Polónia, os de BAJINSKI e ZAWODZINSKI; em França, os de MAGNAN, DEVRAIGNE e SEGUY e os de PAUL PETIT-DUTAILLIS.

Em 1930, encontramos: na Alemanha, os trabalho de HOFHMANN, SCHULTZE, HASELHARST, SCHRÖDER e JACOBI e de NOVAK; nos Estados Unidos, os de WITWER, CUSHMANN e

LUCUTIA; na Itália, os de ARCIERI, DALLERA e ROSSI; na Hungria, os de GAJZAGO; no Chili, os de WOOD e de CRUZ.

São muitos os trabalhos que desde então se têm publicado e vastíssima a bibliografia sôbre este assunto.

II

TÉCNICA

Desnecessário é dizer que a injeção do líquido opaco, na cavidade do útero, deve ser rodeada de todos os cuidados de assêpsia, como qualquer manobra intra-uterina.

a) — CUIDADOS A TER COM A DOENTE

A antissêpsia da cavidade vaginal e do colo uterino, tem merecido, da parte de vários autores, particular atenção; para desinfectar a cavidade vaginal têm sido usadas irrigações com antissépticos banais; para o colo do útero, alguns aplicam o iodo, outros dão preferência ao mercurocromo.

ADAME-ROMERO, com o fim de conseguir melhor imagem radiográfica, aconselha que se ministre à doente

um purgante na véspera e um clister evacuador no próprio dia do exame, algaliando-a momentos antes dele ser praticado.

RUIZ e MATHIEN dispensam o clister, mas aconselham igualmente o uso do purgante na véspera. RONVÉ e GOFF prescrevem o jejum da paciente no dia em que ela é sujeita a este meio de diagnóstico.

DAUWE faz sistematicamente a identificação dos agentes microbianos contidos nas secreções vaginais e cervicais e só procede ao exame depois de verificar que a flora é normal. A despeito de todos estes cuidados, teve, após uma histero-salpingografia, um caso de douglassite, que o levou a praticar a colpotomia para evacuar uma pequena colecção de pus.

Segundo BÉCLÈRE, MOCQUOT, COTTE, ROMERO e outros, as doentes deverão permanecer no leito várias horas após o exame, sob a vigilância médica; para melhor segurança e comodidade, afirmam que tais provas deverão ser praticadas sempre num Hospital ou Casa de Saúde.

COTTE só se desvia desta maneira de proceder quando pelo exame radiográfico verifica a existência de obliteração do útero ao nível de cada *ostium*. Nestas condições, como nada passa para as trompas e muito menos para o peritoneu, não vê necessidade de obrigar a doente a permanecer na cama. Condena também, e de maneira absoluta, a histero-salpingografia praticada no consultório, lembrando que a mais singela manobra, como a instilação endo-uterina de substâncias cáusticas, dilatações do colo com velas de HÉGAR ou

até a simples histerometria, podem ocasionar perturbações graves.

FRANCILION LORRE e JEAN-DALSACE, após o exame das suas doentes, mandam colocar gelo sobre o ventre.

GOFF, considera a injeção intra-uterina de *Lipiodol* operação simples, quasi inofensiva e de técnica fácil, desde que se respeitem os cuidados de assépsia, as indicações e contra-indicações do método. Segundo ele e muitos outros, este meio de exame deve ser sempre praticado com a colaboração íntima do ginecologista e do radiologista.

b) — ANESTESIA

¿Será necessário aplicar um anestésico antes de se proceder a uma histero-salpingografia?

Segundo a opinião de MOCQUOT, TEMESVARY, COTTE e BÉCLÈRE, pode ser dispensado o seu uso, porque a dôr só é despertada por pressões muito elevadas, que nunca devem ser atingidas.

ADAME-ROMERO julga preferível que se injecte à doente, meia hora antes do exame, um centigrama de morfina com o fim de atenuar a sensação desagradável que resulta da colocação da sonda e das pinças que prendem o colo.

GRÉGOIRE utiliza a anestesia epidural para evitar os movimentos bruscos das doentes. PETIT-DUTAILLIS, GRÉGOIRE e outros, aconselham a injeção de escopolamina-morfina uma hora antes.

c) — MEIOS DE CONTRASTE

Até o aparecimento do *Lipiodol*, a histero-salpingografia não tinha entrado no uso corrente. Todas as substâncias empregadas (Colargol a 10 %, Brometo de sódio de 20 a 25 %, etc.), eram irritantes para o peritoneu. BÉCLÈRE, MOCQUOT, COTTE, HEUSER, YUNG, e SHIRMER e muitos outros que empregam o *Lipiodol*, são unânimes em afirmar que ele é bem tolerado pela mucosa uterina e tubar e ainda pelo peritoneu. Grande número de exames histológicos feitos pelo professor HELLY, em Saint-Gall, assim o demonstraram. A pedido de YUNG e SHIRMER, HELLY observou numerosas trompas extraídas cirurgicamente e que antes tinham sido sujeitas ao exame radiográfico, e não encontrou em qualquer delas modificações da mucosa que pudesse atribuir ao *Lipiodol*. Da mesma maneira, BÉCLÈRE solicitou de LEMAIRE o exame histológico de algumas trompas, cuja ablação tinha sido feita no serviço de PROUST, e esse exame não revelou o mais ligeiro sinal de irritação.

O *Lipiodol* é um óleo vegetal iodado, contendo 40% do seu peso de iodo (54 centg. de iodo aproximadamente por c.c. de óleo), de coloração amarelada, ligeiramente aromático e sem sabôr. À temperatura ordinária tem uma consistência viscosa, tornando-se mais fluido a 35° ou a 40°. Tem importância esta particularidade, pois lembra a necessidade de o aquecer para facilitar a injeção. A densidade a 15° é de 1,350 e a sua reacção é neutra. Insolúvel na água e no álcool, dissolve-se fácil-

mente na benzina, éter, clorofórmio e sulfureto de carbono. Sob a acção do ar, da luz, da umidade e das temperaturas elevadas adquire uma côr castanho-escuro, que indica a presença de iodo livre. É uma substância muito opaca aos raios X, difficilmente assimilada e eliminada. Segundo FORSDIKE, o *Lipiodol* é reabsorvido pelo peritoneu em 10 dias. A sua eliminação faz-se por todos os emuntórios, mas em especial pelos rins (mais de 9/10).

O *Lipiodol* é nitidamente antisséptico e incapaz de provocar qualquer reacção febril ou peritoneal. Em 100 exames, BÉCLÈRE não registou nenhum incidente, apesar de mais de 30 doentes sofrerem de salpingites que se encontravam arrefecidas duma maneira duvidosa. RUBIN, em 50 observações, teve um caso de reacção tubar. Tal incidente foi, na opinião de BÉCLÈRE, devido a uma alteração da substância injectada. Segundo crê, o poder antisséptico do *Lipiodol* não só põe a doente ao abrigo de qualquer infecção exógena, como ainda, empregado com certas precauções, pôde ser usado em casos de metrite e salpingite. Sôbre isto afirma: «*On peut donc dire que le Lipiodol semble jusqu'ici être la substance opaque de choix; absolument inoffensive, non toxique, nettement antiseptique et très opaque*».

DYROFF attribue às preparações iodadas a possibilidade de provocarem intoxicações e lesões de irritação ao nível das trompas e peritoneu; por este motivo emprega o *Contrastol*, óleo bromado.

BÉCLÈRE, ao fazer a critica do *Contrastol*, diz que, se ambas as substâncias fôsem equivalentes, nunca DY-

ROFF poria como contra-indicação formal à histero-salpingografia a suspeita duma infecção genital acima do colo uterino.

Sem querer defender o emprêgo de qualquer dêstes produtos, pois nenhum dêles empreguei nas minhas experiências, julgo aceitável a prudente opinião de DYROFF e extremamente ousada a de BÉCIÈRE.

PETIT-DUTAILLIS, que emprega o *Lipiodol* e aconselha o seu uso, lembra a conveniência que há em lavar várias vezes as sondas com éter antes de servirem novamente, visto ser grande o depósito que deixa na superfície interna. COTTE empregou-o em 200 casos sem qualquer incidente. DOUAY afirma que são mais precisas as radiografias obtidas com êle do que aquelas que nos fornecem quaisquer outras substâncias. GRÉGOIRE e DARBOIS, que também o usam, aquecem-no para aumentar o poder de penetrabilidade.

ELDRING chama a atenção para o *Iodenol*, produto mais fluido que o *Lipiodol* e de eliminação mais rápida. MATHIEN experimentou em 50 casos o *Campiodol*, óleo iodado que contém 43 a 45 % de iodo, com um peso específico de 1,289 e uma viscosidade relativamente pequena. NEWELL usa a *Iodipina*, tendo com ela obtido bons resultados em 58 doentes internados no *Barnes Hospital*. Na opinião de ZAWOUZINSKI, que também a tem empregado, é um produto de reabsorção lenta, bem tolerado pelo peritoneu e trompas. SAMUEL MAX, nas suas histerografias, utiliza um éter iodado com 36 % de iodo orgânico combinado. Esta substância, conhecida pelo nome de *Immetal*, é oleosa e insolúvel na água, mais

viscosa do que esta 9 vezes à temperatura do ambiente e 3 vezes à temperatura do corpo.

Para conseguir menor viscosidade do *Lipiodol*, VICENTE RUIZ misturava-lhe azeite.

Mais tarde, em 1931, numa comunicação à «*III Reunión Científica de La Sociedad del Hospital Español*», apresentou os primeiros resultados que obteve com o emprego do *Neolipiodol* como substância opaca. Êste produto, de constituição química muito semelhante à do *Lipiodol*, é um éter do álcool etílico, enquanto que o *Lipiodol* é um éter da glicerina. Esta diferença na sua constituição simplificou-lhe a estrutura moléculas, determinando uma menor viscosidade sem alterar essencialmente as suas propriedades. A injeção de *Neolipiodol* é bem tolerada pela doente, pratica-se facilmente e dá imagens radiográficas nítidas. Juntamente com esta comunicação apresentou três radiografias, das quais duas se encontram reproduzidas no «*El Dia Médico*» de 10 de Setembro de 1934.

d) — QUANTIDADE DE SUBSTÂNCIA OPACA A INJECTAR

Segundo HERNANDEZ, basta injectar 10 c.c. de óleo iodado para se obterem boas imagens radiográficas. RUBIN apenas injecta 5 c.c., preocupando-se sobretudo com a boa obturação do colo. Depois, espera que o útero se contraia e assiste à passagem da substância para as trompas, quando estas são permeáveis. EISEMBERG emprega normalmente 5 a 10 c.c. de *Lipiodol*,

aconselhando que nunca seja ultrapassada a quantidade de 20 c.c.. RONVÉ injecta 5 a 6 c.c. de *Lipiodol*. Quando sente resistência no pistão da seringa, ou logo que a doente se queixa de dores, pára de injectar, para tirar 3 radiografias, com 15 minutos de intervalo entre cada uma. Para RUIZ, a quantidade de produto a empregar varia com a capacidade uterina e vai de 5 a 10 c.c..

e) — OPORTUNIDADE DO EXAME

ALBERTO MADRID e LEONI praticam este exame dez dias após a menstruação; BÉCLÈRE, LECÈNE e TEDESCO, ao fim de oito, enquanto que TEMESVARY, FRANCILLON-LOBRE e JEAN DALSACE, o executam entre o quarto e o décimo dia. Sobre este assunto, COTTE diz-nos: da mesma maneira que para a insuflação tubar, a exploração radiográfica do útero e das trompas não póde ser feita em qualquer ocasião. Deve-se esperar que o período catamenial termine e que a mucosa uterina se tenha regenerado. É na segunda semana do ciclo menstrual que estas condições são mais favoráveis. No período pré-menstrual, a mucosa das vias genitais superiores encontra-se no estado de hiperplasia, o que póde constituir obstáculo à passagem da substância do útero para as trompas. Tal facto levar-nos-ia a pôr o diagnóstico de impermeabilidade tubar definitiva, quando seria muitas vezes apenas transitória. Por outro lado, a mucosa uterina, que se encontra muito mais vascularizada neste momento, apresenta condições mais

favoráveis à produção de pequenas embolias. Ainda por este motivo, não devemos praticar a histerografia durante uma metrorragia. DOUAY procede de igual maneira.

f) — MÉTODOS

As várias técnicas que se têm empregado podem ser classificadas em dois grandes grupos. Alguns autores obliteram completamente o colo e injectam a substância opaca sob pressão, apreciada ou não pelo manómetro, outros preferem instilar gota a gota ou obliterar incompletamente o colo uterino, permitindo o refluxo para a vagina duma parte do liquido injectado, com o fim de respeitar as condições fisiológicas do aparelho genital.

Na opinião de DYROFF, este método permite estudar em melhores condições a contractilidade do útero e a passagem do liquido para as trompas. Segundo JEST, o método em que se oblitera completamente o colo e se injecta a substância opaca sob pressão, não deve ser empregado, não só pelo traumatismo que produz ao nível do colo uterino, quasi nunca íntegro, como ainda por despertar contrações útero-tubares e até em determinados casos, segundo as condições patológicas locais, poder contribuir para uma rotura uterina.

Contudo, a maior parte dos autores, como BÉCIÈRE, COTTE, MOCQUOT, RUBIN, SCHNEIDER e EISLER, CARLOS HEUSER, MAC CREADY, SERDUKOFF, ADAMI-ROMERO, PAUL PETIT-DUTAILLIS, ALBERTO MADRID, etc., injectam a substância opaca

sob pressão. Afirma BÉCLÈRE que só desta maneira é possível ter a certeza de que se enche completamente a cavidade uterina e se faz penetrar nas trompas o líquido injectado. Êste princípio traz, como consequência immediata, a necessidade de se obturar hermêticamente o colo uterino, única maneira de se obterem resultados constantes e comparáveis.

Esta técnica de «*colo fechado*», como lhe chama BÉCLÈRE, tem o inconveniente de acarretar pressões elevadas, pelo que é absolutamente indispensável medi-las rigorosamente, sem o que exporíamos a mulher que examinamos a graves riscos.

Empregando-se a técnica de «*colo aberto*», não há a possibilidade de tais perigos, visto que facilmente reflue para a vagina a substância que injectamos. Mas, por outro lado, fica a dúvida, se a pressão, que dentro da cavidade uterina se exerce, é suficiente para injectar as trompas.

Para BÉCLÈRE, os resultados que se obtêm com esta técnica são muito irregulares. Fazendo a crítica às radiografias apresentadas por YUNG e SHIRMER, diz que elas próprias servem para condenar o método empregado por elles. Dessas radiografias, em número de onze, só cinco lhe parecem completas quer na parte uterina quer na parte tubar. Segundo afirma, estas radiografias corresponderiam a cinco exames em que, por acaso, o calibre da sonda devia ser igual ao diâmetro do canal cervical, fazendo desta maneira a obliteração suficiente do colo. Em quasi todas as outras, a quantidade de líquido introduzido era pequena e a

pressão exercida insuficiente para o fazer passar através das trompas, isto devido ao refluxo da substância injectada. Não se podia, pois, julgar com precisão da permeabilidade tubar.

Em alguns destes casos, as contrações uterinas e o refluxo vaginal tinham sido de tal ordem, que o útero se encontrava parcial ou totalmente vazio. Com o fim de evitar este inconveniente, pratica-se a injeção da substância opaca depois de ter colocado a paciente sobre a chapa radiográfica, dispensando o exame radioscópico. Esta maneira de proceder exige que se introduza na cavidade uterina uma quantidade fixa de líquido opaco, o que é absolutamente ilógico.

A supressão do exame radioscópico, o uso duma quantidade fixa de substância opaca, o refluxo desta substância para a vagina e o enchimento irregular das cavidades uterina e tubares, são factores suficientes para condenar este método de «colo aberto».

Já WILLIAMS e REYNOLDS tinham dito que para injectar as trompas, graças aos seus movimentos antiperistálticos, bastava depositar na cavidade uterina a substância opaca.

DYROFF empregou técnica análoga: sem dilatar o canal cervical nem obturar o orifício do colo, instilava gota a gota o *Contrastol* até aparecerem as primeiras contracções uterinas, o que só se verificava quando o útero estava cheio. Era ainda à custa da actividade muscular do utero que se realizava o enchimento das trompas.

Sem dúvida, este método pode reproduzir com mais

fidelidade a configuração das cavidades uterina e tubares, mas, para ser usado como meio de diagnóstico, é pouco seguro. De facto, nunca poderá ser de confiança o enchimento das trompas unicamente feito à custa de contracções uterinas; basta recordar que, segundo o estado anatómico da parede do útero, são ou doente, assim aquelas são mais ou menos intensas.

BÉCLÈRE acha o método sòmente interessante no ponto de vista fisiológico; mas, no ponto de vista de diagnóstico clínico, julga também esta técnica inferior àquela em que o líquido é injectado sob pressão constante.

Segundo crê, torna-se absolutamente indispensável, para segurança e regularidade dos exames, medir a pressão com que é injectada a substância opaca. Foi um dos primeiros a insistir nesta maneira de proceder e desde 1925 mede a pressão com o auxílio dum pequeno manómetro metálico, graduado em centímetros de mercúrio, e directamente montado sôbre o corpo do aparelho injector. Dois pontos de referência luminosos, a extremidade do ponteiro e a divisão 30, permitem o seu emprêgo na obscuridade durante o exame radioscópico. No trabalho que publicou em 1926, *«De l'importance des mesures de pression au cours des injections intra-utérines de Lipiodol»*, mostra que, com o colo bem obliterado e com uma simples seringa de 20 c.c., se atinge muito facilmente, e com esforço mínimo, a pressão de uma atmosfera. Sem que atingisse tal valor, pôde obter a injectação do sistema vascular uterino, em peças de autópsias e operatórias.

COTTE, RUBIN, SCHNEIDER e EISLER, ROMERO, HERNANDEZ e muitos outros, usam esta técnica.

Actualmente, a maior parte dos aparelhos que se utilizam para praticar a injeção intra-uterina do meio de contraste são munidos dum manómetro com o quadrante fosforescente. Muitos dos construtores não têm conseguido evitar que nêle se misture o ar com o líquido opaco, o que falseia o valor da pressão. Para obviar êste inconveniente, COTTE utiliza um manómetro de ar, montado sob o corpo de bomba da seringa injetora, que é munido dum êmbolo que se desloca sob a tensão da substância opaca. Êste manómetro é facilmente desmontável, o que permite esterilizar a parte que fica em contacto com o líquido a injectar antes de se proceder ao exame. VILLARD adoptou um acessório análogo.

COTTE entende que as trompas podem suportar, sem se romper, uma pressão de trinta a quarenta centímetros de mercúrio. Aconselha, contudo, que se não ultrapasse vinte e cinco e que se pratique a injeção muito lentamente sempre que se atinja vinte.

g) — APARELHAGEM

Para injectar a substância opaca nas cavidades uterina e tubares, têm-se usado vários instrumentos. Os mais simples consistem em sondas gomadas que se introduzem no útero. DIMIER, nas suas primeiras tentativas, empregou-as. Depois, foram utilizadas sondas metálicas

terminadas por uma oliva, destinada a obturar o orifício externo do colo.

Mocquot mandou construir por Guyot algumas destas sondas, de calibres diferentes (n.º 1, n.º 2, n.º 3) e igualmente terminadas por uma oliva; estas, porém, prolongavam-se por uma espécie de funil, com o fim de evitar o refluxo do líquido injectado para a vagina. Antes de a introduzir, prende o focinho de tenca com uma pinça de MUSEUX, o que permite melhor adaptação entre o aparelho injector e o colo.

CARLOS HEUSER e MAC CREADY não pinçam o colo: introduzem simplesmente no canal cervical uma sonda metálica terminada em forma de cone, que na de CREADY é de borracha. Esta maneira de proceder tem o inconveniente de permitir a saída do meio de contraste para a cavidade vaginal.

A seringa de BRAUN foi empregada por LA FUENTE BERTRAND nas suas primeiras experiências.

SERDUKOFF utilizou um simples cateter que introduzia na cavidade uterina e que tinha na parte posterior um obturador cónico de borracha. Para fazer uma oclusão mais completa do colo, empregava duas pinças tirabalas, colocando uma no lábio anterior e outra no posterior, cruzando-as em seguida.

Em 1926, BLOCH-WORMSER, lembrou-se de solidarizar a sonda injectora e a pinça que fixa o colo, de forma a permitir que o operador tivesse livres ambas as mãos. Para realizar este seu intento, ligava os anéis da pinça e a sonda a uma barra transversal, de maneira a fixa-las o melhor possível.

Este aparelho, que foi muito empregado, cedeu o lugar a outros, em que a sonda se desloca facilmente e com ela o cone terminal; desta forma, não só se facilita a sua progressão no canal cervical como ainda se consegue obliterar mais perfeitamente o colo.

PAUL PETIT-DUTAILLIS apresentou um aparelho que remedava uma pinça de MUSEUX, à qual se tivesse substituído um dos ramos por um histerómetro tubular, terminado por um cone de borracha que se pode deslocar por meio duma mola e através do qual era fácil fazer penetrar a substância opaca na cavidade uterina. A fixação do aparelho é feita à custa do outro ramo.

COTTE mandou construir por LÉPINE um aparelho (Fig. 1) que consta essencialmente dum gancho (A)

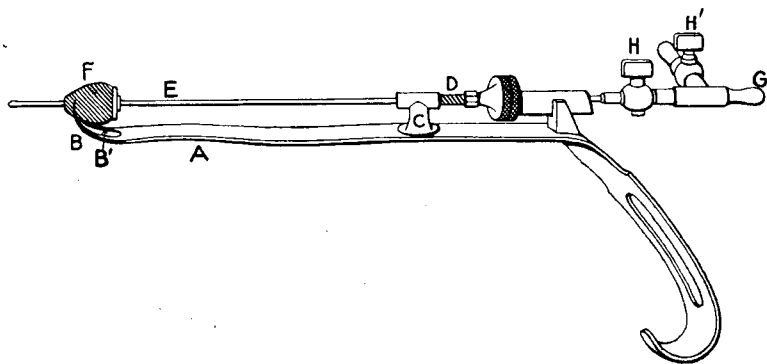


Fig. 1

terminado por dois dentes (B e B') que se cravam fortemente no lábio posterior do colo; desta forma se realiza a sua apreensão e se consegue fixar o aparelho. Na parte média deste gancho existe um pequeno bloco

de metal (C), percorrido por um sulco em forma de hélice que se destina a receber a cremalheira (D) da sonda injectora (E). Esta termina em forma de cone que se reveste com uma oliva de borracha (F).

De vários calibres, tais olivas podem ser facilmente substituíveis, conforme o maior ou menor diâmetro do orifício externo do colo. Para fazer uma boa obturação do canal cervical, basta introduzi-la mais ou menos profundamente, o que se consegue à custa do maior ou menor avanço da cremalheira (D) no bloco (C).

Para injectar a substância opaca, *COTTE* utiliza-se da seringa de *LAFAY*, que se adapta à extremidade (G) da sonda (E), podendo ser estabelecida ou interrompida a comunicação entre elas por meio da torneira (H). Uma outra (H'), colocada nesta mesma extremidade, põe o aparelho em comunicação com um manómetro.

A seringa de *LAFAY*, (Fig. 2), é de metal e tem a

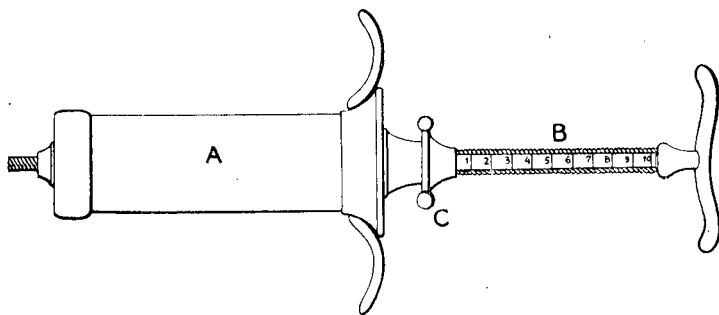


Fig. 2

capacidade de 10 c.c.. É constituída por um corpo (A), e apresenta de particular o êmbolo (B), cuja haste, em

forma de parafuso permite, por movimento rotatório, obter pressões elevadas com esforço mínimo. Se desatarracharmos a anilha (C) que liga esta haste ao corpo da seringa, o êmbolo poderá ser deslocado rapidamente, tal como se fôsse uma seringa vulgar.

FRANCILLON LOBRE utilizou um aparelho muito simples: uma sonda de cobre niquelado em que uma das extremidades, em forma de oliva, tem um orifício terminal e dois laterais.

A quatro centímetros desta oliva, a cânula apresenta uma espera que impede a penetração muito profunda da sonda no útero.

Na outra extremidade tem uma torneira em T, munida de dois ramos, um dos quais se adapta à seringa injectora (seringa de LAFAY), e o outro a um manómetro aneroide com os pontos de referência luminosos e cuja graduação, em centímetros de mercúrio, vai desde — 19 a + 40.

Para evitar a entrada do líquido opaco no manómetro, FRANCILLON LOBRE intercala entre êle e a sonda um corpo de bomba metálico.

BÉCIÈRE empregou, para realizar as suas histerografias, uma série de sondas de gôma terminadas em forma de oliva, cujo calibre ia desde o número oito ao número quarenta da fieira de CHARRIÈRE. Graças à sua flexibilidade, podem ser utilizadas nos casos mais difíceis como naqueles em que há anomalia da posição do colo, etc.. Têm, contudo, o inconveniente de se estragarem depressa e de não ser fácil a sua esterilização. Para obturar o colo, BÉCIÈRE emprega duas pinças de MUSEUX.

Para a prática corrente serve-se duma sonda metálica (Fig. 3, A), terminada por um cone de borracha (B) muito flexível. Na parte média desta sonda há uma cremalheira (C) que permite o seu avanço ou recuo depois de solidarizada com uma pinça tira-balas (D), que ao mesmo tempo prende o colo e fixa o aparelho.

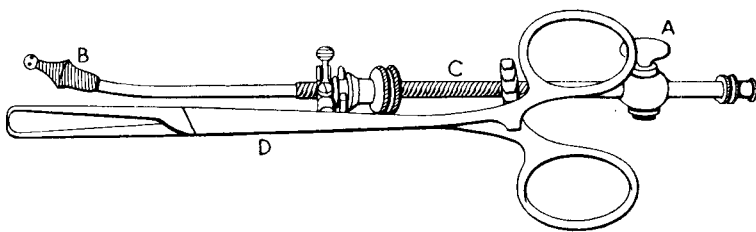


Fig. 3

O «*Histerò-manómetro*» (Fig. 4), que BÉCLÈRE utiliza para injectar a substância opaca, compõe-se essencialmente duma armadura metálica (A), cilíndrica e aberta na extremidade posterior permitindo assim que se introduza dentro dela uma seringa de vidro (B) graduada e com a capacidade de vinte centímetros cúbicos. Ainda nesta extremidade apresenta dois anéis (C e C'), destinados a receber os dedos indicador e médio, de forma a facilitar o deslocamento do êmbolo (D) à custa do polegar. Lateralmente esta armadura é aberta o que permite lêr, sôbre o corpo da seringa, qual o volume de líquido injectado. A extremidade anterior é fechada

e termina por uma ponta ligeiramente cônica (E) perfurada, que se pode encaixar num adaptador (F) também cônico, ou directamente à extremidade posterior da sonda metálica.

O adaptador (F) só é empregado quando se utilizam as sondas gomadas.

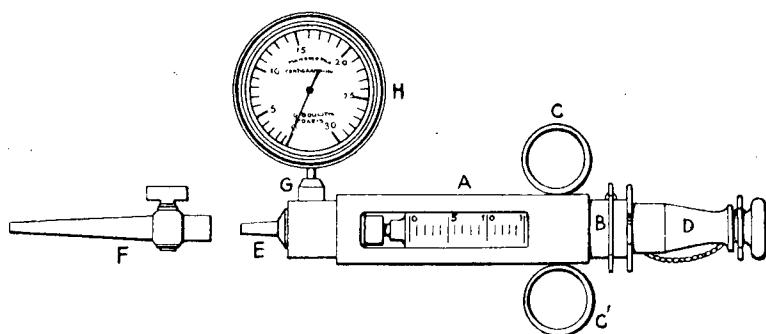


Fig. 4

Um orifício (G) situado na parte superior permite a adaptação do manómetro metálico (H). Para facilitar o exame na obscuridade, este manómetro, que se encontra graduado de zero a trinta centímetros de mercúrio, apresenta fosforescentes a extremidade da agulha e esta divisão.

Recentemente, VILLARD mandou construir por LÉPINE um aparelho muito simplificado, que apresenta a originalidade de se adaptar ao colo uterino sem o emprêgo de pinças de MUSEUX ou tira-balas. Compõe-se, essencialmente, duma haste tubular com 27 centímetros de comprimento, que termina na sua extremidade uterina

por um cone sulcado em espiral que mede 25 milímetros de comprimento. É este dispositivo que permite não só fixar o aparelho ao colo uterino como ainda obliterá-lo. À outra extremidade da haste adapta-se uma seringa vulgar para a injeção da substância opaca. Tem anexo um manómetro horizontal de quadrante luminoso, que apresenta a particularidade de permitir a esterilização da parte do êmbolo que se encontra em contacto com a substância opaca.

A pressão que esta exerce sobre ele, transmite-se por seu intermédio a uma camada de ar que se encontra acima e que comunica com o sistema aneroide do manómetro.

Uma torneira de três ramos permite pôr em comunicação simultânea a seringa, o manómetro e a haste cavada; só a seringa com a haste cavada, ou esta com o manómetro.

O aparelho, depois de aplicado, pousa sobre um suporte que o imobiliza durante todo o exame.

Além destes aparelhos, muitos outros têm sido empregados, que, com ligeiras modificações, muito se assemelham aos descritos.

Deve-se dispôr de uma instalação de raios X que permita obter boas imagens radiográficas da bacia (frente e perfil). O aparelho deve ter um débito de 40 a 60 mili-amperes durante 2 a 10 segundos. Com o emprêgo do POTTER-BUCKY, obtêm-se radiografias em que o contraste é mais vincado.

Sempre que seja possível, dever-se-á, para evitar erros, passar instantaneamente do exame radioscópico ao exame radiográfico.

h) — TÉCNICA SEGUIDA

Antes de proceder a uma histero-salpingografia, procuro sempre estudar cuidadosamente a doente, fazendo-lhe um exame minucioso do seu aparelho genital e a história completa do passado ginêcológico. Só depois de ter verificado a ausência de qualquer contra-indicação para o emprego dêste método, é que a êle a submeto.

As minhas observações, com excepção da terceira, fôram sempre executadas em mulheres hospitalizadas, precaução que julgo absolutamente indispensável, visto ser do conhecimento de todos os ginêcologistas que a mais singela manobra intra-uterina é capaz, por vezes, de despertar uma infecção que se encontra latente no aparelho genital feminino.

Como preparação local, mando aplicar no dia do exame, e nos três ou quatro que o precedem, duas irrigações vaginais, uma de manhã, outra à tarde, com sulto de permanganato de potássio a 1/4000.

Ao contrário da opinião de ADAME ROMERO, RUIZ e MATHIEN, que aconselham algaliar a doente momentos antes do exame e ministrar-lhe um purgante na véspera, creio que, para se obter uma vacuïdade do recto e bexiga de maneira a permitir a aquisição duma boa imagem radiográfica, basta aplicar-lhe no próprio dia do exame um clister de limpeza e mandá-la urinar momentos antes de se iniciar a prova. A desinfecção do colo uterino, faço-a nessa ocasião com tintura de iodo.

Como BÉCLÈRE, MOCQUOT, COTTE e ROMERO, submeto as

mulheres ao descanso no leito pelo menos durante 12 horas, não lhes autorizando o levante sem que novamente as observe. Parece-me desnecessário o emprêgo sistemático do gêlo sôbre o ventre, como fazem FRANCHILON LOBRE e JEAN DALSACE, uma vez que fiquem sob vigilância médica. Nenhum dos meus casos se ressentiu com esta maneira de proceder.

Sempre que seja possível, os exames deverão ser praticados de manhã com as doentes em jejum. Todavia, em qualquer altura se pode proceder à observação, desde que tenha decorrido algum tempo após uma refeição leve. Em quâsi todos os meus casos, o exame foi praticado à noite, seis a oito horas depois da refeição do meio dia, sem que disso tivesse resultado qualquer inconveniente.

Se bem que a sensibilidade do colo uterino seja pequena, razão por que muitos autores dispensam o emprêgo de qualquer substância anestésica, tenho seguido o conselho de ROMERO, injectando por via sub-cutânea um centigrama de morfina meia hora antes do exame; tive ocasião de verificar que, desta maneira, o cateterismo cervical é mais bem tolerado.

Como já referi, os produtos empregados como substância opaca eram tantos que, quando em 1930 comecei a estudar este meio de diagnóstico, vi-me embaraçado para proceder à sua escolha. Sem dúvida que o *Lipiodol* «Lafay» retinha melhor número de adeptos, mas o seu elevado preço tornava difficil a sua aquisição. Por esta razão, e aconselhado pelo senhor Dr. ROBERTO DE CARVALHO, resolvi experimentar o *Tordiol*.

O *Tordiol* é uma solução coloidal a 20 % de di-óxido de tório. Sem inconveniente, pode ser diluído com água destilada na quantidade que se desejar, assim como pode ser aquecido até à fervura; desta forma se pode diminuir ou aumentar a sua concentração. O seu grau de dispersão não se altera de maneira sensível com o tempo. Um pequeno depósito, que às vezes se forma, dissolve-se facilmente agitando-o. É um líquido turvo que à luz refractada adquire coloração vermelha, enquanto que à luz reflectida toma côr azulada.

Ótimo meio de contraste radiológico, nada tóxico nem irritante para o peritoneu pélvico, muito miscível com o muco, penetra sem dificuldade nos mais finos sulcos das mucosas, tornando possível a obtenção de imagens radiográficas de delicadeza inexcedível e de grande valor diagnóstico.

Em nenhum dos trabalhos que pude consultar dos muitos investigadores que a este assunto se têm dedicado, encontrei a mais leve alusão a esta substância. Só mais tarde, em julho de 1933, tive conhecimento (n.º 53 do «*El dia Médico*») de observações feitas com o *Tordiol* num trabalho de JOSÉ GUARDADO e ENRIQUE BAZTERRICA, intitulado «*Estudio radiográfico de la mucosa uterina*». Uma vez ou outra, dizem os autores, as doentes queixavam-se de ligeiras dôres pélvicas que calmavam espontaneamente ao fim de duas horas.

Nas minhas experiências usei sempre *Tordiol*, que, além do seu fácil manejo, tem a vantagem de ser muitíssimo bem tolerado e de dar uma boa imagem radiográfica.

Nunca me preocupei com a determinação prévia da

quantidade de substância a injectar, uma vez que isso depende da maior ou menor capacidade do útero e, ainda, da maior ou menor permeabilidade das trompas. Por esta razão, e para se não obter uma imagem deficiente, quer por excesso, quer por falta de líquido opaco, julgo indispensável que a injeccção seja praticada muito lentamente e sob verificação radioscóica. Desta maneira, não só se pode assistir ao enchimento das cavidades uterina e tubares, pormenor que tem já grande valôr para o diagnóstico, como ainda se pode escolher o momento em que se deve terminar a injeccção, de forma a obter-se uma boa radiografia.

Fácilmente se comprehende quantos êrros de interpretação cometeríamos se nos limitássemos a injectar a uma doente 5 a 10 centímetros cúbicos do meio de contraste e a seguir lhe tirássemos uma radiografia. Quási sempre a imagem obtida em nada corresponderia à verdade: umas vezes a quantidade injectada seria insuficiente, outras vezes excessiva; nêste último caso não só pode provocar contracções uterinas dolorosas como até accidentes de certa gravidade.

Seguindo a opinião da maior parte dos autores, as minhas observações fôram feitas em mulheres cujo periodo menstrual tinha terminado há oito ou dez dias.

O método que emprego é o de «*colo fechado*», injectando a substância opaca sob a verificação radioscóica e medindo cuidadosamente a pressão. Terminados os exames radioscóicos, procedo com a máxima brevidade às radiografias que na maior parte das minhas observações são estereoscóicas.

A técnica que tenho seguido para injectar o *Tordiol* e obter as respectivas imagens radiográficas é a seguinte: uma vez preparada a doente da maneira já descrita, coloco-a em posição ginècológica sôbre uma mesa destinada a exames radioscópicos; expôsto o colo por meio dum espéculo de Collin, desinfecto-o com tintura de iodo e aprecio a direcção do canal cervical, e o seu provável calibre, com o auxílio dum histerómetro.

Se o colo tem a configuração e situação normais, isto é, se faz saliência na cavidade vaginal e ocupa a sua parte média, emprego uma sonda metálica, fixando-o antes com o gancho de garras ou com a pinça tira balas, conforme emprego a de COTTE ou a de BÉCLÈRE. Introduzida a sonda no canal cervical, procuro, à custa da sua parte cônica, fazer uma obliteração perfeita para evitar o refluxo do liquido injectado.

Pelo contrário, se o colo se encontra em situação anormal ou se, pelo seu pouco desenvolvimento, deixa de fazer saliência na cavidade vaginal, em vez das sondas metálicas emprego as de gôma (Obs. XIX).

Assegurada a boa obliteração do canal cervical, procedo à injectão da substância opaca, que, como já disse, deve ser feita sob a verificação radioscópica, a uma pressão constante e muito lentamente, para impedir o aparecimento de contracções uterinas e tubares exageradas.

Empreguei a sonda metálica de COTTE em tôdas as minhas experiências, com excepção das Obs. XIX e XXIII, em que utilizei, respectivamente, sondas gomadas e a de BÉCLÈRE.

Para injectar o *Tordiol*, usei a princípio a seringa de LAFAY (Obs. I, II, III e IV), mas depressa a puz de parte para a substituir por um aparelho da autoria do Prof. ROBERTO DE CARVALHO (Fig. 5), que permite injectar

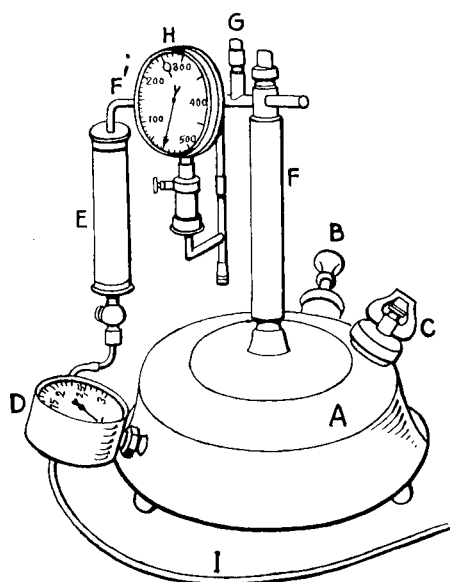


Fig. 5

a substância opaca a uma pressão quasi constante, sem que haja contacto entre aquella substância e o manómetro. Êste aparelho consta essencialmente dum reservatório (A) cheio de ar, cuja pressão pode ser elevada à custa da bomba (B) ou diminuída à custa do escape (C) e que se aprecia com o manómetro (D) cuja graduação em Kg/cm² vai desde 0 a 3. Comunica êste reservatório com outro mais pequeno (E), cuja

capacidade é de 40 c.c. e no qual, depois de bem esterilizado, se deita o *Tordiol*. A comunicação entre estes dois reservatórios faz-se por meio do sistema de tubos (F e F'), podendo ser regulada ou interrompida a passagem do ar por meio da torneira (G) terminada em ponta. Em comunicação com o tubo (F'), e colocado entre o reservatório (E) e a torneira (G), há um outro manómetro (H) graduado em milímetros de mercúrio desde 5 a 500, que se destina a medir a pressão que se exerce sobre o líquido a injectar.

Nêste manómetro, é fosforescente a extremidade da agulha, assim como tôdas as divisões entre 5 e 500 inclusive, o que permite a sua fácil leitura na obscuridade. Uma referência especial marca a divisão 250.

Por meio do tubo de borracha (I) de paredes resistentes, põe-se em comunicação o reservatório (E) com a sonda injectora.

O funcionamento dêste aparelho é simples: depois de encher o reservatório (E) com *Tordiol*, e de o ter ligado por intermédio dum tubo de borracha (I) à sonda injectora, fecho completamente a torneira (G) e elevo a pressão do reservatório (A) até atingir 1 kg./cm². Em seguida, a pouco e pouco, vou abrindo a torneira (G) e lendo no manómetro (H) a pressão que se exerce sobre a superfície do líquido a injectar, procurando conservá-la constante durante a injeccção e não ultrapassar 250 mm. de Hg.

Sempre que haja fuga ao nível do colo, ou franca permeabilidade tubar, nota-se uma queda brusca da pressão.

Além deste aparelho e da seringa de LAFAY, empreguei, ainda, na Obs. XXIII o histero-manómetro de BÉCLÈRE.

A radioscopia, — elemento de valôr para o exame radiológico de qualquer víscera, — torna-se útil e em certos casos indispensável em Ginécologia. Para aqueles que, como eu, se não preocupam com a quantidade de substância opaca a injectar, mas pretendem apenas que se introduza justamente o suficiente para permitir boa imagem radiográfica, é necessário que se assista desde o início ao enchimento das cavidades uterina e tubares e à progressão do meio de contraste. Quando as trompas são permeáveis, devemos procurar ver passar através do pavilhão e cair em plena cavidade peritoneal o líquido opaco. Permite, ainda, a radioscopia que se escolha o momento que nos pareça mais oportuno para a obtenção da imagem.

Seria de todo o interêsse colher uma série de radiografias durante o enchimento das cavidades uterina e tubares; todavia, as instalações de que disponho não são de molde a permitir tal processo, visto não ser possível na mesma mesa em que se procede à radioscopia, obter uma imagem radiográfica, tornando-se para isso necessário transportar a doente duma mesa para a outra.

A princípio, colhi radiografias de frente, servindo-me dum diafragma de POTTER-BUCKY para a eliminação dos raios secundários, o que, como se sabe, permite melhor nitidez.

Por falta de instalações apropriadas, também não foi possível obter radiografias de perfil.

Evidentemente, que sem este último exame, que completa bastante o primeiro, não poderia dizer, por exemplo, se o útero se encontrava em retro ou em anteflexão, visto as imagens radiográficas dum e doutro serem absolutamente idênticas quando obtidas de frente.

Para fugir à sombra da articulação coxo-femural que se sobrepõe à do útero, HENRI BÉCLÈRE, que emprega este método, prefere obtê-las a $\frac{3}{4}$.

Mas depressa as dificuldades foram resolvidas com vantagem, desde que começamos a obter imagens estereoscópicas (Obs. VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XX, XXI, XXII, XXIII).

MAC CREADY e RYAN insistem na sua importância. Sem dúvida que a imagem estereoscópica, que nos dá a sensação de relevo, tornando portanto bem distintos os vários planos duma chapa radiográfica, tem inúmeras vantagens sobre a radiografia de perfil. Com o seu auxilio nós podemos vêr se o útero se encontra retro ou anteflectido, se a sua cavidade se encontra aumentada no sentido ânterò-posterior, qual a situação das trompas relativamente ao corpo uterino, quais as relações destes órgãos com a bacia, etc..

Em determinadas tumefacções pélvicas, torna-se muitas vezes necessário, para completarmos o diagnóstico, relacionar o seu contôrno exterior com a imagem da cavidade uterina. Para isso, alguns autores, como HEUSER, YUNG e SHIRMER, associam à histerò-salpingografia o pneumoperitoneu, enquanto outros, como BÉCLÈRE, GREGOIRE e DARBOIS, seguem o processo do fio de chumbo.

Este processo, que eu também empreguei (Obs. V), é inofensivo e fornece indicações que as mais das vezes são suficientes para fazer o diagnóstico diferencial entre fibroma uterino e quisto do ovário. Consiste em colocar sobre a pele do abdómen da doente um fio delgado de chumbo que se molda ao contorno da tumefacção e se fixa com tiras de adesivo. A seguir, injecta-se a substância opaca na cavidade uterina e radiografa-se logo que ela esteja cheia. Obtêm-se, desta maneira, duas sombras: uma liníar, que é a imagem do fio de chumbo que circunda a tumefacção, e outra, sob a forma de mancha, representa a cavidade uterina. Mostra-nos este método se a imagem uterina se encontra bem centrada na tumefacção ou se, pelo contrário, é deslocada para a periferia.

III

INDICAÇÕES, CONTRA-INDICAÇÕES E PERIGOS

As indicações do exame radiológico em Ginècologia não são as mesmas para todos os autores. Alguns, como Mocquot, Dyrof e Yung, entendem que todo o exame ginècológico deve terminar por uma histerò-salpingografia; outros, como Cotte, Rubin, Mac Cready, Ryan, Arnstan e Reineberg, julgam que o método apenas oferece nítidas vantagens para o diagnóstico da permeabilidade tubar; para terceiros, entre os quais Béclère, Gregoire, Darbois, Grigorieva, Marosoff, Serdukoff e muitos outros, tal exame só deverá ser praticado quando o diagnóstico clínico se apresente difícil.

A-pesar-destas tão contraditórias opiniões, não restam actualmente dúvidas de que a histerò-salpingografia não tem como indicação apenas o diagnóstico das obliterações tubares. O seu auxílio é, de facto, precioso no estudo da topografia do útero e trompas, na aprecia-

ção da forma das cavidades genitais e no diagnóstico do estado das mucosas; acusa ainda, com notável fidelidade, a presença e até a forma de qualquer tumefacção endocavitária, como pólipos, fibromiona, restos ovulares, etc..

Tudo indica, pois, que este meio de exame, tem, de facto, larga aplicação em Ginècologia. Além disso, a simplicidade de técnica e os resultados obtidos contribuíram muitíssimo para que tal método fôsse rapidamente adoptado por quasi todos os ginécólogos.

Até agora, os meios de que dispúnhamos para o exame ginècológico directo, como raspagem exploradora, histerometria e endoscopia, só forneciam limitados ensinamentos sobre o interior da cavidade uterina; hoje, a, histerò-salpingografia fornece-nos, indubitavelmente, indicações muito mais completas e elucidativas.

Assim, em certas tumefacções pélvicas cuja natureza o exame clínico não pode determinar, a histerò-salpingografia resolve, na maior parte das vezes, o problema e decide a indicação terapeutica a seguir.

Tal succede para o diagnóstico diferencial entre fibromiona uterino e quisto do ovário.

No fibromiona uterino encontra-se habitualmente a cavidade uterina aumentada, alongada e sobretudo disforme (Obs. II, IV, V, XIII e XIV), enquanto que no quisto do ovário o útero se encontra, a maior parte das vezes, desviado; a sua cavidade é normal e a trompa, quando visível, muito alongada (Obs. XI e XII). Quando se hesita entre o diagnóstico de quisto do ovário e ascite, ainda a histerò-salpingografia pode prestar auxílio; ao

contrário do que se observa no quisto do ovário, os casos de ascite dão imagem normal na sua situação e dimensões e a substância opaca, passando através das trompas, cai livremente na cavidade peritoneal.

No caso de metrorragias, o método pode servir não só para diagnosticar a lesão como ainda para orientar a colheita dum pequeno fragmento susceptível de ser submetido ao exame histopatológico. Assim, as observações XIII e XIV dão-nos a imagem de miomas submucosos; quanto à observação XXI, mostra-nos a imagem dum cancro do corpo.

Ainda, servindo-nos dêste meio de exame, podemos descobrir deformidades congénitas que seriam difíceis de observar sem a sua ajuda (Obs. III, XIX e XXII).

Finalmente, todos os problemas clínicos que resultam do diagnóstico de permeabilidade tubar, encontram neste método a solução ideal.

No diagnóstico de esterilidade de origem tubar, empregando-o, podemos saber se ambas ou uma só das trompas são permeáveis e no caso de impermeabilidade, ainda podemos determinar a sede exacta da obliteração, o que permite com maior segurança aplicar o tratamento apropriado.

Em resumo, o exame radiológico do aparelho genital feminino tem as suas principais indicações:

Primeiro: no diagnóstico diferencial das tumefacções pélvicas.

Segundo: no diagnóstico das afecções de localização endo-uterina.

Terceiro : nos estudos das deformações congénitas.

Quarto : no diagnóstico da permeabilidade tubar.

A histero-salpingografia é acusada por VILLARD, CUSCHMANN, BRULL, H. GRAY-CAJZAIO, de ser um método capaz de abrir portas de entrada à infecção, razão por que a consideram um meio de diagnóstico não destituído de inconvenientes.

Em campo diametralmente oposto se encontra ALBERTO MADRID, que, à parte os processos genitais agudos e sub-agudos, não reconhece outras contra-indicações.

De facto, tais contra-indicações são rigorosamente respeitadas por todos os autores, sem excepção. Contudo, ainda nos casos de salpingite ou metrite crónica, com persistência de leucorreia rica em germens virulentos, ou quando haja pequenas e intermitentes elevações térmicas (muitas vezes aparecendo só durante o período menstrual), sintoma que revela quasi sempre a existência de ligeira infecção local, este meio de exame não deve ser empregado.

Durante uma metrorragia, como durante um período menstrual, o método não deve ser empregado no entender de vários autores, razão por que quasi todos aconselham praticá-lo só seis ou mais dias depois da última perda sanguínea. Julgam assim que, com este procedimento, evitarão ao máximo os acidentes de origem embólica, visto haver tempo para que a mucosa se regenere e se faça a obliteração dos vasos sanguíneos.

A meu ver, e na opinião de NICOLA GIACCHÉ, há ainda uma razão muito mais importante que contra-indica a prática da histero-salpingografia durante um período hemorrágico, que vem a ser a presença de sangue e coágulos na cavidade uterina. Na verdade, a persistência destes coágulos, como muito bem se compreende, pode dar lugar a imagens lacunares que conduzem freqüentes vezes a êrros de interpretação.

Para o diagnóstico precoce da gravidez, foi este método algumas vezes utilizado. Foi CARLOS HEUZER quem primeiramente o empregou para este fim, sem nunca ter registado nenhum caso de aborto. Julgou por isso tratar-se dum método que poderia, sem risco, entrar no uso corrente.

A título de experiência, DYROFF empregou-o em três mulheres grávidas com indicação de aborto terapêutico, sem que qualquer das gestações se tivesse interrompido. COTTE, a uma mulher de quarenta anos, portadora de um pólipio fibroso que dava abundantes hemorragias, fez, sem suspeitar que ela estaria grávida, uma histerografia; alguns dias depois do exame, esta mulher morreu com uma encefalite gripal. COTTE verificou à autópsia que ela se encontrava grávida de três meses, apresentando o ovo intacto, a despeito da prova a que tinha sido submetida. Outros autores ainda, como JARCHO, JAROSCHKA, RUCKER e WHITEHEAD, STEINHARTER e BROWN, WITWER, CUSHMAN e LEUCUTIA afirmam que os riscos de interrupção de gestação são mínimos.

Daqui se poderia concluir, como conclue COTTE, que sendo feita a introdução da sonda com prudência para

evitar lacerar o ôvo, a injeção da substância opaca é bem tolerada pelo útero grávido.

Parece-me que com os recursos de que hoje dispomos, ou seja, o de podermos fazer o diagnóstico precoce da gravidez por meio da reacção de ASCHHEIM-ZONDEK, nunca haverá indicação para praticar uma histerografia com este fim; julgo até prudente que esta reacção seja feita em todos os casos em que, havendo necessidade de utilizar aquêle meio de exame, haja concomitantemente suspeitas de gestação; só depois duma reacção de ASCHHEIM-ZONDEK negativa eu me julgo autorizado a proceder livremente à prova histero-salpingográfica.

Além desta razão, que me parece suficiente, há ainda a acrescentar o facto das imagens dum útero grávido, depois da injeção da substância opaca, se poderem confundir com a dum pólipio de pedículo curto ou dum pequeno mioma sub-mucoso.

A histero-salpingografia estará, pois, contra-indicada:

Primeiro: sempre que se suspeite de gestação.

Segundo: nas doentes febris que apresentem uma exacerbação dos seus padecimentos genitais, quer êles sejam agudos, sub-agudos ou crónicos.

Terceiro: quando haja uma leucorreia abundante com flora virulenta.

Quarto: durante o período menstrual.

Quinto: nas metrorragias intensas.

A prática dêste meio de exame, ainda que se respeitem as contra-indicações, não é destituída de perigos. Na literatura médica encontram-se registados accidentes de certa gravidade e até alguns casos de morte depois do seu emprêgo.

MORHARDT, num artigo publicado na «*Gynécologie et Obstétrique*» de janeiro de 1933, estuda os perigos da histero-salpingografia, agrupando-os da maneira seguinte: *accidentes químio-tóxicos, mecânicos e infecciosos*.

No primeiro grupo, *accidentes químio-tóxicos*, encontram-se reunidos aquêles que resultam da toxicidade da substância empregada. São alguns os casos de morte que se encontram registados por êste motivo; DARTIGUES e DIMIER, depois de injectarem 8 c.c. de *Colargol* a 10%, perderam uma doente; RIESS, REVERDY e PROUST observaram accidentes não só com o *Colargol* como com o *Brometo de sódio*.

GRIGORIEVA, MAROSOFF e SERDUKOFF, HUNTER e SCHULTZE, que estudaram em especial o poder tóxico do *Lipiodol*, afirmam que depois do emprêgo desta substância não mais se registaram casos de morte. Êstes autores, em 8.300 salpingografias que reuniram, só observaram 0,36% de complicações, as quais consistiam fundamentalmente na exacerbação de antigos processos infecciosos.

Referem-se ainda aos trabalhos de GUNTER, SCHULTZE e COTIE, que mostram qual o estado do peritoneu depois duma histero-salpingografia. GUNTER e SCHULTZE, em 200 laparotomias executadas entre 1 a 60 dias depois da doente ter sido submetida a êste exame, só encontraram

vestígios de irritação peritoneal em 3,25 dos casos. COTTE, nas laparotomias a que teve ocasião de proceder dentro das primeiras 24 a 48 horas, nunca notou qualquer sinal de reacção do peritoneu.

Com as substâncias que hoje se empregam como meio de contraste, já se não verificam accidentes desta ordem. Apenas uma vez ou outra, na opinião de MORHARDT, se observam ligeiras crises de iodismo.

No segundo grupo, *accidentes mecânicos*, reúne MORHARDT aquêles que resultam, quer duma rotura do tracto genital, quer duma embolia oleosa.

Na opinião de BÉCLÈRE, COTTE e outros, êstes accidentes poder-se-ão em parte evitar, desde que se injecte a substância opaca sob a verificação manométrica e se não ultrapasse 25 a 30 centímetros de mercúrio. Isto não quer dizer, todavia, que pressões inferiores a estas ponham a doente totalmente ao seu abrigo. Compreende-se facilmente que, se as trompas forem sede de lesões que tenham determinado a friabilidade das suas túnicas, tais accidentes poderão ocorrer com pressões mínimas. Sem ultrapassar 25 centímetros de mercúrio, COTTE verificou algumas vezes oliomas intersticiais das trompas, resultantes de pequenas lacerações das suas paredes. Curioso caso é ainda o relatado por VILLARD: certa doente portadora duma salpingite crónica, apresentou após a injectão de *Lipiodol* uma sombra irregular localizada ao corpo uterino direito, de difficil interpretação; como a doente tivesse sido em seguida hysterectomizada, injectou de novo a peça cirúrgica extraída, que mostrou a existência duma perfuração tubar à direita;

tal perfuração tinha sido bem suportada pelo organismo.

Na opinião de VILLARD, estas perfurações são frequentes e dependem mais de alterações patológicas locais, do que propriamente por se ultrapassar a pressão considerada limite. Para ele, os fenómenos peritoniais, que muitas vezes se observam após uma histero-salpingografia, traduzem, na maior parte das vezes, roturas mais ou menos extensas da trompa.

WITWER, CUSHMAN e LEUCUTH, em 512 exames que praticaram, registaram um caso de rotura tubar sem consequências graves.

Posto que BÉCLÈRE e GREGOIRE tenham demonstrado que para se obter a injeção do sistema vascular uterino é necessário atingir-se a pressão de 40 a 50 centímetros de mercúrio, a verdade é que, com pressões muito menores, isto se tem verificado. Uma efracção da mucosa produzida pela cânula injectora, a sua menor resistência motivada por qualquer estado patológico (cancro do corpo uterino, etc.) ou ainda a sua maior vascularização (período menstrual, fibromioma sub-mucoso, etc.) são razões que podem contribuir para o aparecimento de tal acidente.

A embolia oleosa que resulta da injeção do sistema vascular uterino, é na opinião de MACIAS DE TORRES o precalço mais frequente da histero-salpingografia. Na sua opinião raramente estas embolias se assinalam clinicamente, o que as tornam a maior parte das vezes desconhecidas. Concordando com a opinião de CORTE, crê que uma hemorragia uterina recente seria a condi-

ção mais favorável para as produzir. Embora julgue tais acidentes benignos, aconselha a que se não pratiquem histerografias em úteros sangrentos.

CARAVEN, ao examinar com *Lipiodol* uma mulher de 59 anos portadora dum cancro do corpo do útero, obteve a injeccção em massa da rede vascular útero-ovárica sem que nada lhe tivesse revelado clinicamente este acidente.

A doente foi operada e as seqüelas operatórias decorreram sem a mínima complicação. Segundo pensa, a passagem da substância opaca para o sistema circulatório não depende da pressão exercida. Julga este acidente quasi sempre benigno e inevitável, a despeito de tôdas as precauções tomadas.

Debaixo dêste ponto de vista, é bastante elucidativa a observação de RENE SOLAL.

A uma mulher que se queixava de menstruações irregulares e parecia portadora dum útero infantil, praticou SOLAL a histero-salpingografia com *Lipiodol* que injectou muito lentamente, sob a verificação radioscópica e manométrica. Viu desenhar-se o contôrno uterino, que mostrava, de facto, um útero infantil e bicornio. Com o fim de investigar a permeabilidade das trompas, resolveu aumentar a pressão para 25 cm. de Hg; a doente queixou-se de dores violentas que calmavam baixando a pressão. Ao mesmo tempo que aparecia a dor, aparecia do lado direito uma sombra alongada que lhe fez lembrar a trompa dilatada. Esta sombra seguia o tracto do psoas ilíaco, sem que se pudesse determinar qual o limite superior. Obteve neste momento uma radiografia, cuja imagem parecia incompleta, razão por

que, passados 10 minutos, procurou obter outra. Esta segunda mostrou um aspecto totalmente diferente. A contra-prova feita no dia seguinte revelou impermeabilidade tubar.

Julgando tratar-se duma falta de técnica, resolveu submeter a doente a novo exame, para o que injectou 8 c.c. de *Lipiodol* à pressão de 15 centímetros de mercúrio, quantidade relativamente grande para o útero infantil. Apesar-das trompas serem impermeáveis, a pressão manométrica baixou regularmente como se houvesse uma fuga. Aumentada a pressão para 20 cm., de novo viu aparecer uma imagem idêntica às obtidas no primeiro exame. Coleccionadas seis provas radiográficas, chegou à conclusão de que praticou uma injeção accidental na veia hipogástrica.

Como estes, muitos outros casos se encontram registados na literatura médica.

Todavia, nem sempre, como diz MACIAS DE TORRES, a embolia oleosa é acidente benigno; EUGEN CAJZAGO a uma mulher de 60 anos portadora de metrorragias, praticou uma histerografia, injectando 8 c.c. de *Iodopina* a 40% à pressão de 8 centímetros de mercúrio. Quasi imediatamente, a mulher sentiu-se mal, e faleceu 9 horas após o exame. Feita a autópsia, foram encontradas embolias gordurosas nos pulmões, rins e coração. Na cavidade uterina existia um pólipó e no lábio anterior do colo uma ulceração larga. Julga CAJZAGO que a injeção da substância opaca foi introduzida directamente no sistema vascular. Segundo COTTE, este é o único caso registado na literatura médica.

Finalmente, reúne MORHARDT num terceiro grupo os acidentes infecciosos.

A infecção é, sem dúvida, a complicação mais frequente da histero-salpingografia. Encontramos na literatura médica registados numerosos acidentes desta natureza, alguns dos quais seguidos de morte. GAUSS na Alemanha, reuniu estatísticas de vários autores e em três mil histerografias encontrou três mortes por infecção. HIRST registou uma septicemia estreptocócica, seguida de morte ao fim de 24 horas, depois do emprego deste método.

Tipico é, para MORHARDT, o caso de HOFFMANN; tratava-se duma mulher de 52 anos. Nem pela anamnese nem pelo exame local, se podia suspeitar de qualquer processo inflamatório. Praticada, com todas as habituais precauções, uma histerografia com o *Lipiodol*, sobreveio-lhe uma anexitite com temperatura elevada, cujo tratamento foi muito demorado.

LAPEYRE e FAYOT reuniram, num artigo publicado no «*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*», vários casos de infecção após a injeção de substância opaca na cavidade uterina. Aponta, por exemplo, o caso de IMBERT, referente a uma mulher estéril que, sem qualquer episódio inflamatório no seu passado genital, apresentou uma peritonite difusa que lhe causou a morte, após uma salpingografia praticada com o intuito de averiguar as causas da sua esterilidade.

Debaixo deste ponto de vista, é ainda elucidativa a observação de HELLMUTH: uma mulher de 42 anos de idade, que se queixava de metrorragias e não apresen-

tava no passado genital qualquer acidente infeccioso, foi submetida a exame radiológico, empregando como meio de contraste o *Umbrenal*. Três dias após este exame, a mulher apresentava uma pelvi-peritonite, e faleceu ao sexto dia com uma peritonite difusa. Praticada a autópsia, verificou-se a presença de pus na trompa esquerda e cavidade abdominal.

Em 66 exames, RUBIN registou cinco infecções.

Daqui facilmente podemos concluir que, a despeito de todos os cuidados de assepsia, da boa selecção das doentes e da completa observância das contra-indicações do método, estes acidentes não são excepcionais e resultam, a maior parte das vezes, do despertar duma infecção pélvica pré-existente.

IV

IMAGENS RADIOGRÁFICAS NORMAIS E PATOLÓGICAS

O estudo da imagem radiográfica, obtida após a injeção duma substância opaca nas cavidades uterina e tubares, permite:

- 1.º) precisar a situação e forma dessas cavidades.
- 2.º) apreciar o seu grau de desenvolvimento.
- 3.º) avaliar as modificações que lhes imprimem variadas afecções ginècológicas.

a) — ASPECTO RADIOLÓGICO NORMAL DO ÚTERO E TROMPAS

Útero — Numa radiografia de frente, a cavidade uterina, que freqüentemente se encontra em lâteroversão direita, desenha-se sob a forma dum triângulo

de base superior (Fig. 6), cujo maior eixo é vertical e faz um ângulo de 10° a 30° com a linha das apófises espinhosas. Devido à pressão exercida dentro do útero e ainda ao aparecimento de contracções mais ou menos enérgicas, os bordos da mancha radiográfica uterina nem sempre se apresentam rectilíneos; umas vezes encontram-se sob a forma duma curva (convexa ou côncava), outras vezes reproduzem, com flagrante nitidez, as próprias ondas contracteis do órgão.

A base do triângulo, que corresponde ao fundo do útero, desenha-se sob a forma duma linha curva de concavidade superior, embora excepcionalmente possa apresentar concavidade inferior (BÉCLÈRE).

O vértice, que marca o orifício interno do colo, encontra-se aproximadamente à altura da quarta vértebra sagrada.

Tal é o aspecto que normalmente o útero apresenta. A observação desta mancha não nos permite, todavia, excluir a hipótese de afecção justa-uterina que pode, de facto, existir sem que modifique essa imagem, como demonstram as observações VI, VII, IX e VIII (Fig. 12, 13, 16 e 22), de que adiante me occuparei.

Trompas—As trompas apresentam quasi sempre duas porções distintas (Fig. 6 e 21): a primeira, segmento ístmico, é representada pelo fino traço negro que, partindo dum dos ângulos da base, se dirige transversalmente para fóra, formando uma espécie de crossa de concavidade inferior. A segunda, parte ampolar da trompa, desenha-se sob a forma duma mancha regular, geral-

mente alongada no sentido vertical; a sua situação é um pouco variável, encontrando-se quasi sempre colocada lateralmente em relação ao eixo da cavidade uterina.

A continuidade das sombras tubares com as que a substância opaca produz, depois de espalhada na cavidade peritoneal, torna difficil, por vezes, precisar a por-

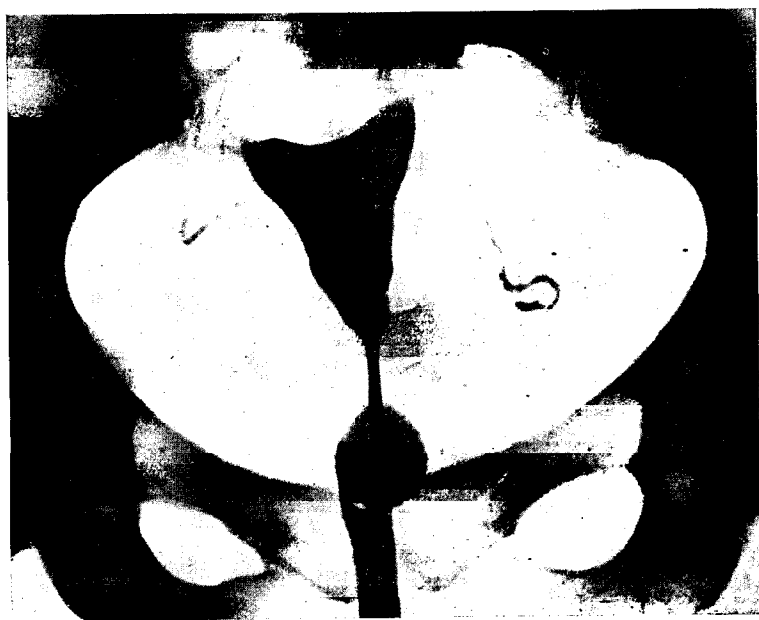


Fig. 6

ção da trompa correspondente ao pavilhão. Contudo, em algumas radiografias, esta zona faz-se notar por um alargamento da sombra tubar, seguido ou não duma outra difusa (Fig. 6, 7, 21 e 23).

b) -- MALFORMAÇÕES UTERINAS

Tem capital importância a histerografia no estudo das anomalias do aparelho genital feminino, visto que muitas delas passariam despercebidas ao exame clínico mais atento.

Útero infantil — A cavidade uterina mostra-se nestes casos muito reduzida, razão por que bastam três a quatro centímetros cúbicos de substância opaca para a encher. Na observação III (Fig. 9), que diz respeito a um caso de infantilismo genital, nota-se também a falta de imagens tubares (impermeabilidade bilateral ou ausência de trompas).

Útero didelfo — A cavidade uterina apresenta-se com a forma dum Y, ficando as duas metades do corpo uterino separadas na sua parte superior.

Desta anomalia possuo eu uma observação suficientemente elucidativa para marcar a importância dêste meio de exame: tratava-se duma mulher que, queixando-se de dores anexas e menorragias, foi laparatomizada para tratamento das suas lesões. Verificou-se, então, que ela apresentava também um útero didelfo que o exame clínico não diagnosticou.

Para documentar, pratiquei uma histerografia algum tempo depois e obtive a imagem da observação XXII (Fig. 30), a qual, se se tivesse podido fazer antes do acto cirúrgico, teria elucidado o diagnóstico.

Útero bipartido — Encontra-se a cavidade uterina dividida em duas porções independentes uma da outra, como mostram as radiografias da observação XIX (Fig. 26 e 27). Ainda neste caso, foi o exame radiográfico que precisou o diagnóstico.

c) — SITUAÇÕES ANORMAIS DO ÚTERO

Dos diferentes desvios que anormalmente o corpo uterino pode sofrer, ocupar-me-ei neste capítulo apenas dos anteriores e posteriores, deixando para tratar mais adiante os desvios laterais, ocasionados, quer por aderências peri-uterinas, quer por tumefacções pélvicas.

Os anteriores e posteriores, cujas imagens nas radiografias de frente se confundem, podem apresentar aspectos vários conforme o seu grau.

Se o útero se encontra pouco desviado, obtem-se uma sombra triangular, levemente achatada, de base longa (Obs. VII, X e XXIII — Fig. 13, 16 e 31); mas se, pelo contrário, é muito acentuado o desvio, o fundo uterino, em vez de se projectar acima do istmo, projecta-se à mesma altura ou até abaixo, dando neste último caso a imagem triangular invertida (vértice para cima).

Como são idênticas as imagens dos ante e retrodesvios, parecia necessário, como meio de diagnóstico diferencial, completar-se o exame com a radiografia de perfil; todavia, pude verificar que com o recurso de que hoje dispomos, a *estéreo-radiografia*, tal técnica se torna desnecessária.

Nas minhas observações, o diagnóstico clínico dos retrodesvios tinha sido possível; mas, se alguma dúvida subsistisse, o exame radiográfico ajudava a resolvê-la. A estéreo-radiografia nitidamente mostrou, em qualquer delas, o corpo uterino em desvio posterior, sendo na observação X de tal forma acentuado, que as manchas da cavidade uterina e da sonda quasi faziam entre si um ângulo recto.

d) — **FIBROMIOMAS UTERINOS**

A maior parte das vezes o simples exame da imagem radiográfica permite diagnosticar a existência dum fibromioma. Na grande maioria dos casos, o elemento radiológico característico é o aumento e a deformação da cavidade uterina.

Nos casos raros de desenvolvimento exclusivamente sub-peritoneal do tumor, o aspecto da cavidade poderá ser normal. Ainda muito excepcionalmente, quando dois núcleos fibromiomatosos localizados em pontos diametralmente opostos se desenvolvem simultaneamente, a cavidade poderá aparecer reduzida.

Característica é ainda a imagem radiográfica dum pequeno fibromioma sub-mucoso: a substância opaca injectada, circundando esta saliência, dá uma imagem em forma de meia lua.

Obs. XIII (Fig. 19). Verifico à radioscopia que a cavidade uterina se não enche uniformemente e que a parte

média da mancha tem menor concentração. A estéreo-radiografia mostra a cavidade aumentada e deformada.

Diagnóstico radiológico: fibromioma desenvolvendo-se para a cavidade uterina.

Diagnóstico cirúrgico: fibromioma uterino de variedade sub-mucoso, cavitário e situado na face anterior do útero.

Obs. XIV (Fig. 20). À radioscopia noto que o enchimento da cavidade uterina se faz rapidamente. O exame estereoscópico mostra a cavidade uterina aumentada e deformada, apresentando na parte média uma zona mais clara, em forma de meia lua.

Diagnóstico radiológico: fibromioma uterino invadindo a cavidade do útero.

Diagnóstico cirúrgico: volumoso fibromioma cavitário, sub-mucoso, situado na face anterior do útero.

Quando são vários os núcleos fibromiomatosos, a deformação é grande e o aumento da cavidade é manifesto.

Obs. II (Fig. 8). A radiografia mostra a cavidade uterina muito aumentada e deformada, de maior eixo transversal.

Diagnóstico radiológico: fibromioma uterino (confirmado cirurgicamente).

Obs. IV (Fig. 10). Na radiografia vê-se a cavidade uterina piriforme e levemente aumentada.

Diagnóstico radiológico: fibromioma uterino (confirmado cirurgicamente).

Mostram êstes casos que em presença duma cavidade uterina aumentada e deformada, devemos sempre pensar na existência dum fibromioma, ainda que pequeno.

Para o diagnóstico diferencial das tumefacções pélvicas que não deformam a cavidade uterina, o artifício do fio de chumbo utilizado para as limitar tem particular interesse: se a imagem uterina se encontra bem centrada em relação à imagem do fio de chumbo, deve tratar-se dum fibromioma; se, pelo contrário, essa imagem é deslocada para a periferia, tratar-se-á, possivelmente, duma tumefacção extra-uterina, a mais das vezes dum quisto do ovário.

Obs. V (Fig. 11). À radioscopia verifico o enchimento rápido da cavidade uterina que se encontra muito aumentada e deformada. A radiografia mostra o aumento da cavidade e a sua situação central relativamente ao tumor, previamente limitada por um fio de chumbo.

Diagnóstico radiológico: fibromioma uterino (confirmado cirurgicamente).

e) — **CANCRO DO CORPO DO ÚTERO**

Adquire particular importância o exame radiológico para o diagnóstico das neoplasias malignas do corpo uterino.

A raspagem exploradora, usada durante muito tempo, oferece nitidas desvantagens; além de colher fragmentos esfacelados que se não prestam ao exame histológico,

pode fornecer resultados errados em virtude do instrumento de colheita não ter atingido a região doente.

Pratica-se ainda algumas vezes com sucesso, o toque intra-uterino, que necessita da dilatação prévia do colo, manobra dolorosa e demorada.

Pelo contrário, o exame radiológico da cavidade uterina é um meio simples, quasi isento de perigos, que permite, a maior parte das vezes, fazer o diagnóstico.

Para evitar que na cavidade abdominal penetrem células neoplásicas, basta que se injecte a substância opaca a fraca pressão e sob verificação radioscópica.

A mancha que se obtém no caso de cancro do corpo uterino, difere manifestamente de qualquer outra. Caracteriza-se sobretudo pelo aspecto lacunar que apresenta e pela irregularidade dos seus bordos.

Obs. XXI (Fig. 29). À radioscopia verifico que a substância opaca, injectada sob fraca pressão, se distribue irregularmente na cavidade uterina. A estéreo-radiografia mostra na parte média da mancha uterina uma imagem lacunar com os bordos irregulares e recortados.

Diagnóstico radiológico: cancro do corpo uterino (confirmado cirúrgica e histologicamente).

f) — ANOMALIAS TUBARES

A trompa pode apresentar alterações várias: anomalias de posição, de forma e de permeabilidade.

Tratarei primeiramente das anomalias de posição e

forma e imediatamente a seguir ocupar-me-ei da permeabilidade tubar.

Já vimos que a trompa normal caminha a princípio transversalmente para fora e, depois de descrever uma curva de concavidade inferior, se dirige quasi verticalmente para baixo (Fig. 6). Nas doenças do aparelho genital verificam-se, com relativa frequência, desvios de posição e alterações de forma. Nestes casos, as trompas podem dirigir-se directamente para fora, para cima ou para baixo, ladeando qualquer dos bordos ou das faces do corpo uterino e não raras vezes se encontram prolabadas em qualquer dos fundos de saco, frequentemente no posterior.

Tais modificações facilmente se compreendem, visto que uma salpingite com periviscerite acarreta quasi sempre aderências da trompa à pequena bacia, útero e outros órgãos pélvicos. Compreende-se ainda que qualquer tumefacção pélvica, quisto do ovário, fibromioma, etc., possam também determinar-lhe deslocamentos. As mesmas causas podem ainda contribuir para as alterações de forma.

Nas minhas observações encontram-se alguns casos desta natureza.

Obs. I (Fig. 7). A radiografia mostra a trompa direita muito alargada, dirigindo-se para cima e para fora; a esquerda, flexuosa, também alargada na extremidade, dirige-se para baixo e para dentro. A cavidade uterina encontra-se em ligeira lateroversão esquerda.

Diagnóstico radiológico: salpingite bilateral aderente (confirmada cirurgicamente).

Obs. VII (Fig. 14). A estéreo-radiografia mostra a trompa direita muito sinuosa e situada por detrás do útero.

Diagnóstico radiológico: salpingite direita (confirmada cirurgicamente).

Obs. XV (Fig. 21). Vê-se na estéreo-radiografia a trompa esquerda dilatada junto do pavilhão. Durante o exame radioscópico tinha-se verificado a impermeabilidade desta trompa.

Diagnóstico radiológico: salpingite esquerda (confirmada cirurgicamente).

Obs. XVII (Fig. 23). O exame estéreo-radiográfico mostra a cavidade uterina em acentuada lateroversão direita, a trompa esquerda muito sinuosa, distendida na sua extremidade e situada por detrás do útero, no fundo de saco de DOUGLAS. A trompa direita não se desenha.

Diagnóstico radiológico: salpingite bilateral aderente de predomínio esquerdo (confirmada cirurgicamente).

Obs. XVIII (Fig. 24). A estéreo-radiografia mostra as trompas dirigidas para fora e para diante.

Diagnóstico radiológico: salpingite bilateral aderente (confirmada cirurgicamente).

O estudo destas observações permite-me concluir que são importantes elementos para o diagnóstico radiológico de salpingite, as anomalias de posição e forma das trompas.

Nota-se ainda, na observação I, um lateròdesvio es-

querdo da mancha uterina e na observação XVII um acentuado desvio da mesma mancha para a direita, o que se explica pela existência, em qualquer dos casos, de aderências anexiais.

Na opinião dos muitos autores que, com particular atenção se têm dedicado ao estudo da histero-salpingografia, é este o meio de exame que maior número de vantagens reúne para o diagnóstico das obstruções tubares.

Para FRANCISCO BOTIN, a aplicação mais importante d'este método radiográfico nas afecções das trompas, consiste em poder precisar o ponto em que existe a lesão, fornecendo desta forma indicações úteis para a cirurgia conservadora e para o tratamento da esterilidade.

DOUAY afirma que as operações para o tratamento da esterilidade têm sido muito pouco praticadas até hoje, pela simples razão de ser necessário ter a certeza de que a causa se encontra ao nível da trompa e que, com a operação realizada, desaparecerá. Ora até ao presente, não tínhamos à nossa disposição maneira de explorarmos a trompa e daí a impossibilidade de se poder fazer um diagnóstico clínico de obliteração tubar, de se localizar a sede da estenose e de se verificar o resultado operatório. Por este motivo, algumas vezes, o cirurgião praticava a laparotomia exploradora. Porém, as dificuldades e hesitações eram muitas. Actualmente, uma grande mudança se produziu neste assunto, visto que temos à nossa disposição dois meios de exame

que se completam e associam: a insuflação tubar e a histero-salpingografia.

Nas mulheres estéreis, a histero-salpingografia tem muito interesse; pode-se mesmo acrescentar que ela ainda se não encontra suficientemente espalhada, merecendo ser mais utilizada (COTTE).

BÉCIÈRE, no seu livro «*L'Exploration Radiologique en Gynécologie*», diz: se à cabeça dos métodos para o estudo da permeabilidade tubar coloco a histero-salpingografia é porque nenhum outro, mesmo a insuflação, permite estudá-la tão exacta e completamente. A exploração radiológica marca-nos, duma maneira precisa, a sede das obstruções tubares. É uma aquisição nova e importante para o diagnóstico cirúrgico, pois, marcando o ponto obstruído, serve de guia à cirurgia conservadora e reparadora.

Vê-se bem, como é importante este meio de exame para o diagnóstico de esterilidade de origem tubar.

Todavia, nem sempre é fácil afirmar que uma trompa é permeável ou impermeável. Só quando ao exame radioscópico, vemos a substância opaca sair pelo pavilhão tubar e espalhar-se na cavidade peritoneal ou quando, ao exame radiográfico, encontramos esta substância dispersa na pequena bacia e distante da trompa, podemos afirmar, sem receio de dúvida, que há permeabilidade tubar.

A trompa pode estar obliterada no «*ostium*», no pavilhão ou na porção ampolar.

No primeiro caso, a substância opaca não passa para a cavidade tubar, razão por que se não obtém imagem

de qualquer porção de trompa. As observações que se seguem dizem respeito a casos de impermeabilidade ao nível do «*ostium*» uterino.

Obs. IV (Fig. 10). À radioscopia verifico que a trompa esquerda se não desenha, e que a direita se evidencia com dificuldade, acumulando-se o *Tordiol* no pavilhão.

Diagnóstico radiológico: impermeabilidade das trompas; trompa esquerda impermeável ao nível do «*ostium*».

Diagnóstico cirúrgico: salpingite bilateral.

Obs. V (Fig. 11). Tanto à radioscopia como à radiografia, se nota a ausência da mancha tubar.

Diagnóstico radiológico: impermeabilidade tubar bilateral.

Diagnóstico cirúrgico: salpingite bilateral.

Obs. VI (Fig. 12). Mancha tubar ausente quer à radioscopia quer à radiografia.

Diagnóstico radiológico: impermeabilidade tubar bilateral.

Diagnóstico cirúrgico: salpingite bilateral.

Obs. XIII (Fig. 19). À radioscopia verifico que as trompas se não desenharam. Ausência de qualquer sombra tubar na estéreo-radiografia.

Diagnóstico radiológico: impermeabilidade tubar bilateral.

Diagnóstico cirúrgico: Salpingite bilateral.

Obs. XIV (Fig. 20). Ao exame radioscópico e estéreo-radiográfico verifico que as trompas se não desenhavam.

Diagnóstico radiológico: impermeabilidade tubar bilateral.

Diagnóstico cirúrgico: salpingite bilateral.

Em todos estes casos o diagnóstico da ausência tubar tinha sido posto de parte pela observação clínica.

É característica a imagem que se obtém quando a trompa está obliterada ao nível do pavilhão; a cavidade tubar encontra-se inteiramente cheia de substância opaca, sendo visível em todo o seu trajecto e sempre dilatada (BÉCLERE), desde que seja bem obturado o colo e suficiente a pressão. Destaco das minhas observações uma bem típica.

Obs. XV (Fig. 21). À radioscopia verifico que, uma vez cheias as cavidades tubares, o *Tordiol* não passa para a cavidade abdominal. A estéreo-radiografia mostra as trompas dilatadas, sendo esta dilatação muito acentuada na trompa esquerda. Não se encontram manchas dispersas de substância opaca na cavidade peritoneal.

Diagnóstico radiológico: Impermeabilidade tubar bilateral.

Diagnóstico cirúrgico: Salpingite bilateral aderente.

Vê-se pois, que a impermeabilidade tubar, quando existe, é um elemento importante para o diagnóstico

das salpingites. Em todas as minhas observações, foi confirmada cirurgicamente a sua existência.

g) - QUISTOS DO OVÁRIO

Em geral, o quisto do ovário, sobretudo o quisto mucoide, não dá imagens características.

As trompas são muitas vezes permeáveis e a cavidade uterina, de dimensões normais, pode encontrar-se desviada.

É justamente este aspecto radiológico normal das cavidades uterina e tubares, com a existência duma tumefacção pélvica, que faz pensar no quisto do ovário.

Como já vimos, a propósito dos fibromiomas, sempre que haja dúvidas no diagnóstico, devemos empregar o artifício do fio de chumbo; nos quistos do ovário, a imagem normal da cavidade uterina encontra-se deslocada para a periferia relativamente à tumefacção.

Obs. XI (Fig. 17). À radioscopia verifico que as trompas são impermeáveis; a direita ao nível do pavilhão e a esquerda no «*ostium*». A estéreo-radiografia mostra a cavidade uterina em acentuadíssima latero-versão direita.

Diagnóstico radiológico: quisto do ovário esquerdo; salpingite bilateral.

Diagnóstico cirúrgico: quisto mucoide do ovário esquerdo; salpingite bilateral.

Obs. XII (Fig. 18). À radioscopia vejo que o útero e trompas se enchem facilmente. A imagem estereoscópica

mostra a cavidade uterina em retrò e lateròversão direita, com rotação para diante do bôrdô direito. Num plano anterior ao da imagem da cavidade uterina, um pouco para cima e para a esquerda, notam-se sombras que parecem traduzir a existência de formações ósseas e dentes.

Diagnóstico radiológico: teratoma quístico do ovário esquerdo.

Diagnóstico cirúrgico: volumoso quisto dermoide do ovário direito, ocupando o flanco e fossa ilíaca do lado esquerdo.

V

OBSERVAÇÕES PESSOAIS

OBSERVAÇÃO I

M. R. S., de 31 anos de idade, viuva, doméstica, natural do Pôrto, entrou no Serviço de Clínica Ginècológica em 8 de Abril de 1930.

Antecedentes familiares.— Pais e marido já falecidos (a doente desconhece quais as doenças que os vitimaram).

Antecedentes pessoais — Sarampo e variola em criança.

Antecedentes fisiológicos.— Primeira menstruação aos 13 anos, fluxo menstrual abundante, durando 8 a 10 dias; interlúnios curtos.

Antecedentes obstétricos.— Um parto espontâneo e de têrmo.

Estado actual.— Queixa-se de sensação de pêso no hipogastro, leucorreia amarelada, cataménios abundantes, micções freqüentes e dolorosas. Ligeira emaciação, astenia, cefalalgias vesperais, queda

acentuada do cabelo, surdez. Nada digno de registo especial no aparelho cardíô-vascular. Tensões ao PACHON-GALLAVARDIN na ume-ral direita: $TM = 16$; $Tm = 8$; $Io = 3$. Tempo de sangria normal, hemoglobina 65%. Urina sem elementos anormais.

Ventre flácido, deprimido e não doloroso à palpação. Pelo toque, noto a existência duma pequena tumefacção dura e regular que ocupa o fundo de saco vaginal anterior e que parece fazer



Fig. 7

corpo com o útero. O fundo de saco vaginal posterior encontra-se apagado e doloroso à pressão. Histerometria: 8 cm..

Diagnóstico: fibromioma uterino.

História da doença. — Queixa-se dos seus padecimentos genitais há um ano.

Exame radiológico. — Com a sonda de COTTE e seringa de LAFAY injecto *Tordiol* na cavidade uterina, sob verificação radioscópica e à pressão de 200 mm. de mercúrio.

À radioscopia verifico que útero e trompas se enchem facilmente; permeabilidade tubar normal.

A radiografia (Fig. 7) mostra a cavidade uterina em látero-versão esquerda com o istmo muito alongado e deformado. A trompa esquerda, que se encontra prolabada, é alongada, muito sinuosa e dilatada na sua porção terminal. A direita, numa situação anormal, encontra-se igualmente muito distendida na sua extremidade.

Diagnóstico radiológico: fibromioma uterino com salpingite bilateral aderente.

Em 16-V-1930, foi praticado o tratamento cirúrgico pelo Prof. MORAES FRIAS. Anestesia pelo éter; incisão mediana infra-umbilical. Executada a laparotomia, verificou-se a existência dum pequeno fibromioma da face anterior do útero junto do istmo e duma salpingo-ovarite bilateral muito larga e intensamente aderente. A trompa esquerda, muito alongada, estava caída no fundo de saco de DOUGLAS.

Foi praticada a histerectomia sub-total por degulação anterior com anexectomia bilateral e apendicectomia. Após seqüelas operatórias normais, a doente saiu curada ao décimo sexto dia da operação.

OBSERVAÇÃO II

M. A. A, de 34 anos de idade, solteira, serviçal, natural do Pôrto, entrou no Serviço de Clínica Ginècológica em 30 de Abril de 1930.

Antecedentes familiares — Pai vitimado pela tuberculose pulmonar; mãe falecida de parto. Dois irmãos falecidos, um de tuberculose pulmonar, outro de meningite. Três irmãos vivos, um dos quais sofre de tuberculose pulmonar. O homem com quem vive é também tuberculoso.

Antecedentes pessoais—Nunca esteve doente.

Antecedentes fisiológicos—Primeira menstruação aos 12 anos, fluxo menstrual em pequena quantidade, durante 3 a 4 dias; interlúnios regulares.

Antecedentes obstétricos—Um parto espontâneo e de termo; um aborto de três meses de gestação.

Estado actual—Queixa-se de leucorreia amarelada e de dores ao nível da fossa ilíaca esquerda, que se exacerbam com o aparecimento do fluxo menstrual e irradiam para a região lombo-sagrada e coxa do mesmo lado. As menstruações são abundantes e os interlúnios curtos (15 dias). Astenia, emaciação, suores nocturnos e cefalalgias freqüentes. Aparelho respiratório: tosse, expectoração muco-purulenta; rudeza respiratória com expiração prologada no vértice pulmonar direito. Aparelho cardíô-vascular: ruídos cardíacos ensurdecidos, pulso rítmico, pequeno, com uma freqüência de 80 por minuto. Tensões ao PACHON-GALLAVARDIN na umeral direita: TM = 10,5; Tm = 6; Io = 1; tempo de sangria normal, hemoglobina 60 %.

Ventre muito abaúlado e flácido. Pelo toque, noto que o útero se encontra ligeiramente aumentado de volume, e que o fundo de saco vaginal esquerdo se encontra ocupado por uma tumefacção dura e irregular, muito dolorosa à pressão, que parece não fazer corpo com o útero. Histerometria: 5 cm.

Diagnóstico: salpingo-ovarite esquerda volumosa e aderente.

História da doença.—Os seus padecimentos iniciaram-se há seis anos, após um aborto. Ultimamente, porém, têm-se exarcebado.

Exame radiológico.—Com a sonda de COTTE e seringa de LAFAY injecto *Tordiol* na cavidade uterina sob a verificação radioscópica e à pressão de 200 mm. de mercúrio.

À radioscopia verifico que o útero e trompas se enchem facilmente; permeabilidade tubar perfeita.

A radiografia (Fig. 8) mostra a cavidade uterina muito deformada e aumentada de volume; trompa esquerda prolabada.

Diagnóstico radiológico: fibromioma do corpo do útero com salpingite à esquerda.

A intervenção cirúrgica foi realizada em 4-VI-1930 pelo Prof. MORAES FRIAS. Anestesia pela mistura de SCHLEICH; incisão mediana infra-umbilical. Feita a laparotomia, pôde verificar-se a existência



Fig. 8

duma salpingo-ovarite à esquerda e de núcleos fibromatosos situados na face anterior do útero. A trompa esquerda e ovário correspondente encontravam-se prolabados e aderentes no fundo de saco de DOUGLAS.

Foi praticada a anexectomia esquerda e miomectomia. Após seqüelas operatórias normais a doente saiu curada ao décimo sétimo dia da operação.

OBSERVAÇÃO III

R. F. S., de 29 anos de idade, casada, doméstica, natural de Oliveira de Azemeis.

Antecedentes familiares. — Pai vitimado por (?); a mãe, doente, sofre do estômago e acusa freqüentes cefalalgias. Tem um irmão muito surdo, que parece padecer do aparelho respiratório, e uma irmã, igualmente surda, com perturbações genitais muito semelhantes às que apresenta a doente. Ao que parece, o mesmo se dava com outra irmã, vítima de desastre.

Antecedentes pessoais. — Variola em criança, reumatismo articular agudo e gripe há alguns anos.

Antecedentes ginêcológicos e obstétricos. — Nunca foi menstruada. Nuligesta.

Estado actual. — A paciente, que apresenta um temperamento excessivamente nervoso, queixa-se de perturbações vagas: disestesias cutâneas, crises de dispneia, cefalalgias, vertigens, emotividade fácil, sensação de calor na face, epistaxis freqüentes, inapetência, esbôço do síndrome de PITRES. R. W. negativa. A glândula tiroide encontra-se ligeiramente hipertrofiada. Ruídos cardíacos duros, sobretudo nos focos da base. Tensões ao PACHON-GALLAVARDIN na umeral direita: TM=15; Tm=8,5; Io=2. Pulso amplo com a freqüência de 104 por minuto. Reflexo óculò-cardíaco negativo. Anorexia, vômitos matinais biliosos. Amenorreia. Órgãos genitais externos muito pouco desenvolvidos. Pelo toque noto apenas um rudimento de colo uterino, não sentindo o corpo do útero nem anexos. O comprimento da vagina é sensivelmente normal. O exame ao espéculo mostra o colo uterino muito rudimentar, com orifício externo punctiforme; a custo perceptível. Histerometria: 3 cm..

Os seios são pequenos, tendo começado o seu desenvolvimento só depois dos 28 anos. No quadrante infero-externo do seio esquerdo e distando uma polegada do mamilo normal, há dois pequenos mamilos supranumerários. Em face da sintomatologia apresentada, ponho o diagnóstico de infantilismo genital.

Exame radiológico. -- Injecto o *Tordiol* na cavidade uterina sob



Fig. 9

verificação radioscópica e à pressão de 250 mm. de mercúrio, para o que emprego a sonda de COTTE e a seringa de LAFAY.

À radioscopia verifico que a substância opaca penetra com dificuldade na cavidade uterina e que as trompas se não enchem.

A radiografia (Fig. 9) mostra o útero muito pequeno e ausência de imagem radiológica das trompas. Ponho neste caso o diagnós-

tico radiológico de útero infantil com ausência de trompas ou impermeabilidade tubar.

OBSERVAÇÃO IV

O. S. R., de 46 anos de idade, casada, doméstica, natural de Vila Nova de Gaia, entrou no Serviço de Clínica Ginêcológica em 30 de Abril de 1930.

Antecedentes familiares.— Pais e dois irmãos falecidos, sendo o pai vitimado por uma broncopneumonia, a mãe por uma febre tifoide, um irmão por tuberculose pulmonar e o outro por doença que desconhece. Marido sifilítico.

Antecedentes pessoais.— Variola em criança.

Antecedentes fisiológicos.— Primeira menstruação aos 14 anos. fluxo menstrual em quantidade regular, durante 5 a 7 dias; interlúnios irregulares (20 a 25 dias), leucorreia branca.

Estado actual—Queixa-se de menstruações muito abundantes (10 a 12 dias), leucorreia amarelada e de micções muito freqüentes. Nada digno de registo especial ao nível do aparelho cardíô-pulmonar. Tensões ao PACHON-GALLAVARDIN na umeral direita: TM = 13; Tm = 7,5; Io = 4, tempo de sangria normal, hemoglobina 80 %.

Ventre muito volumoso e flácido. O abaülamento do ventre é devido a uma tumefacção dura, regular, pouco móvel e não dolorosa, com o tamanho aproximado da cabeça dum feto de termo, situada na linha média e atingindo o umbigo. Pelo toque verifico que esta tumefacção ocupa o fundo de saco vaginal anterior e que os movimentos que lhe imprimo se transmitem ao útero. Histerometria: 9 cm..

Diagnóstico: fibromiona uterino.

História da doença—Queixa-se há dois anos dos seus padecimentos genitais.

Exame radiológico—Injecto o *Tordiol* na cavidade uterina, sob a verificação radioscópica e à pressão de 200 mm. de mercúrio (Sonda de COTTE e seringa de LAFAY).

Ao exame radioscópico noto que a cavidade uterina se enche



Fig. 10

fácilmente; a trompa esquerda não se desenha e a direita evidencia-se com dificuldade, acumulando-se a substância opaca ao nível do pavilhão.

A radiografia (Fig. 10) mostra a cavidade uterina alargada e periforme; ausência da sombra correspondente à trompa esquerda. A trompa direita, pouco visível, encontra-se na situação habitual.

Diagnóstico radiológico: fibromioma uterino com impermeabilidade tubar.

A intervenção cirúrgica foi realizada em 26-V-1930 pelo Prof. MORAES FRIAS. Anestesia pela mistura de SCHLEICH; incisão mediana infra-umbilical. Feita a laparotomia, verificou-se a existência de um fibromioma situado na face anterior do útero com salpingo-ovarite bilateral. Foi praticada uma histerectomia sub-total com salpingooforectomia bilateral (KELLY). Apendicectomia. Após sequelas operatórias normais, a doente saiu curada ao décimo nono dia da operação.

OBSERVAÇÃO V

R. G. F. G., de 45 anos de idade, casada, doméstica, natural de Braga, entrou para o Serviço de Clínica Ginecológica em 6 de Agosto de 1930.

Antecedentes familiares. — O pai foi vitimado por uma pneumonia e a mãe por lesão cardíaca.

Antecedentes pessoais. — Sarampo em criança.

Antecedentes fisiológicos. — Primeira menstruação aos 12 anos; fluxo menstrual em pequena quantidade durante 2 dias; interlúnios regulares.

Antecedentes obstétricos. — Quatro partos espontâneos e de termo; dois abortos provocados de dois meses de gestação.

Estado actual. — Queixa-se de abundantes perdas de sangue nas épocas menstruais, com duração de 8 a 10 dias, e de corrimento branco amarelado durante os interlúnios.

Nada digno de registo especial ao nível do aparelho cárdio-pulmonar. Tensões ao PACHON-GALLAVARDIN na umeral direita: TM=14; Tm=7,5; Io=4. Tempo de sangria normal, hemoglobina 80 %. Urina sem elementos anormais.

Ventre flácido, muito abaúlado. À palpação noto a existência duma volumosa saliência dura, regular, imóvel e pouco dolorosa, que ocupa o hipogástro. Pelo toque verifico que esta tumefacção se sente através do fundo de saco vaginal anterior e faz parte do corpo do útero. Histerometria: 11 cm. .

Diagnóstico: fibromioma uterino.



Fig. 11

História da doença. — Sofre há 2 anos e meio, mas ultimamente os seus padecimentos genitais acentuaram-se.

Exame radiológico. — Injecto o *Tordiol* na cavidade uterina, sob verificação radioscópica e à pressão de 250 mm. de mercúrio, para o que emprego o aparelho de ROBERTO DE CARVALHO e a sonda de COTTE.

O exame foi praticado após «cerclage» da tumefacção.

À radioscopia verifico que o enchimento da cavidade uterina se faz rapidamente, sem que se desenhem as cavidades tubares.

A radiografia (Fig. 11), mostra a cavidade uterina aumentada e deformada, ocupando o centro da tumefacção. Não se nota qualquer imagem tubar.

Nêste caso ponho o diagnóstico radiológico de fibromioma uterino com possível salpingite bilateral.

No dia 22-X-1930, foi realizado o tratamento cirúrgico pelo Prof. MORAES FRIAS. Anestesia pelo éter; incisão infra-umbilical. Executada a laparotomia, verificou-se a existência dum fibromioma situado na face anterior do útero, e duma salpingite bilateral com ovarite escleroquística à esquerda.

Foi praticada a histerectomia sub-total (KELLY) com salpingectomia à direita e salpingooforectomia à esquerda. Appendicectomia. Após seqüelas operatórias normais, a doente saiu curada ao décimo sexto dia da operação.

OBSERVAÇÃO VI

E. S., de 44 anos de idade, viuva, doméstica, natural de Amarante, entrou no Serviço de Clínica Ginècológica em 11 de Agosto de 1930.

Antecedentes familiares—Pais falecidos de (?). Um irmão vitimado por uma broncopneumonia e uma irmã por uma infecção puerperal.

Antecedentes pessoais—Varíola em criança.

Antecedentes fisiológicos—Primeira menstruação aos 12 anos, fluxo menstrual em pequena quantidade, durante 2 a 3 dias, interlúnios regulares.

Antecedentes obstétricos—Oito partos de termo, sendo 7 espontâneos e um distócico.

Estado actual—Queixa-se de abundantes perdas sangüíneas nos períodos menstruais, que têm agora a duração de 6 a 8 dias, e de dores ao nível da fossa ilíaca direita que, irradiando para a região lombo-sagrada e coxa do mesmo lado, se exacerbam com o aparecimento da menstruação. Queixa-se ainda de micções frequentes, disúria e corrimento branco amarelado. Nada digno de registo ao



Fig. 12

nível do aparelho cardíô-pulmonar. Tensões ao PACHON-GALLAVARDIN na ural direita: $TM = 12.5$; $Tm = 7$; $Io = 3.5$. Tempo de sangria normal, hemoglobina 80 %. Urina sem elementos anormais.

História da doença.— Há 6 meses que principiaram os seus padecimentos genitais, que foram precedidos de perturbações gástricas, intestinais e vesicais.

Exame objectivo. — Ventre muito volumoso, flácido e pouco doloroso. Pelo toque, noto a existência duma tumefacção dura, dolorosa, que parece fazer corpo com o útero e que se encontra situada no fundo de saco vaginal anterior e lateral direito. Histerometria: 6 cm..

Diagnóstico: fibromioma uterino.

Exame radiológico. — Com a sonda de COTTE e o aparelho de ROBERTO de CARVALHO injecto *Tordiol* na cavidade uterina, sob verificação radioscópica e à pressão de 200 mm. de mercúrio.

À radioscopia verifico que o útero se enche facilmente de substância opaca, enquanto que as trompas parecem impermeáveis.

A radiografia (Fig. 12) mostra a cavidade uterina com a forma normal, mas em acentuada látero-versão esquerda e as trompas impermeáveis.

Diagnóstico radiológico: salpingite bilateral.

A intervenção cirúrgica foi realizada em 6-XI-1930 pelo Prof. MORAES FRIAS. Anestesia pelo éter; incisão infra-umbilical. Executada a laparotomia, verificou-se a existência dum bloco único, constituído pelo útero, anexos, bexiga, grande epiploon e ansa sigmoideia.

As aderências eram tão íntimas que não foi possível destruí-las, tendo-se apenas podido praticar a ablacção do ovário e trompa do lado direito. Após seqüelas operatórias normais, a doente teve alta ao vigésimo quinto dia da intervenção.

OBSEVAÇÃO VII

M. J. S., de 34 anos de idade, solteira, doméstica, natural do Marco de Canavezes, entrou no Serviço de Clínica Ginècológica em 24 de Julho de 1930.

Antecedentes familiares. — Pai vitimado por uma febre tifoide e a mãe por uma bronco-pneumonia. Três irmãos saudáveis e um falecido de desastre.

Antecedentes pessoais. — Sarampo em criança. Febre tifoide há 12 anos.

Antecedentes fisiológicos. — Primeira menstruação aos 12 anos, fluxo menstrual em pequena quantidade durando 3 a 4 dias, interlúnios curtos (20 dias).



Fig. 13

Antecedentes obstétricos. — Um parto espontâneo e de termo; dois abortos, sendo um de dois meses de gestação e outro de um mês.

Estado actual. — Queixa-se de dores ao nível das fossas ilíacas, mais acentuadas do lado esquerdo e irradiando para a região lombo-sagrada e coxa do mesmo lado. Estas dores exacerbam-se nos períodos prè-menstruais e calmam com o aparecimento da mens-

truação. Cefalalgias freqüentes, queda de cabelo, vertigens, cárie dentária. Nada digno de registo no aparelho cárdio-pulmonar. Tensões ao PACHON-GALLAVARDIN na umeral direita: $TM = 11.5$; $Tm = 7.5$; $Io = 3$; Tempo de sangria normal, hemoglobina 70%. Urina sem elementos anormais.

Pelo toque noto que os anexos se encontram aumentados de volume e dolorosos. Histerometria: 5 cm..

Diagnóstico: metro-anexite bilateral.

História da doença. — Há 9 anos que, após um aborto provocado, se queixa dos seus padecimentos genitais. Há 2 meses e meio aproximadamente, teve uma metrorragia que durou 30 dias.

Exame radiológico. — Injecto o *Tordiol* na cavidade uterina, à pressão de 200 mm. de mercúrio e sob verificação radioscópica (sonda de COTTE e aparelho de ROBERTO de CARVALHO).

À radioscopia noto uma certa dificuldade no enchimento da cavidade uterina; a trompa do lado direito começava a desenhar-se. Aumentando a pressão para 250 mm., vejo imediatamente encher-se a trompa direita e aparecerem manchas dispersas e irregulares na cavidade abdominal.

A estéreò-radiografia (Fig. 13, paralaxe direita) mostra a cavidade uterina em retro e láterò-versão esquerda, a trompa esquerda impermeável, e umas manchas situadas em vários planos.

Diagnóstico radiológico: retròversão uterina com salpingite esquerda.

Em 3-XI-1930, foi realizado o tratamento cirúrgico pelo Prof. MORAES FRIAS. Anestesia pelo éter; incisão mediana infra-umbilical. Executada a laparotomia, verificou-se a existência de lesões bilaterais dos anexos, que se encontram muito volumosos e aderentes à pequena bacia e duma retròversão uterina. Praticou-se uma histerectomia sub-total por hemissecção com anexectomia bilateral. Após seqüelas operatórias normais, a doente saiu curada ao décimo nono dia da operação.

OBSERVAÇÃO VIII

J. L. S. L., de 26 anos de idade, casada, doméstica, natural de Santa Marta de Penaguião, entrou no Serviço de Clínica Ginècológica em 24 de setembro de 1930.



Fig. 14

Antecedentes familiares. — Pais saudáveis, quatro irmãos doentes, sendo um demente; cinco irmãos falecidos em criança, ignorando a causa da morte.

Antecedentes pessoais. — Sem interêsse.

Antecedentes fisiológicos. — Primeira menstruação aos 12 anos,

fluxo menstrual em muita quantidade, durando 8 dias, interlúnios curtos (20 a 22 dias).

Antecedentes obstétricos. — Dois partos espontâneos e de termo.

Estado actual. — Queixa-se há dezasseis meses de abundantes perdas sangüíneas (meno e metrorragias), duma leucorreia muito intensa, e de dores ao nível das fossas ilíacas que irradiam para a região lombo-sagrada. Cefalalgias vesperais, queda acentuada do cabelo, vertigens, hipertrichose do lábio superior, calafrios frequentes, emotividade fácil, fogachos. Nada digno de registo especial no aparelho cardíopulmonar. Tensões ao PACHON-GALLAVARDIN na umeiral direita: TM = 10; Tm = 5; Io = 2,5; tempo de sangria normal, hemoglobina 70 %. Urina sem elementos anormais.

Ventre flácido e não doloroso. Pelo toque noto que a pressão exercida sobre os anexos provoca dor intensa, mais acentuada do lado direito. Histerometria: 5 cm..

Diagnóstico: metro-anexite bilateral de predomínio direito.

Exame radiológico. — Com a sonda de COTTE e o aparelho de ROBERTO DE CARVALHO injecto *Tordiol* na cavidade uterina, sob verificação radioscópica e à pressão de 250 mm. de mercúrio.

À radioscopia noto que a cavidade uterina e a trompa esquerda enchiam facilmente, sendo esta última permeável. A trompa direita, impermeável ao nível do pavilhão, evidencia-se mal.

A estéreo-radiografia (Fig. 14, paralaxe esquerda), mostra a trompa direita sinuosa e por detrás do útero, enquanto que a esquerda se encontra na sua situação habitual.

Diagnóstico radiológico: salpingite à direita.

Foi realizada em 28-XI-1930 a intervenção cirurgica pelo Prof. MORAES FRIAS. Anestesia pelo éter; incisão mediana infra-umbilical, Executada a laparotomia, verificou-se a existência duma ovarite esclero-quística bilateral com salpingite à direita. Praticou-se a ressecção parcial de ambos os ovários com salpingectomia à direita; apendicectomia; ressecção do feixe vasculo-nervoso dos ligamentos

ileo-ováricos (Castano). Após seqüelas operatórias normais, a doente saiu curada ao décimo sexto dia da operação.

OBSERVAÇÃO IX

A. C. R., de 42 anos de idade, casada, costureira, natural de Almeida, entrou no Serviço de Clínica Ginècológica em 6 de Setembro de 1930.



Fig. 15

Antecedentes familiares. — Pai falecido com uma afecção gástrica; mãe vitimada por hemorragia cerebral. Seis irmãos saudáveis.

Antecedentes pessoais. -- Sarampo em criança; padecimentos gástricos há sete anos.

Antecedentes fisiológicos. — Primeira menstruação aos 16 anos, fluxo menstrual em pequena quantidade, durando 3 a 4 dias; interlúnios regulares.

Antecedentes obstétricos. — Cinco partos espontâneos e de termo. Um aborto provocado, de 3 meses de gestação.

Estado actual. — Queixa-se de dores na fossa ilíaca esquerda, que irradiando para a coxa do mesmo lado e região lombo-sagrada, aumentam de intensidade com o aparecimento do fluxo menstrual. Astenia, fadiga fácil, emaciação, anorexia e obstipação. Nada digno de registo especial no aparelho cárdio-pulmonar. Tensões ao PACHON-GALLAVARDIN na umeral direita: TM = 11,5; Tm = 6; Io = 1; tempo de sangria normal, hemoglobina 65%, Urina sem elementos anormais.

Ventre muito flácido, deprimido e doloroso à palpação. Pelo toque noto, através do fundo de saco vaginal posterior, uma tumefacção dura e dolorosa que parece não fazer parte do corpo uterino, havendo entre ela e a face posterior do útero um profundo sulco de separação. Histerometria: 4,5 cm..

Diagnóstico: anexite esquerda.

História da doença. — Os seus padecimentos genitais apareceram há 6 meses, tendo a doente sofrido tratamento médico na Consulta Externa deste Serviço, com o qual muito beneficiou. Porém, como não melhorasse completamente, resolveu internar-se para sofrer o tratamento cirúrgico.

Exame radiológico. — Com a sonda de COTTE e aparelho de ROBERTO DE CARVALHO injecto *Tordiol* na cavidade uterina, sob verificação radioscópica e à pressão de 200 mm. de mercúrio.

À radioscopia verifico que as cavidades uterina e tubares enchem facilmente, sendo as trompas permeáveis.

A estéreo-radiografia (Fig. 15, paralaxe direita) mostra a cavidade uterina de configuração e dimensões normais. A trompa esquerda encontra-se prolabada no fundo de saco de DOUGLAS.

Diagnóstico radiológico: provável anexite esquerda.

Em 27-XI-1930 foi executada a intervenção cirúrgica pelo Prof. MORAES FRIAS. Anestesia pelo éter; incisão mediana infra-umbilical. Feita a laparotomia verificou-se que havia uma salpingite com oovite microquística à esquerda, aderente à pequena bacia. Praticou-se uma anexectomia esquerda. Após seqüelas operatórias normais, a doente saiu curada ao décimo oitavo dia.

OBSERVAÇÃO X

I. P. C., de 32 anos de idade, casada, doméstica, natural do Pôrto, entrou para o Serviço de Clínica Ginecológica em 7 de Novembro de 1930.

Antecedentes familiares. — Pais falecidos. Um irmão e marido saudáveis.

Antecedentes pessoais. — Sarampo em criança.

Antecedentes fisiológicos. — Primeira menstruação aos 14 anos, fluxo menstrual em muita quantidade, durando 7 a 8 dias; interlúnios curtos (20 a 21 dias).

Antecedentes obstétricos. — Dois partos espontâneos e de termo, um aborto dum mês de gestação.

Estado actual. — Queixa-se de peso no baixo ventre, de dificuldade na defecação e de menstruações dolorosas. Nada digno de registo no aparelho cardíopulmonar. Tensões ao PACHON-GALLAVARDIN na umeral direita: TM = 14; Tm = 8; Io = 1.5; tempo de sangria normal, hemoglobina 80%. Urina sem elementos anormais.

Ventre flácido e não doloroso à palpação. Pelo toque noto através do fundo de saco vaginal posterior o corpo uterino em retróversão, que se mobiliza muito facilmente e se pode levar à sua posição normal, sem grande dificuldade. Histerometria: 5 cm..

Diagnóstico: retróversão uterina.

História da doença. — Os seus padecimentos genitais iniciaram-se há três anos, após um parto, e têm-se acentuado progressivamente.

Exame radiológico. — Com a sonda de COTTE e o aparelho de ROBERTO DE CARVALHO injecto *Tordiol* na cavidade uterina, sob verificação radioscópica e à pressão de 250 mm. de mercúrio. Não me foi possível, neste caso, obter uma obliteração perfeita do colo uterino.

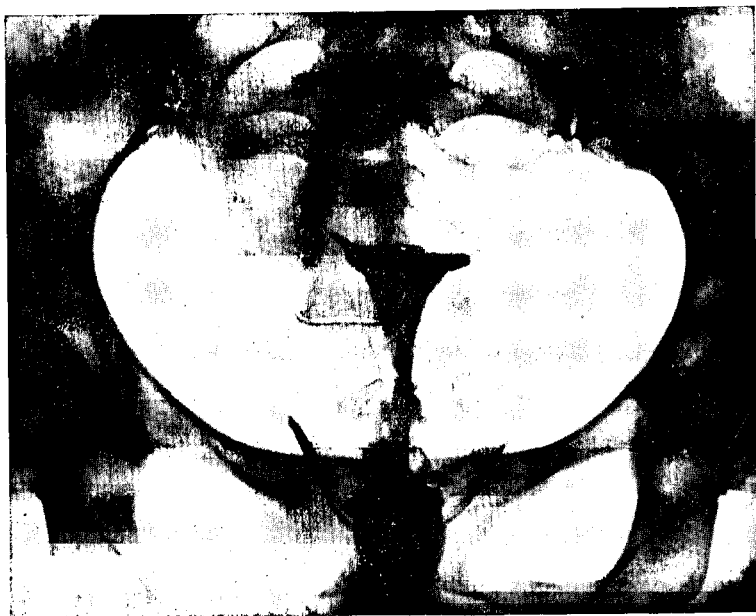


Fig. 16

Por esta razão ou porque as trompas sejam impermeáveis, à radioscopia elas não se evidenciam.

A estéreo-radiografia (Fig. 16, paralaxe esquerda) mostra que o corpo uterino se encontra nitidamente caído no fundo de saco posterior, quasi fazendo um ângulo recto com a sonda.

Diagnóstico radiológico: retrôversão uterina.

Em 29-X-1930 foi realizada a intervenção cirúrgica pelo Prof. MORAES FRIAS. Anestesia pelo éter; incisão de PFANNENSTIEL. Feita a laparatomia, pôde verificar-se que o útero se encontrava em acentuada retrôversão. Foi praticada a ressecção do feixe vasculô-nerroso dos ligamentos ileo-ováricos (CASTAÑO) e a ligamentopexia pelo processo de DOLERIS. Após seqüelas operatórias normais, a doente saiu curada ao vigésimo dia da operação.

OBSERVAÇÃO XI

L. M., de 39 anos de idade, casada, doméstica, natural de Santo Tirso, entrou para o Serviço de Clínica Ginècológica em 20 de Novembro de 1930.

Antecedentes familiares. — Pai falecido. Sete irmãos saudáveis, um irmão tuberculoso.

Antecedentes pessoais. — Sem interêsse.

Antecedentes fisiológicos. — Primeira menstruação aos 15 anos, fluxo menstrual em pequena quantidade durando 4 dias, interlúnios regulares.

Antecedentes obstétricos. — Cinco partos espontâneos e de termo; dois abortos, sendo um de três meses de gestação e outro de dois.

Estado actual. — Nada digno de registo ao nível do aparelho cardíô-pulmonar. Tensões ao PACHON-GALLAVARDIN na umeral direita: TM = 13; Tm = 8; Io = 3; tempo de sangria normal, hemoglobina 70%. Urina sem elementos anormais.

Ventre muito abaülado, tenso, regular, dando a sensação de onda quando se percutie; som timpánico ao nível dos flancos e mate na linha média até dois dedos acima do umbigo. Pelo toque noto, através dos fundos de saco vaginais, uma volumosa tumefacção que atinge o umbigo. Tentativa fruste de histerometria.

Diagnóstico: quisto do ovário.

História da doença. — Há 11 meses que principiou a notar que o abdómen aumentava progressivamente de volume, não tendo tido nunca outras perturbações.

Exame radiológico. — Com a sonda de COTTE e o aparelho de ROBERTO DE CARVALHO, injecto o *Tordiol* na cavidade uterina, à pressão de 250 mm. de mercúrio e sob a verificação radios-cópica.



Fig. 17

À radioscopia verifico que as trompas são impermeáveis; a esquerda não se desenha e a direita é obliterada ao nível do pavilhão.

A estéreo-radiografia (Fig. 17, paralaxe direita) mostra o corpo uterino em acentuadíssima látero-versão direita, fazendo quasi um

ângulo recto com a sonda. A trompa direita, muito flexuosa, encontra-se situada num plano mais anterior; a esquerda não se desenha.

Diagnóstico radiológico: quisto do ovário.

Em 12-XII-1930, foi realizada a intervenção cirúrgica pelo Prof. MORAES FRIAS. Anestesia pela mistura de SCHLEICH; incisão mediana infra-umbilical. Feita a laparotomia, verificou-se a existência dum volumoso quisto mucoide do ovário esquerdo, que deslocava nitidamente o útero para a direita. A trompa direita, muito flexuosa, encontrava-se aderente à parede do quisto. Foi praticada uma ane-xectomia à esquerda e uma salpingectomia à direita. Após seqüelas operatórias normais, a doente saíu curada ao décimo sexto dia da operação.

OBSERVAÇÃO XII

R. R., de 42 anos de idade, casada, jornaleira, natural de Arouca, entrou para o Serviço de Clínica Ginècológica em 13 de Janeiro de 1931.

Antecedentes familiares. — Pai e dois irmãos falecidos, três irmãos e marido saudáveis.

Antecedentes pessoais. — Sarampo e variola em criança.

Antecedentes fisiológicos. — Primeira menstruação aos 17 anos; fluxo menstrual em pequena quantidade, durando 3 a 4 dias; inter-lúnios curtos (20 a 21 dias).

Antecedentes obstétricos. — Sete partos espontâneos e de termo; dois abortos espontâneos, um de três meses de gestação e outro de dois.

História da doença. — Há doze anos notou, ao nível da fossa ilíaca direita, o aparecimento duma saliência dura, dolorosa à pressão,

do tamanho aproximado duma pequena laranja. Não ligou importância de maior ao facto até que, passados mais quatro anos, ela se tornou espontaneamente dolorosa. Depois disto, e sem que esta tumefacção desaparecesse, períodos havia em que as dores se extinguíam por completo. Aproximadamente há dois meses, voltou novamente a sentir dores fortes no abdomen, ao mesmo tempo que uma sensação de peso no baixo ventre muito a incomodava, tendo uma vez ou outra perturbações urinárias (polaquiúria).

Estado actual. — Emaciação, astenia, fadiga fácil. Nada digno de registo especial no aparelho cardíô-pulmonar. Tensões ao PACHON-GALLAVARDIN na umeral direita: $TM=17$; $Tm=9$; $Io=4,5$; tempo de sangria normal, hemoglobina 70%. Urina sem elementos anormais.

Ventre ligeiramente abaúlado na região infra-umbilical, muito flácido. À palpação noto a existência duma tumefacção regular, dura, muito móvel e pouco dolorosa, que ocupa a fossa ilíaca esquerda e a metade esquerda da região hipogástrica, com o tamanho aproximado duma cabeça fetal de termo. Pelo toque verifico que esta tumefacção se sente através dos fundos de saco vaginais anterior e lateral esquerdo, e que entre ela e a face anterior do útero há um profundo sulco de separação. Os movimentos que lhe imprimo não se repercutem ao útero. Histerometria: 6 cm..

Diagnóstico hesitante entre quisto do ovário e fibromioma uterino pediculado.

Exame radiológico. — Injecto o *Tordiol* na cavidade uterina à pressão de 250 mm. de mercúrio, sob a verificação radioscópica (sonda de COTTE e o aparelho de ROBERTO DE CARVALHO).

À radioscopia verifico que o útero e trompas enchem facilmente.

O exame estéreo-radiográfico (Fig. 18, paralaxe esquerda) mostra o útero em retrô e látero-versão direita, com rotação do bordo direito para diante; trompas permeáveis. Num plano anterior em relação à imagem da cavidade uterina, um pouco para cima e para

a esquerda, notam-se umas sombras que parecem traduzir a existência de ossos e dentes.

Diagnóstico radiológico: teratoma quístico do ovário esquerdo.

Em 27-XI-1931 foi realizada a intervenção cirúrgica pelo Prof. MORAES FRIAS. Anestesia pelo éter; incisão mediana infra-umbilical. Feita a laparotomia verificou-se a existência duma volumosa tumefacção do ovário direito, situada adiante e um pouco à



Fig. 18

esquerda do útero, notando-se ainda um esbôço de torção ao nível do pedículo. O bordo direito do útero encontrava-se voltado para diante. O ovário esquerdo estava também bastante volumoso. Foi praticada uma histerectomia sub-total, por degulação posterior, com anexectomia bilateral. Apendicectomia. Após seqüelas operatórias normais, a doente saiu curada ao décimo sétimo dia da operação.

OBSERVAÇÃO XIII

A. R., de 42 anos de idade, casada, doméstica, natural da Póvoa do Varzim, entrou no Serviço de Clínica Ginècológica em 8 de Janeiro de 1931.

Antecedentes familiares. — Pai vitimado por uma broncopneumonia, mãe saudável. Três irmãos falecidos em criança, sete irmãos vivos, marido saudável.

Antecedentes pessoais. — Sem interêsse.

Antecedentes fisiológicos. — Primeira menstruação aos treze anos, fluxo menstrual em pequena quantidade, durando 3 a 4 dias; interlúnios irregulares.

Antecedentes obstétricos. — Nuligesta

Estado actual. — Queixa-se de abundantes perdas sangüíneas durante as épocas menstruais, que têm a duração de dez a doze dias. Durante os interlúnios tem uma abundante leucorreia, queixando-se ainda, uma vez ou outra, de perturbações urinárias (polaquiúria). Ligeira emaciação, astenia. Nada digno de registo ao nível do aparelho cardíô-pulmonar. Tensões ao PACHON-GALLAVARDIN na umeral direita: TM = 14; Tm = 8; Io = 4; tempo de sangria normal, hemoglobina 70%. Urina sem elementos anormais.

Ventre flácido e pouco doloroso à palpação. Pelo toque, noto ao nível do fundo de saco vaginal anterior uma tumefacção dura e volumosa, que parece fazer parte do corpo do útero. Histerometria: 7,5 cm..

Diagnóstico: fibromioma uterino.

História da doença. — Há três anos que a doente se queixa de meno e metrorragias e ainda de leucorreia abundante.

Exame radiológico. — Com a sonda de COTTE e o aparelho de ROBERTO DE CARVALHO, injecto *Tordiol* na cavidade uterina, sob verificação radioscópica e à pressão de 250 mm. de mercúrio.

À radioscopia verifico que a cavidade uterina está aumentada de volume, deformada, enchendo irregularmente; as trompas não se desenham.

A estéreo-radiografia (Fig. 19, paralaxe esquerda) mostra a ca-

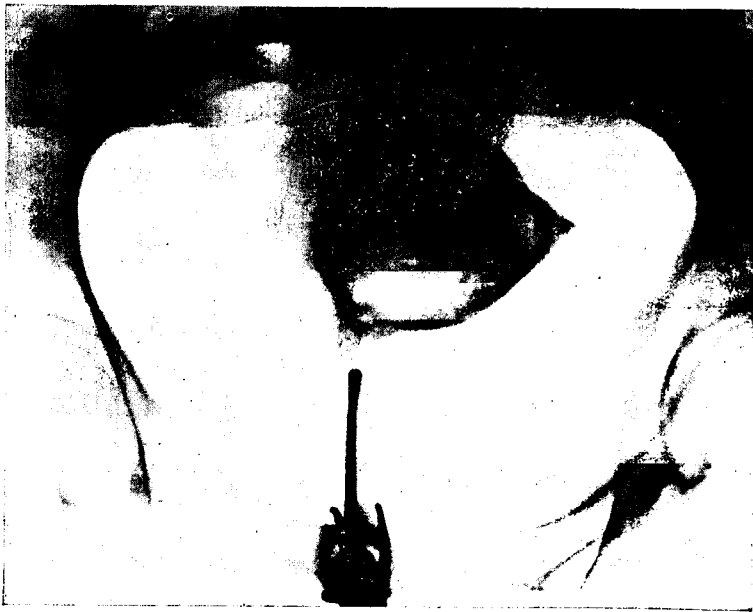


Fig. 19

vidade uterina aumentada de volume, irregular, dando a substância opaca na parte média uma sombra menos intensa que à periferia, o que faz pensar que o *Tordiol* se não distribuiu uniformemente. Ausência de sombras tubares.

Diagnóstico radiológico: fibromioma uterino invadindo a cavidade, com salpingite bilateral.

Em 4-III-1931 foi realizada a intervenção cirúrgica pelo Prof. MORAES FRIAS. Anestesia pelo éter; incisão mediana infra-umbilical.

Feita a laparatomia, pôde verificar-se que o útero se encontrava aumentado de volume e deformado, coexistindo uma salpingite bilateral. Foi praticada uma histerectomia sub-total, com anexectomia bilateral, pelo processo de KELLY. Appendicectomia.

O exame da peça colhida, mostra que se tratava dum fibromioma de variedade sub-mucosa, cavitário e situado na face anterior do útero. Após seqüelas operatórias normais, a doente saiu curada ao décimo sétimo dia da operação.

OBSERVAÇÃO XIV

R. P. F., de 36 anos de idade, viuva, operária, natural de Castelo de Paiva, entrou no Serviço de Clínica Ginêcológica em 4 de Abril de 1931.

Antecedentes familiares. — Pais já falecidos. Um irmão saudável e dois falecidos. Marido vitimado por desastre.

Antecedentes pessoais. — Sarampo e varíola em criança.

Antecedentes fisiológicos. — Primeira menstruação aos 14 anos, fluxo menstrual em pequena quantidade durante três a quatro dias; interlúnios regulares.

Antecedentes obstétricos. — Um parto espontâneo e de termo.

Estado actual. — Queixa-se de menstruações muito abundantes (12 a 15 dias), dolorosas, sensação de peso no baixo ventre e de dificuldade em defecar. Cefalalgias freqüentes queda acentuada do cabelo e vertigens. Nada digno de registo no aparelho cardíô-pulmonar. Tensões ao PACHON-GALLAVARDIN na umeral direita: TM=14; Tm=7; Io=4; tempo de sangria normal, hemoglobina 70 %. Urinas sem elementos anormais.

Ventre flácido ligeiramente abaúlado na região hipogástrica.

À palpação, noto a existência duma pequena tumefacção dura, regular e móvel. Pelo toque verifico que esta tumefacção se sente através do fundo de saco vaginal anterior e faz corpo com o útero. Os anexos são dolorosos à pressão. A cavidade uterina mede 9 cm.. Diagnóstico: fibromioma uterino com anexite bilateral.

História da doença. — Há dois anos que se queixa de seus padecimentos genitais, que ultimamente se têm exacerbado.

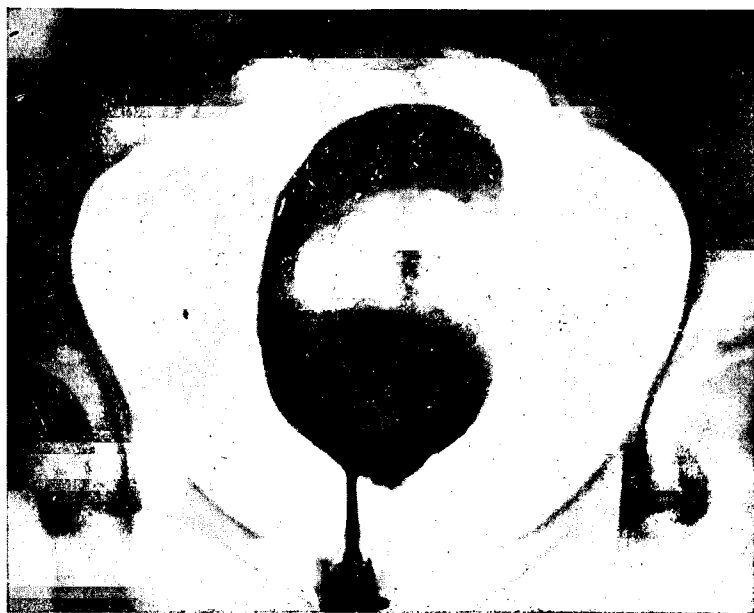


Fig. 20

Exame radiológico — Com a sonda de COTTE e o aparelho de ROBERTO DE CARVALHO injecto *Tordiol* na cavidade uterina, sob verificação radioscópica e à pressão de 200 mm. de mercúrio. À radioscopia verifico que a cavidade uterina, muito aumentada e deformada, se enche facilmente, enquanto que as trompas se não desenham.

A estéreo-radiografia (Fig. 20. paralaxe esquerda) mostra a cavidade uterina aumentada e deformada, apresentando na parte média uma zona mais clara em forma de meia lua. Ausência de qualquer mancha tubar.

Diagnóstico radiológico: fibromioma uterino, variedade sub-mucoso, com salpingite bilateral.

Em 30-V-1931, foi realizada a intervenção cirúrgica pelo Prof. MORAES FRIAS. Anestesia pelo éter; incisão mediana infra-umbilical. Feita a laparotomia pôde verificar-se que o útero se encontrava bastante aumentado de volume e deformado, e que havia de ambos os lados uma salpingite com ovarite escleroquistica. Foi praticada uma histerectomia sub-total, com anexectomia bilateral, pelo processo de KELLY.

O exame da peça mostra um volumoso fibromioma intracavitário, variedade sub-mucoso e situado na face anterior do útero. Após seqüelas operatórias normais, a doente saiu curada ao vigésimo dia da operação.

OBSERVAÇÃO XV

R. P. S., de 23 anos de idade, casada, doméstica, natural de Baião, entrou no Serviço de Clínica Ginecológica em 12 de Maio de 1931.

Antecedentes familiares. — Pais e seis irmãos saudáveis; dois irmãos doentes, sofrendo um do aparelho respiratório e outro do aparelho digestivo. Três irmãos falecidos, um de varíola, ignorando a causa da morte dos outros dois. Marido sífilítico.

Antecedentes pessoais. — Tem sido sempre saudável.

Antecedentes fisiológicos. — Primeira menstruação aos 14 anos, fluxo menstrual em pequena quantidade, durando quatro dias, interlúnios regulares.

Antecedentes obstétricos. — Nuligesta.

Estado actual. — Queixa-se de menorrugas, leucorreia abundante, dores ao nível do hipogastro e fossas ilíacas, as quais se exacerbam nos períodos prè-menstruais e irradiam para a região lombo-sagrada e coxa direita. Nada digno de registo no aparelho cárdio-pulmonar. Tensões ao PACHON-GALLAVARDIN na umeral direita: $TM = 12,5$; $Tm = 7$; $Io = 1,5$, tempo de sangria normal, hemoglobina 70%. Urina sem elementos anormais.

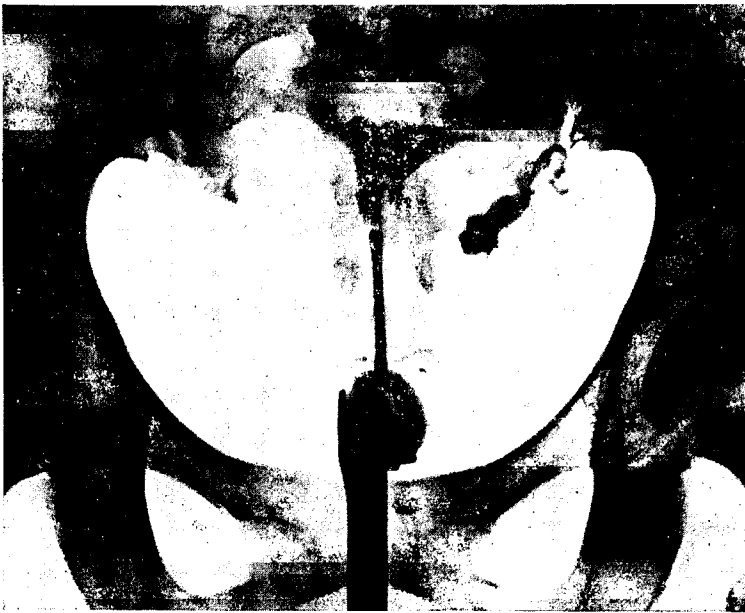


Fig. 21

Ventre flácido, indolor à palpação e deprimido. Pelo toque verifico que os anexos se encontram dolorosos e aumentados de volume. Histerometria: 4,5 cm..

Diagnóstico: metro-anexite bilateral.

História da doença. — Os seus padecimentos genitais apareceram-lhe há um ano.

Exame radiológico. — Com a sonda de COTTE e o aparelho de ROBERTO DE CARVALHO, injecto *Tordiol* na cavidade uterina sob verificação radioscópica e à pressão de 250 mm. de mercúrio. À radioscopia verifico que as cavidades uterina e tubares enchem com dificuldade, sendo as trompas impermeáveis. A estéreo-radiografia (Fig. 21, paralaxe esquerda) mostra a trompa direita muito pouco marcada e a esquerda dilatada na sua extremidade e situada no fundo de saco de DOUGLAS.

Diagnóstico radiológico: anexite bilateral.

Em 16-VI-1931 foi realizada a intervenção cirúrgica pelo Prof. MORAES FRIAS. Anestesia pelo éter; incisão mediana infra-umbilical. Feita a laparotomia verificou-se que além duma ovarite esclero-quística à esquerda, ambas as trompas eram volumosas e aderentes, estando a do lado esquerdo prolabada no fundo de saco de DOUGLAS.

Foi praticada uma histerectomia fúndica de BEUTNER com salpingectomia bilateral, ovariectomia direita e apendicectomia. Após seqüelas operatórias normais, a doente saiu curada ao décimo quinto dia da operação.

OBSERVAÇÃO XVI

R. M. P., de 43 anos de idade, casada, peixeira, natural da Póvoa de Varzim, entrou no Serviço de Clínica Ginecológica em 9 de Maio de 1931.

Antecedentes familiares. — Pais falecidos. Quatro irmãos e marido saudáveis; quatro irmãos falecidos, ignorando a causa da morte.

Antecedentes pessoais. — Sarampo em criança, uma pneumonia há 17 anos, uma febre tifoide há 12.

Antecedentes fisiológicos. — Primeira menstruação aos 14 anos, fluxo menstrual muito abundante, durando sete dias; interlúnios regulares.

Antecedentes obstétricos. — Dois partos espontâneos e de termo, dois abortos igualmente espontâneos, de três meses de gestação.

Estado actual. — Queixa-se de dores ao nível da fossa ilíaca esquerda, que irradiam para a região lombo-sagrada e coxa, que lhe impedem a marcha e se tornam muito violentas durante o período menstrual. Os interlúnios são curtos e os cataménios abundantes. Acentuada palidez da pele e mucosas, cefalalgias freqüentes, queda de cabelo, astenia, vômitos matinais, micções freqüentes. Nada digno de registo no aparelho cardíô-pulmonar. Tensões ao PACHON-



Fig. 22

-GALLAVARDIN na umeral direita: $TM = 12,5$; $Tm = 7$; $Io = 2\frac{1}{2}$; tempo de sangria normal, hemoglobina 60%. Urina sem elementos anormais.

Ventre muito flácido e indolor. Pelo toque, pude verificar que o útero se encontrava aumentado de volume. Histerometria: 9,5 cm..
Diagnóstico: fibromioma uterino.

História da doença.— Há quatro anos que se queixa dos seus padecimentos genitais, tendo consultado por esse motivo fóra deste Serviço. Foi-lhe aconselhado o tratamento cirúrgico, ao que ela se recusou. Há aproximadamente um ano que as menstruações se tornaram muito abundantes e os interlúnios curtos.

Exame radiológico.— Com a sonda de COTTE e o aparelho de ROBERTO DE CARVALHO injecto o *Tordiol* na cavidade uterina, sob verificação radioscópica e à pressão de 200 mm. de mercúrio.

À radioscopia verifico que a cavidade uterina e trompas se enchem facilmente.

A estéreo-radiografia (Fig. 22, paralaxe esquerda) mostra o útero em situação normal; trompas francamente permeáveis.

Diagnóstico radiológico: não há sinais radiológicos de fibromioma uterino.

Em 19-VI-1931 foi realizada a intervenção cirúrgica pelo Prof. MORAES FRIAS. Anestesia pelo éter; incisão mediana infra-umbilical. Feita a laparotomia, pôde verificar-se que havia uma ovariíte esclerótica bilateral. O útero estava um pouco aumentado de volume. Foi praticada uma histerectomia sub-total pelo processo de KELLY, com anexectomia bilateral. Após seqüelas operatórias normais, a doente saíu curada ao décimo sétimo dia da operação.

OBSERVAÇÃO XVII

J. A. S., de 33 anos de idade, solteira, doméstica, natural do Porto, entrou no Serviço de Clínica Ginècológica, em 25 de Maio de 1931.

Antecedentes familiares.— Pai vitimado por tuberculose pulmonar, mãe saudável, quatro irmãos doentes, uma irmã vitimada por tuberculose pulmonar.

Antecedentes pessoais.— Sarampo em criança, varíola há doze anos, febre tifoide há dez anos.

Antecedentes fisiológicos. — Primeira menstruação aos catorze anos, fluxo menstrual em pequena quantidade, durando 4 dias, interlúnios regulares.

Antecedentes obstétricos. — Dois partos espontâneos, de termo, e um prematuro de sete meses. Cinco abortos provocados, entre um mês e dois de gestação.

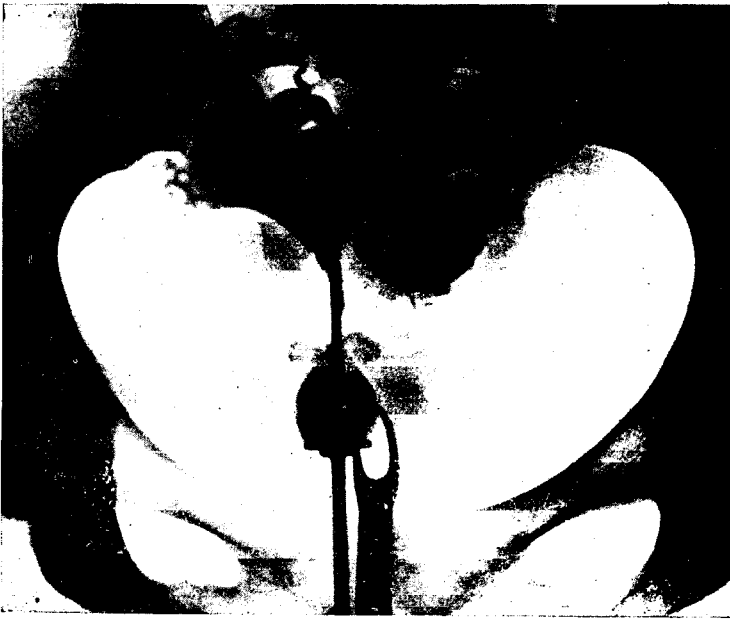


Fig. 23

Estado actual. — Dores ao nível da fossa ilíaca esquerda com irradiação para a região lombo-sagrada e coxas. Cefalalgias frequentes, micropoliadenia inguinal, fadiga fácil. Nada digno de registo especial ao nível do aparelho cardío-pulmonar. Tensões ao PACHON-GALLAVARDIN na umeral direita: TM = 11,5; Tm = 8,5; Io = 1; tempo de sangria normal; hemoglobina 60 %.

Ventre flácido e deprimido; dor à palpação na fossa ilíaca esquerda. Pelo toque, verifico a existência duma tumefacção dura, volumosa, pouco móvel, que ocupa o fundo de saco vaginal anterior e lateral esquerdo, havendo entre ela e o corpo uterino um profundo sulco de separação; os movimentos imprimidos a esta tumefacção transmitem-se ao útero. Colo muito volumoso e edemaciado. Histerometria: 6 cm..

Diagnóstico: Salpingò-ovarite volumosa à esquerda.

História da doença. — Há seis anos que se queixa duma dor na fossa ilíaca esquerda, dor que irradia para a região lombo-sagrada e se exacerba nos períodos menstruais, de corrimento abundante branco-amarelado que às vezes se torna ensangüentado após o coito. Consultou por êste motivo outro Serviço, onde lhe foi aplicado tratamento antiluéctico e descongestivo. Como não tivesse obtido melhoras, resolveu novamente consultar, tendo procurado o Serviço de Clínica Ginècológica onde se internou.

Exame radiológico. — Com a sonda de COTTE e o aparelho de ROBERTO DE CARVALHO, injecto o *Tordiol* na cavidade uterina, sob verificação radioscópica e à pressão de 250 mm. de mercúrio. À radioscopia verifico que o útero e a trompa esquerda enchem facilmente enquanto que a trompa direita se encontrava impermeável.

O exame estéreo-radiográfico (Fig. 23, paralaxe direita) mostra o útero de tamanho normal e em acentuada látero-versão direita. Trompa esquerda permeável, muito aumentada de calibre, sinuosa, distendida na extremidade, situada por detrás do útero e aderente ao fundo de saco de DOUGLAS. A trompa direita não se desenha.

Diagnóstico radiológico: salpingite bilateral de predomínio esquerdo.

Em 9-VII-1931 foi realizada a intervenção cirúrgica pelo Prof. MORAES FRIAS. Anestesia pelo éter; incisão mediana infra-umbilical. Feita a laparatomia, verificou-se a existência duma volumosa tumefacção situada adiante e ao lado do útero, estando êste des-

viado para a direita. Esta massa tumoral encontrava-se situada entre os dois folhetos do ligamento largo esquerdo. Trompa direita ligeiramente aumentada de volume e aderente à face posterior do útero. Ovário muito pequeno e em degenerescência quística.

Foi praticada uma histerectomia sub-total com salpingooforectomia bilateral e enucleação do tumor por um processo atípico.

Após seqüelas operatórias normais, a doente saiu curada ao décimo quinto dia da operação.

OBSERVAÇÃO XVIII

E. P. S. M., de 28 anos de idade, casada, doméstica, natural de Santo Tirso, entrou no Serviço de Clínica Ginecológica em 20 de Novembro de 1931.

Antecedentes familiares. — Pais vivos e saudáveis, dois irmãos falecidos: um com difteria e outro com meningite. Quatro irmãos e marido saudável.

Antecedentes pessoais. — Sarampo em criança.

Antecedentes fisiológicos. — Primeira menstruação aos 13 anos, fluxo menstrual em pouca quantidade, durando 5 dias, interlúnios regulares.

Antecedentes obstétricos. — Quatro partos espontâneos e de termo.

Estado actual. — Queixa-se de catamênios irregulares e dolorosos. Nada digno de registo especial no aparelho cardíopulmonar. Tensões ao PACHON-GALLAVARDIN na umeral direita: TM = 14; Tm = 7; Io = 4; tempo de sangria normal, hemoglobina 75%. Urina sem elementos anormais.

Ventre flácido e indolor à palpação. Pelo toque, verifico que o anexo esquerdo se encontra muito aumentado de volume e doloroso à pressão. O anexo direito, também doloroso à pressão, não parece aumentado de volume. Histerometria: 7,5 cm..

Diagnóstico: metro-anexite bilateral, predomínio esquerdo.

História da doença.— Há aproximadamente 2 anos que a doente notou, ao nível da fossa ilíaca esquerda, uma pequena tumefacção, dura e dolorosa, que a pouco e pouco foi aumentando de volume. A partir dessa data, as menstruações tornaram-se muito irregulares e dolorosas. Esteve internada nesta Enfermaria em Janeiro de 1930, tendo recusado a intervenção cirúrgica, razão por que teve alta em Março do mesmo ano. Porém, há aproximadamente dois meses que

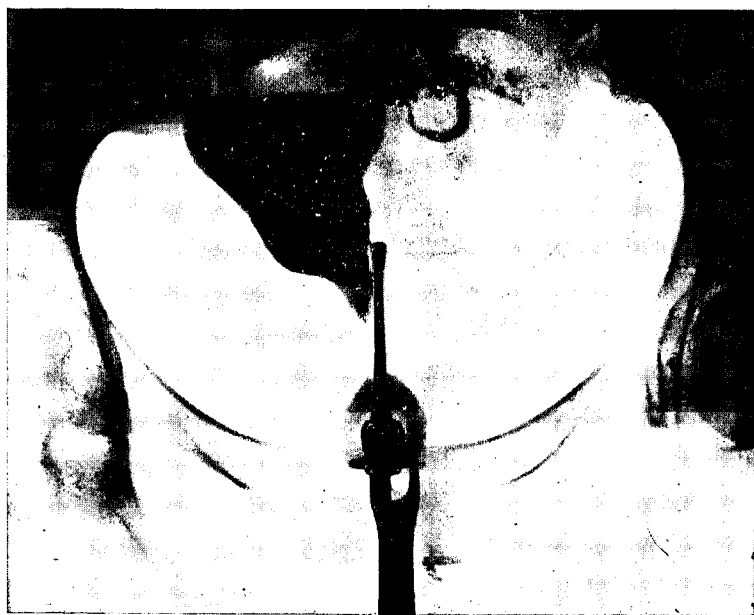


Fig. 24

os períodos menstruais se tornaram ainda mais irregulares e extremamente dolorosos, factos que levaram a doente a procurar de novo este Serviço para se submeter à intervenção cirúrgica proposta.

Exame radiológico.— Com a sonda de COTTE e o aparelho de ROBERTO DE CARVALHO, injecto *Tordiol* na cavidade uterina sob verificação radioscópica e à pressão de 200 mm. de mercúrio.

À radioscopia verifico que a cavidade uterina e as trompas enchem com certa dificuldade, havendo grandes contracções do corpo uterino. A trompa esquerda é permeável, parecendo a direita impermeável.

O exame estéreo-radiográfico (Fig. 24, paralaxe direita) mostra o útero ligeiramente aumentado de volume e em látero-versão direita. As trompas encontram-se num plano mais anterior em relação ao útero.

Diagnóstico radiológico: Salpingite bilateral.

Em 27-I-1932 foi realizada a intervenção cirúrgica pelo Prof. MORAES FRIAS. Anestesia pela mistura de SCHLEICH; incisão mediana infra-umbilical. Feita a laparotomia, verificou-se a existência duma salpingo-ovarite bilateral, estando os anexos muito aderentes ao intestino. Foi praticada uma histerectomia sub-total por hemissecção, com anexectomia bilateral.

Após seqüelas operatórias que decorreram normalmente, a doente saiu curada ao vigésimo quinto dia da operação.

OBSERVAÇÃO XIX

L. G. S., de 22 anos, solteira, natural de Arouca.

Antecedentes familiares. — Pai cardíaco, já falecido. A mãe padece de bronquite. Vive com um indivíduo aparentemente saudável.

Antecedentes pessoais. — Destituídos de interêsse.

Antecedentes fisiológicos. — Primeira menstruação aos 13 anos; fluxo menstrual abundante, durando 5 a 7 dias, interlúnios regulares,

Estado actual. — Esta doente, que era uma primigesta, deu entrada na Clínica Obstétrica em 2 de Outubro de 1932, informando de que, julgando-se grávida de 4 meses, tinha abortado. Dada a persistência das hemorragias resolveu internar-se.

O exame local mostrou o seguinte: vulva normal. Afastados os grandes e pequenos lábios, encontrou-se um septo mediano, orientado no sentido ântero-posterior e situado logo atrás do vestibulo vulvar. Pelo toque, verificou-se que este septo se continuava ao longo da vagina sem qualquer solução de continuidade, e a dividia em duas cavidades aparentemente iguais. A esquerda, que media 7 cm.,



Fig. 25

conduzia a uma saliência pouco pronunciada com a configuração dum colo de nulípara; uma histerometria praticada através deste colo rudimentar, deu o valor de 6 cm..

A direita, que media 6 cm., terminava no colo volumoso, entreaberto e franjado donde corria sangue vivo. A histerometria deste lado acusou uma altura uterina de 11 cm..

Tanto na cavidade direita como na esquerda, a mucosa tinha o aspecto normal, com pregas bem orientadas.

A exploração intra-uterina revelou a existência de restos ovulares em grande quantidade.

Diagnóstico: aborto incompleto numa mulher portadora de vagina dupla e possivelmente de útero duplo.



Fig. 26

A persistência e a abundância da hemorragia impunha um tratamento cirúrgico urgente. Sob narcose pelo éter e através da cavidade vaginal direita, praticou o Dr. RODRIGUES GOMES uma raspagem

uterina. As seqüelas operatórias decorreram normalmente e a doente teve levante ao décimo dia da operação.

Durante a intervenção, a hipótese de útero bipartido tomou vulto, pelo que se julgou conveniente confirmar o diagnóstico clínico pelo exame radiológico.

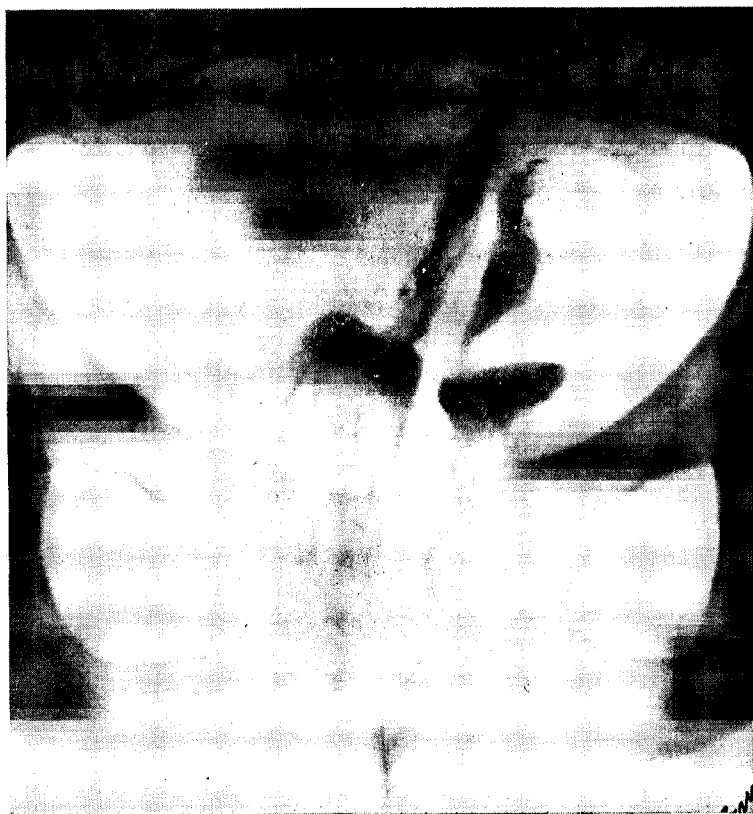


Fig. 27

Em 23 de Outubro pratiquei êsse exame. Depois de ter feito o cateterismo dos canais cervicais com duas sondas gomadas número 18, injectei na cavidade esquerda, sob a fiscalização radioscópica,

7 c.c. de *Tordiol*, quantidade que foi suficiente para encher a cavidade uterina e trompa dêste lado (Fig. 25).

Em seguida, através da sonda introduzida na metade direita, injectei a substância opaca, que mostrou uma cavidade uterina ligeiramente mais ampla que a esquerda e completamente independente dela (Fig. 26). Não foi possível obter a imagem tubar dêste lado, e tôda a tentativa feita neste sentido resultou inutil, porquanto ao menor excesso de pressão se dava a refluência do líquido para a cavidade da vagina, em virtude duma insuficiente obliteração do canal cervical.

A Fig. 27 mostra a imagem radiográfica das duas cavidades vaginais depois de retiradas as sondas e de as ter pincelado com o líquido opaco.

Diagnóstico radiológico : vagina dupla, com útero duplo bicervicado.

OBSERVAÇÃO XX

M. F. S., de 45 anos de idade, casada, doméstica, natural de Gondomar, entrou no Serviço de Clínica Ginècológica em 10 de Outubro de 1932.

Antecedentes familiares. — Pai vivo e saudável; mãe falecida há 12 anos, ignorando a causa da morte. Dois irmãos doentes e alguns falecidos. Marido doente, sofrendo do estômago.

Antecedentes pessoais. — Sarampo e varíola em criança.

Antecedentes fisiológicos. — Primeira menstruação aos 19 anos; fluxo menstrual em abundância, durando 4 a 5 dias; interlúnios regulares.

Antecedentes obstétricos. — Seis partos espontâneos e de termo; cinco abortos espontâneos.

Estado actual. — Queixa-se de menorrugas e de dores nas fossas ilíacas, com irradiação para a região lombo-sagrada. Ligeira ema-

ciação, palidez acentuada da pele e mucosas, astenia, vertigens, queda acentuada de cabelo, cefalalgias freqüentes. Nada digno de registo no aparelho cardíô-pulmonar. Tensões ao PACHON-GALLAVARDIN na umeral direita: $TM = 14$; $Tm = 7$; $Io = 3$; tempo de sangria normal, hemoglobina 65 %. Urina sem elementos anormais.

Ventre ligeiramente deprimido e flácido. Pelo toque nota-se o



Fig. 28

útero ligeiramente aumentado de volume e o anexo direito doloroso. A histerometria é difícil de executar.

Diagnóstico : provável anexite direita.

História da doença. — Há 12 anos, após um aborto espontâneo, que se vem queixando de menorragias e de irregularidade nos interlúnios (18 a 22 dias), assim como de dores ao nível das fossas

iliacas e hipogastro, dores que irradiam para a região lombo-sagrada. Queixa-se ainda de micções frequentes.

Exame radiológico. — Com a sonda de COTTE e o aparelho de ROBERTO DE CARVALHO, injecto o *Tordiol* na cavidade uterina sob verificação radioscópica e à pressão de 200 mm. de mercúrio.

À radioscopia, verifico que o útero e trompa esquerda enchem facilmente, enquanto que a direita não se desenha (impermeável). O exame estéreo-radiográfico mostra o útero em posição normal ligeiramente aumentado de volume.

Diagnóstico radiológico: anexite direita.

Em 24-XI-1932, foi realizada a intervenção cirúrgica pelo Prof. MORAES FRIAS. Anestesia pelo éter; incisão mediana infra-umbilical. Feita a laparotomia pôde verificar-se a existência duma anexite bilateral mais acentuada e aderente à direita. Foi praticada uma histerectomia sub-total, com anexectomia bilateral, pelo processo de KELLY. O exame da peça colhida nada revelou de especial no corpo uterino, se exceptuarmos a existência duma metrite. Após seqüelas operatórias normais, a doente saiu curada ao décimo sexto dia da operação.

OBSERVAÇÃO XXI

J. F. P., de 43 anos de idade, casada, doméstica, natural de Ponte da Barca, entrou no Serviço de Clínica Ginecológica em 30 de Outubro de 1933.

Antecedentes familiares. — Pai vitimado por uma septicemia; mãe, marido e cinco irmãos saudáveis. Um irmão falecido de bacilose intestinal e outro com uma afecção gástrica, da qual foi operado.

Antecedentes pessoais. — Sarampo em criança; uma infecção intestinal há dois anos.

Antecedentes fisiológicos. — Primeira menstruação aos 13 anos, fluxo menstrual em pequena quantidade, durando 5 dias, interlúnios regulares.

Antecedentes obstétricos. — Quatro partos espontâneos e de termo, um abôrto de dois meses de gestação.

Estado actual. — Queixa-se de menorragias acompanhadas de dores e duma leucorreia ensanguentada durante os interlúnios. Emaciação, palidez da pele e mucosas, astenia, fadiga fácil. Nada digno de registo especial no aparelho cardíô-pulmonar. Tensões ao PACHON-GALLAVARDIN na umeral direita: $TM = 16$; $Tm = 8$; $Io = 5$; tempo de sangria normal, hemoglobina 60 %.

Ventre flácido e depressível. Pelo toque, noto que o corpo uterino se encontra aumentado de volume; bloco útero-anexial móvel. Tentativa de histerometria que não levei a cabo por provocar hemorragia.

História da doença. — Queixa-se há dois anos dos seus padecimentos genitais, que ultimamente muito se têm exacerbado. Em Março de 1934 procurou a Consulta Externa dêste Serviço onde lhe foram colhidos uns fragmentos do colo uterino para exame histopatológico e aconselhado o tratamento anti-luético. O exame dos fragmentos enviados revelou a presença de lesões inflamatórias de carácter sub-agudo, mas em nenhum dos cortes feitos se encontrou indícios de degenerescência maligna.

Depois de se ter submetido a um tratamento anti-luético intenso, como se não sentisse melhor, voltou em Agosto à consulta, onde lhe fôram colhidos novos fragmentos do colo uterino para novo exame histopatológico, que, como o primeiro, não revelou lesões de carácter neoplásico. Como os seus padecimentos se continuassem a agravar, resolveu internar-se, o que fez em Outubro do mesmo ano.

Diagnóstico: provável neoplasia do corpo uterino.

Exame radiológico. — Com a sonda de COTTE e o aparelho de ROBERTO DE CARVALHO, injecto o *Tordiol* na cavidade uterina, sob verificação radioscópica e à pressão de 150 mm. de mercúrio.

À radioscopia verifico que a substância opaca se distribue duma forma irregular na cavidade uterina. A estéreo-radiografia

mostra (Fig. 29, paralaxe esquerda) que na parte média da cavidade uterina há uma imagem lacunar, com os bordos irregulares e recortados.

Diagnostico radiológico.—Neoplasia maligna do corpo uterino.

Em 18-XII-1933, foi realizada a intervenção cirúrgica pelo Prof. MORAES FRIAS. Anestesia pelo éter e mistura de SCHLEICH; incisão mediana infra-umbilical. Feita a laparatomia, verificou-se



Fig. 29

que o corpo uterino se encontrava aumentado de volume. Foi praticada uma histerectomia total, com anexectomia bilateral.

O exame da peça colhida revelou a existência, na cavidade uterina, duma produção vegetante que o exame histo-patológico mostrou tratar-se dum *Epitelioma mixto*.

Depois dum período post-operatório um pouco mais demorado,

por motivo de deiscência da parte da ferida operatória, a doente saiu curada em 29 de Janeiro de 1934.

OBSERVAÇÃO XXII

D. F. C., de 25 anos de idade, casada, doméstica, natural de Santo Tirso, entrou para o Serviço de Clínica Ginècológica em 21 de Agôsto de 1934.

Antecedentes familiares. — Pai já falecido de (?).

Antecedentes pessoais. — Àparte um sarampo em criança, tem sido saudável.

Antecedentes fisiológicos. — Primeira menstruação aos 15 anos, catamênios abundantes, durando 8 a 10 dias.

Antecedentes obstétricos. — Nuligesta.

Estado actual. — Queixa-se de dores ao nível das fossas ilíacas, pêso no hipogastro e de meno e metrorragias. Nada digno de registo no aparelho cárdio-pulmonar. Tensões ao PACHON-GALLAVARDIN: TM = 13; Tm = 7,5; Io = 3; tempo de sangria normal, hemoglobina 70 %. Urina sem elementos anormais. Pelo toque verifico que os anexos são dolorosos à pressão.

Diagnóstico: Metro-anexite bilateral.

História da doença. — Há aproximadamente ano e meio que se queixa dos seus padecimentos genitais que últimamente se exacerbaram.

Em 19-X-2934 foi realizada pelo Prof. MORAES FRIAS, uma intervenção cirúrgica para se proceder ao tratamento das suas lesões anexiais. Praticada a laparotomia verificou-se a existência dum útero didelfo. Ressecou-se o prè-sagrado e parte do ovário direito. Após seqüelas operatórias normais, a doente saiu curada.

Para obter uma imagem radiográfica dêste útero, algum tempo após a intervenção cirúrgica submeti a doente ao exame radiológico.

Com a sonda de COTTE e aparelho de ROBERTO DE CARVALHO injectei *Tordiol*, sob a verificação radioscópica e à pressão de 200 mm. de mercúrio.

À radioscopia verifíco o enchimento relativamente fácil das duas porções do útero e a ausência de manchas tubares.

A estéreo-radiografia (Fig. 30, paralaxe direita) mostra o corpo

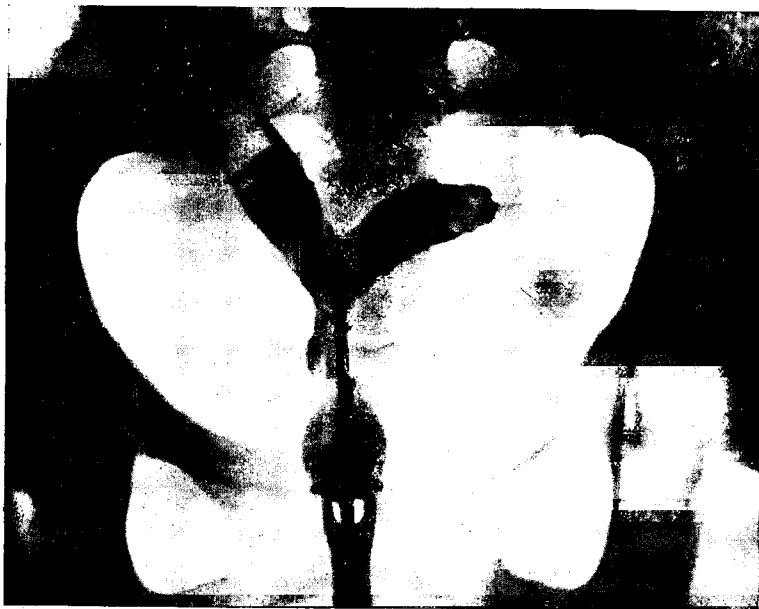


Fig. 30

uterino dividido em duas metades idênticas, separadas por um sulco. As trompas não se desenham.

OBSERVAÇÃO XXIII

L. M. S., de 25 anos de idade, solteira, serviçal, natural de Santo Tirso, entrou para o Serviço de Clínica Ginècológica em 2 de Abril de 1935.

Antecedentes familiares. — Mãe viva e saudável, pai já falecido.

Antecedentes pessoais. — Foi sempre saudável.

Antecedentes fisiológicos. — Primeira menstruação aos 16 anos, fluxo menstrual em pouca quantidade, durando 7 ou 8 dias; interlúnios regulares.

Antecedentes obstétricos. — Um parto espontâneo e de termo.

Estado actual. — Queixa-se de dores nas fossas ilíacas que irradiam para a região lombo-sagrada e coxas. Cefalalgias frequentes e vertigens. Nada digno de registo especial ao nível do aparelho cardíaco-pulmonar. Tensões ao PACHON-GALLAVARDIN: TM=12,5; Tm=6; Io=1,5; tempo de sangria normal, hemoglobina 70%. Urina sem elementos anormais.

Ventre flácido e pouco doloroso à palpação. Pelo toque notado através do fundo de saco vaginal posterior o corpo uterino em retróversão. Os anexos, principalmente à esquerda, são dolorosos ao toque.

Diagnóstico. — Retróversão uterina, anexite bilateral, com predominio esquerdo.

História da doença. — Há três anos que se queixa dos seus padecimentos genitais, que ultimamente se têm exacerbado, chegando por vezes a impedir-lhe a marcha.

Exame radiológico. — Com o *histero-manometro* de BÉCLÈRE injecto *Tordiol* na cavidade uterina, sob verificação radioscópica e à pressão de 250 mm. de mercúrio.

À radioscopia noto que a cavidade uterina se enche facilmente, não acontecendo outro tanto com as trompas, que no entanto são permeáveis.

A estereoradiografia (Fig. 31, paralaxe direita) mostra o corpo

uterino em retrôversão e mancha de substância opaca dispersas na cavidade abdominal.

Diagnóstico radiológico. — Retrôversão uterina.

Em 12-IV-1935 foi realizado o tratamento cirúrgico. Anestesia pelo éter; incisão mediana infra-umbilical. Feita a laparotomia,



Fig. 31

verificou-se a existência duma retrôversão uterina com salpingo-ovarite à direita e ovarite microquística à esquerda. Foi praticada uma anexectomia à direita, ressecção parcial do ovário esquerdo e encurtamento dos ligamentos redondos por um processo atípico. Após seqüelas operatórias normais, a doente saiu curada ao décimo quinto dia da operação.

CONCLUSÕES

O que pude lêr sôbre a importância clínica da histero-salpingografia e os resultados que obtive com este método de exploração ginècológica, permitem-me tirar as seguintes conclusões:

1.^a — A histero-salpingografia é indispensável para o estudo morfológico, no vivo, das cavidades do útero e trompas.

2.^a — Presta valiosos serviços no diagnóstico das afecções ginècológicas, como auxiliar do exame clínico.

3.^a — Adquire particular importância para o diagnóstico da impermeabilidade tubar e das afecções neoplásicas do corpo do útero (cancro em especial).

4.^a — A técnica preferida deverá ser a de «colo fechado», desde que se não exceda a pressão de 300 mm. de mercúrio.

5.^a — É indispensável o exame radioscópico durante a injeção da substância opaca e as radiografias deverão ser estereoscópicas.

6.^a — O *Tordiol*, única substância que utilizei, além de ser excelente meio de contraste, é muito bem tolerado pelas doentes.

7.^a — Respeitadas as contra-indicações e todos os pormenores de técnica, a histero-salpingografia é destituída de inconvenientes.

BIBLIOGRAFIA

- ADAME ROMERO (MAURICIO) — Contribución al estudio de la exploración de las cavidades uterinas tubarias con un líquido opaco a los rayos X. *Revista Española de Obstetricia y Ginecología*, n.ºs 145, 146 e 147, pág. 22, 49 e 97, 1928.
- ALBANO (G.) — What Happens to the Introduced Iodized Oil After Salpingography? (Was geschieht mit dem eingefuehrten Jodoel nach einer Salpingographie?). *Zentralbl. f. Gynaek.*, 1929, pág. 1894; Refer. in *International Abstract of Surgery*, Volume L, pág. 442, 1930.
- ARCIERI (M.) — La histerosalpingografia y la prueba de RUBIN en la estudio de la esterilidad femenina. *Revista de la Medicina Italiana*, n.º 26, pág. 12, 1930.
- AUBOURG (P.) — Huilome tubaire bilatéral, trente deux mois après un lipiodo-diagnostic. *Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, n.º 12, Séance du 4 juillet 1930, pág. 566 et 568 avec 2 radios; Refer. in *Journal de Radiologie et d'Électrologie*, tome xv, n.º 9, pág. 524, 1931.
- BACKER — Radiographie de l'appareil génital de la femme après injection de lipiodol dans la cavité uterine. *Bulletin et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*. Tome XIX, pág. 169, 1927.

- BAJONSKI — Badania doswiadczone nad metoda Rubina i uterosalpingografja na meterjale martwym. (Insufflation et hystéro-salpingographie expérimentale de l'appareil génital de la femme). *Ginekologie Polska*, t. VIII, pag. 826, 1929; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*. Tome XXIII, n.º 2, pag. 176, 1931.
- BARTON COOK HIRST — Some moot Points in the Diagnosis of the Causes and in the Treatment of Sterility. *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Saint Louis, t. IV, n.º 2, pag. 160, août 1922; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome IX, n.º 3, pag. 314, 1934.
- BAUMANN — Radiodiagnostic dans la grossesse et pendant l'accouchement. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, t. LXXVII, n.º 27, 4 juillet 1930, p. 1148; Refer. in *Journal de Radiologie et d'Électrologie*, Tome XV, n.º 3, pag. 164, 1931.
- BÉCLÈRE (C.) — The Pressure in Intra-Uterine Injection of Iodized Oil. *Gynécologie et Obstétrique*, 14, p. 105, 1926; Refer. in *The Journal American Medical Association*, Volume 87, Number 22, pag. 1869, 1926.
- BÉCLÈRE (CLAUDE) — De la importancia de la medida de pression durante las inyecciones intrauterinas de lipiodol. *Gynécologie et Obstétrique*, Agosto de 1929; Refer. in *Revista Española de Obstetricia y Ginecología*, n.º 131, pag. 518, 1926.
- BÉCLÈRE (CLAUDE) — Technique de l'injection intra-utérine de lipiodol en radiodiagnostic gynecologique. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XVI, n.º 5, pag. 313-316, 1927.
- BÉCLÈRE (CLAUDE) — Les procédés Radiologiques d'Exploration en Gynécologie. Pneumo-péritoine — Insufflation — Injection opaque intra-utérine. *Paris Médical*, n.º 5, pag. 109, 4 février 1928.
- BÉCLÈRE (C.) — Lipiodol in Gynaecology. *Bruxelles Médical*, January 8 th., 1928, pag. 319; Refer. in *The British Medical Journal*, Epitome of Current Medical Literature, march 24, pag. 52, 1928.

- BÉCLÈRE (CLAUDE) — Le Diagnostic Radiologique de la Perméabilité Tubaire en Chirurgie Gynecologique. *La Presse Medicale*, n.º 39, pág. 617, 16 mai, 1928.
- BÉCLÈRE (CLAUDE) — Un radio-diagnostic gynécologique. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome xvii, n.º 4, pág. 480, 1928.
- BÉCLÈRE (CLAUDE) — Cent observations de radio-diagnostic gynécologique par injection de lipiodol. *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, Tome liv, n.º 10, pág. 419, 1928.
- BÉCLÈRE (CLAUDE) — L'exploration radiologique en gynécologie. Technique — Resultats. *Masson et C.^{ie}, Éditeurs*, Paris 1928.
- BÉCLÈRE (CLAUDE) — De l'Hydrosalpinx à soupape. *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xix, n.º 3, pág. 191, 1929.
- BÉCLÈRE (CLAUDE) — Lipiodol intra-utérin et stérilité. *La Medecine*, Juin 1929; Refer. in *Journal de Radiologie et d'Électrologie*, Tome xiv, n.º 3, pág. 202, 1930.
- BÉCLÈRE (CLAUDE) — Technique de l'hystério-salpingographie. *Journal de Radiologie et d'Électrologie*, Tome xiv, n.º 4, pág. 219, 1930.
- BÉCLÈRE (CLAUDE) — Comment interpréter une radiographie de l'utérus et des trompes de Fallope? *Le Monde Médical*, n.º 780, pág. 923, 1930.
- BÉCLÈRE (CLAUDE) — Hystéro-salpingographie et Stérilité féminine. (*III^e Congrès Intern. de Radiol.*, Paris, juillet 1931); in *Gazette des Hopitaux*, 105^e année, n.º 60, pág. 1121, 27 juillet, 1932.
- BÉCLÈRE (CLAUDE) — A propos des injections vasculaires accidentelles au cours de l'hystérosalpingographie. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome xxii, n.º 1, pág. 31, janvier, 1933.
- BÉCLÈRE (CLAUDE) — Le spasme de l'isthme utérin. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome xxii, n.º 2, pág. 126, 1933.

- BÉCLÈRE (CLAUDE) — Instrumentation modifiée pour hystéro-salpingographie. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, Séance du 6 février 1933; in *La Gynécologie*, 32^e Année, pag. 398, juillet, 1933.
- BÉCLÈRE (CLAUDE) — L'hystérogographie dans le diagnostic des lésions intra-utérines et des metrorragies fonctionnelles. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome xxii, n.º 10, pag. 815, 1933.
- BÉCLÈRE (CL.), DARBOIS et LEDOUX-LEHARD — Du diagnostic radiologique des fibro-myomes utérins. *Journal de Radiologie et d'Électrologie*, Tome xiii, n.º 1, pag. 1, 1929.
- BÉCLÈRE (HENRI), PORCHER et AMELINE — Radiographie latérale du bassin osseux et des organes pelviens. *Journal de Radiologie et d'Électrologie*, Tome x, n.º 7, pag. 317, 1926.
- BÉCLÈRE (HENRI), et PORCHER (PIERRE) — Instrumentation pour le radiodiagnostic par le lipiodol. *Journal de Radiologie et d'Électrologie*, Tome xi, n.º 4, pag. 236, 1927.
- BÉGOUIN et MATHEY-CORNAT — Hystérogographie et salpingographie dans un cas de fibrome utérin de diagnostic difficile. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome xvi, n.º 2, pag. 127, 1927.
- BELOT (J.) et BAUDE — Hystéro-salpingographie d'un utérus didelphe. *Bulletin de la Société de Radiologie Médicale de France*, n.º 5, pag. 221, 1928; Refer. in *Journal de Radiologie et d'Électrologie*, Tome xiii, n.º 4, pag. 263, 1929.
- BELOT (J.), TEDESCO and BÉCLÈRE (CLAUDE) — Un cas de reaction salpingienne après injection intra-utérine de lipiodol. (A case of tubal reaction following intrauterine injection of lipiodol). *Bull. et Mém. Soc. de Radiol. Méd. de France*, February, 1929, 17, 74 — 75; Refer. in *The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy*, Vol. xxiii, n.º 1, pag. 103, 1930.
- BERNARD (RAYMOND) — Fibromes et rayons X; quelques cas malheureux de radiothérapie sur des tumeur pelviennes prises

- à tort pour des fibromes. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XXI, n.º 6, pag. 394, 1932.
- BERTROU — L'Utérus bicorne unicervical Chirurgie conservatrice et plastique. *Thèse*, Bordeaux 1926; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*. Tome XIX, n.º 4, pag. 333, 1929.
- BONNET (LOUIS) et BÉCLÈRE (CLAUDE) — Utérus didelphe avec vagin double. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XVIII, n.º 10, pag. 698, 1929.
- BOTIN (FRANCISCO) — Diagnóstico radiográfico en Ginecologia. *La Medicina Ibera*. Año XIII, num. 620, Tomo XXV, Vol. II, pag. 301.
- BRINDEAU e BÉCLÈRE (CLAUDE) — Grossesse normale dans un utérus double. *Bulletin de la Société de l'Obstétrique et de Gynécologie*. Tome XVII, n.º 3, pag. 226, 1928.
- BROCQ (P.) et BÉCLÈRE (CLAUDE) — Un cas d'utérus bicorne avec spina-bifida de la V^e lombaire; diagnostic par la radiographie après injection de lipiodol dans l'utérus. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XVII, n.º 3, pag. 227, 1928.
- BROCQ (P.) et BÉCLÈRE (C.) — Du diagnostic de certaines malformations utérines par l'examen radiologique avec injection de lipiodol. *La Médecine*, 9.^e année, n.º 7, pag. 525; Refer. in *Archive d'Electricité Médicale*, n.º 550, pag. 376, 1929.
- BRUN et CORTESI — A propos des accidents consécutifs aux injections intra-utérines de lipiodol. *Bulletins de la Société Nationale de Chirurgie*, Tome LV, n.º 3, pag. 134, 1929.
- BRYSKIER et BÉCLÈRE (CLAUDE) — Un cas d'utérus double. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XVII, n.º 3, pag. 223, 1928.
- CAJZAGO (EUGEN) — Ein im Anschluss an Hysterographie durch (Elembolie verursachter Todesfall. (Un cas de mort par embolie graisseuse à la suite d'hystérogaphie). *Zentralblatt für Gynäkologie*, Tome LV, n.º 9, 1931; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*. Tome XXVI, n.º 1, pag. 68, juillet, 1932.

- CARAVEN — Injection vasculaire massive de lipiodol au cours d'une hystérographie (cancer du corps); bénignité absolue de cette injection. *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, n.º 10, pág. 431 a 433. avec 1 radio, séance du 18 mars, 1933.
- CARAVEN (J.) — Sur l'entrée du lipiodol dans les veines utérines. *La Picardie Médicale*, an. XI, n.º 2, février 1933, p. 51-62; Refer. in *Journal de Chirurgie*, Tome XLIII, n.º 4, pág. 617, avril, 1934.
- CARAVEN (J.) — Difficulté d'interprétation de clichés d'hystérographie. *La Picardie Médicale*, n.º 2, février, 1933; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xxx, n.º 3, pág. 290, 1934.
- CARAVEN (J.) — N'affirmez pas facilement qu'une corne est bouchée. *La Picardie Médicale*, n.º 2, février, 1933; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xxx, n.º 3, pág. 290, 1934.
- CARAVEN (J.) — Sur l'entrée du lipiodol dans les veines utérines. *La Picardie Médicale*, n.º 2, février, 1933; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xxx, n.º 3, pág. 291, 1934.
- CARRERAS (F.), FIGUERAS (I.) y FAIXAT (F.) — Sobre un nuevo metodo de exploracion radiográfica en Ginecologia. *Revista Médica de Barcelona*, Año III, Tomo V, pág. 436, 1926.
- CASTRONOVO (E.) — La valeur pratique de l'hystéro-salpingographie. *La Radiologia Médica*, Vol. xv, fasc. 8; Refer. in *Journal de Radiologia et d'Électrologie*, Tome XIII, n.º 6, pág. 357, 1929.
- CATHALA (V.) — Valeur de la radiographie pour le diagnostic de la grossesse extra utérine. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XIX, n.º 6, pág. 387, 1930.
- CATTE (M.) — L'esplorazione dell'utero e delle trombe con l'iniezione de lipiodol. *Archivio d'Electricità Medica*, n.º 55, Maggio, 1930; Refer. in *Archivio di Radiologia*. Ano VII, pág. 148, 1931.
- CENTANARO (DOMINGO E.) — Esterilidad femenina. Consideraciones sobre 200 casos (persuflacion de las trompas de Falopio, exploracion radiográfica). (Stérilité féminine. Consi-

- dérations sur 200 cas insuflation des trompes de Fallope, exploration radiographique). *Clinica Obstétrica y Gynecologica*, 1928; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xxii, n.º 6, pág. 556, 1930.
- CHARBONNEL — Radiographie d'une pièce d'hystérectomie pour hydrosalpinx ouvert bilatéral, injectée au lipiodol. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome xxii, n.º 5, pág. 349, 1932.
- CHATILLON (F.) — La esterilidad de origen uterino. (Diagnóstico y tratamiento). *V congreso de la Asociación de Ginecólogos y Tocólogos de lengua francesa*. Lyon, 29, 30 de septiembre y 1 de octubre de 1927. In *Revista Española de Obstetricia y Ginecologia*, n.º 143, pág. 507, 1927.
- CHYDENIUS (J. J.) — Om salpingografi vid sterilitet. (Salpingographie dans la stérilité). *Finska Läkaresällskapets Handlingar*, Tome LXXIII, octobre, 1931; Refer in *Gynécologie et Obstétrique*. Tome xxix, n.º 2, pág. 181, février, 1934.
- COTTE — Instrumentation pour injection intra-utérine de lipiodol. *Soc. de Chir. de Lyon*, 25 février 1926; Refer. in *La Presse Médicale*, n.º 20, pág. 313, 10 mars, 1926.
- COTTE — Appareil manométrique pour mesurer la pression dans les explorations radiologiques, avec injection de lipiodol. *Soc. de Chir. de Lyon*, 9 juin 1927, in *Lyon Chir.*, Tome xxiv, n.º 6, pág. 716; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xx, n.º 1, pág. 122, 1929.
- COTTE — L'exploration de l'utérus et des trompes après injection de lipiodol. *Journal de Radiologie et d'Électrologie*, Tome xiii, n.º 6, pág. 321, 1929.
- COTTE — Le Radiodiagnostic en Gynécologie. *Rapport présenté au VIIe Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française*. (Bordeaux, 1^{er}, 2 et 3 octobre 1931). *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xxiv, n.º 3, pág. 193, 1931.
- COTTE — Sur la valeur thérapeutique des injections intra-utérines de lipiodol dans la stérilité féminine. *Lyon Médical*,

- Tome cxlvii, pag. 3; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xxix, n.º 2, pag. 181, février, 1934.
- COTTE e BERTRAND (P.) — Sur l'exploration radiographique de l'utérus et des trompes après injection de lipiodol (*Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 14 janvier 1926), in *Lyon Chirurgical*, Tome xxiii, n.º 3, pag. 384, mai, juin, 1926.
- COTTE et BERTRAND (P.) — L'implantation tubo-utérine. *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xv, n.º 3, pag. 182, 1927.
- COURTY et CORDONNIER — Quelques cas d'hystéro-salpingographie. *Société Médicale et Anatomo-Clinique de Lille* (Séance du 12 janvier, 1932); in *Gazette des Hopitaux*, 105^e année, n.º 27, pag. 504, 2 avril, 1932.
- COUVELAIRE, PORTES et DIGONNET — Radio-diagnostic de la gestation ectopique. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome xix, n.º 5, pag. 345, 1930.
- COVENTRY (W. A.) — Lipiodol Injection in Diagnosis of Sterility. *Minnesota Medicine*, 11, p. 769, 1928; Refer. in *The Journal of the American Medical Association*, Volume 92, Number 3, pag. 267, 1929.
- DAUVE — Contribution à la lutte contre la stérilité féminine: 17 cas de grossesse après insufflation tubaire et utéro-salpingographie. *Le Scalpel*, Tome xxxii, n.º 45, 9 Novembre 1929, p. 1221-1224; Refer. in *Journal de Chirurgie*, Tome xxxv, n.º 1, pag. 139, Janvier, 1930.
- DAUWE (M. O.) — Contribution à la lutte contra la stérilité féminine. Dix-septe cas de grossesse après insufflation tubaire et utérosalpingographie. *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xx, n.º 4, pag. 560, 1929.
- DELASSUS — Quelques réflexions sur l'injection des trompes utérines. A propos d'un cas malheureux. *La Presse Médicale*, n.º 81, pag. 1286, 10 Octobre, 1928.
- DI NATALE (L.) — Sulla istero-salpingografia. *Società Piemontese di Chirurgia*. Seduta del 16 aprile 1932; Refer. in *Riforma Medica*, n.º 35, pag. 1225, 1932.

- DOLÉRIIS (J. A.), PAUL PETIT DUTAILLIS, ROULLAND (H) — Etudes de Gynécologie Clinique & Opératoire, Fascicule III. Paris, 1929.
- DOR (JACQUES) — Tumeur du corps de l'utérus. Radio-diagnostic lipiodolé. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, Tome VI, n.º 5, mai 1932; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome XXIX, n.º 3, pag. 226, mars, 1934.
- DOR (JACQUES) — Polypes intra-utérin. Radio-diagnostic lipiodolé. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, Tome VII, n.º 4, avril, 1933; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome XXX, n.º 3, pag. 290, 1934.
- DOUAY — La stérilité d'origine tubaire (diagnostic et traitement). Rapport au Ve Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française. (Lyon, 29, 30 Septembre, 1^{er} Octobre 1927); in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome XVI, n.º 2, pag. 126, 1927.
- DOUAY — Observation de grossesse consécutive à une injection de Lipiodol. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XVII, n.º 1, pag. 29, 1928.
- DOUAY (E.) — La Sténose Isthmique. *Le Journal Médical Français*, Tome XVII, pag. 410, 1928.
- DOUAY — Les résultats observés dans le traitement de la stérilité par l'insuflation et de lipiodol. *Gynécologie et Obstétrique*, Tome XX, n.º 4, pag. 556, 1929.
- DOUAY — Examen au lipiodol dans le cancer du corps de l'utérus. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XVIII, n.º 7, pag. 447, 1929.
- DOUAY — Métrorragies après la ménopause par cancer de l'ovaire. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XIX, n.º 5, pag. 340, 1930.
- DUCUING (JACOTOT) et GAYRAL — A propos des radiographies de l'ovaire, *Journal de Radiologie et d'Électrologie*, Tome X, n.º 4, pag. 172, 1926.
- DUHAIL (PIERRE) — Un cas d'utérus didelphe avec vagin double.

- Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*,
Tome XXV, n.º 13, pág. 610, 13 de Novembre 1933.
- DUVAL (PIERRE) — Des dangers de l'hystérogaphie par injection
intra-utérine. *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale
de Chirurgie*, Tome LIV, n.º 14, pág. 603. 1928.
- EISEMBERG (JOSEPH JOHNS) — Esplorazione radiologica (diagnosi) de-
gli organi pelvici com l'ainto dell'olio iodato. *Radiology*,
n.º 2, febbraio, 1933. Refer. in *Archivio Di Radiologia*,
Anno x, Fasc. 1, Parte II, pág. 75.
- ELDERING — La radiographie du tractus uro-génital chez la femme.
Roentgenpraxis, 15 janvier, 1930, p. 74; Refer. in *Journal de
Radiologie et d'Électrologie*, Tome xv, n.º 3, pág. 164, 1931.
- ENCARNAÇÃO (AMADEU) — Histeroscopia, suas aplicações ao diagnós-
tico e tratamento das doenças intra-uterinas. *Tese*, Pôrto,
1914.
- ESCH (F.) — Dreimalige vergebliche Abrasio bei Abort, Aufklärung
des Misserfolges durch ein Röntgenogramm. (Triple
curettage de l'utérus au cours de l'avortement et sans
résultat; explication de l'insuccés par la radiographie).
Deutsche medizinische Wochenschrift, t. LV, n.º 50, 13 déc.
1929; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome XXII,
n.º 5, pág. 456, 1930.
- EYDING (A.) — Salpingographies de contrôle après interventions
stérilisantes. *Zentralblatt für Gynäkologie*, n.º 24, 1933;
Refer. in *La Gynécologie*, 32^e année, n.º 11, pág. 620,
novembre, 1933.
- FAURE (J. L.) et SIREDAY (A.) — Traité de Gynécologie médico-chi-
rurgicale. Quatrième édition, pág. 109; Paris 1928.
- FAVREAU — L'exploration gynécologique à l'aide du lipiodol. *Société
Médicale et Anatomico-Clinique de Lille*. (Séance du 8 avril,
1930); in *Gazette des Hopitaux*, 103^e année, n.º 49, pág.
895, 18 juin, 1930.
- FERRÉ (L.) — Le diagnostic radiographie que des affections utéro-
-annexielles et en particulier des fibromes. *Journal de
Radiologie et d'Électrologie*, Tome IX, n.º 10, pág. 433, 1925.

- FINLEY (ROBERT KENT) — The diagnostic value of uterosalpingography in pre-adolescent ovarian torsion. *Surg. Gynec. and Obst.* March, 1931, 52, 723-731; Refer. in *The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy*, Vol. xxix, n.º 3, pág. 427, 1933.
- FORGUE (E). et MASSABUAU (G.) — Gynécologie, 2^e édition, pág. 38, Paris 1927.
- FORSDIKE (S.) — The Diagnosis and Treatment of Sterility in Women. *Brit. M. J.*, 1928, II, 648; Refer. in *International Abstract of Surgery*, Volume XLVIII, pág. 245, 1929.
- FRANCILLON-LOBRE et DALSACE (JEAN) — Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad de origen tubario. *Archivos de Medicina Cirugía y Especialidades*, Tomo XXVII, n.º 24, pág. 675, 1927.
- FRANCILLON-LOBRE et DALSACE (JEAN) — Présentation d'un appareil à injection de lipiodol (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XVII, n.º 1, pág. 24, 1929.
- FRANCILLON-LOBRE et DALSACE (JEAN) — Exploration tubaire par injection de lipiodol; grossesse consécutives. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XVII, n.º 1 pág. 25, 1928.
- FRANCILLON-LOBRE et DALSACE (JEAN) — Six nouvelles grossesses consécutives à des explorations tubaires par injection de lipiodol. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XVII, n.º 7, pág. 612, 1928.
- FRANCILLON-LOBRE et DALSACE (JEAN) — Résultats de l'étude de la perméabilité tubaire. *Gynécologie et Obstétrique*, Tome XX, n.º 4, pág. 554, 1929.
- FRANCILLON-LOBRE et DALSACE (JEAN) — Grossesse ayant succédé à des hystéro-salpingographies itératives, (modifications utéro-tubaires à la suite d'une grossesse). *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XXX, (Sic.), n.º 1, pág. 42, 1931.
- FRANCILLON-LOBRE et DALSACE (JEAN) — Insufflation tubaire et hystéro-salpingographie. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XXI, n.º 2, pág. 91, 1932.

- FRANCILION-LOBRE, LEDOUX-LEBARD, GARCIA CALDERON et DALSACE (JEAN) — Méthode radiologique des contrastes appliquée au diagnostic gynécologique. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XVIII, n.º 4, pág. 278, 1929.
- GIACCHÉ (NICOLA) — L'Hystérogaphie: son rôle dans le diagnostic en Gynécologie. *Gynécologie et Obstétrique*, Tome XXXI, n.º 1, pág. 19, 1935.
- GIAVOTTO (G.) — L'esplorazione radiologica in ginecologia per mezzo del lipiodol. (L'exploration radiologique en gynécologie au moyen du lipiodol). *Folia Gynecologica*, Vol. xxv, fasc. 3 -1928; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome XXIII, n.º 3, pág. 264, 1931.
- GIAVOTTO (G.) — Della peristalsi tubarica. (Le péristaltisme tubaire). *Folia Gynecologica*, Vol. xxv, fasc. 4-1928; Refer. in *Gynécologie et d'Obstétrique*, Tome XXIII, n.º 3 pág. 263, 1931.
- GOFF — Quelques remarques sur les injections intra-utérines de lipiodol. *Bulletin de la Société de Radiologie Médicale*. Mars, 1928, n.º 147, p. 92; Refer. in *Journal de Radiologie et d'Électrologie*, Tome XII, n.º 8 pág. 399, 1928.
- GORTAN — Le tecnica dell'isterosalpingografia e sua importanza per la diagnostica e per le terapia operativa. (La technique de l'hystéro-salpingographie, son importance pour le diagnostic et pour la thérapeutique opératoire). *Revista Italiana di Ginecologia*, juin, 1928, p. 221; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome XXIII, n.º 2 pág. 175, 1931.
- GOSSET, LEDOUX-LEBARD et BÉCLÈRE (CLAUDE) — Étude radiologique de la contractilité utérine et tubaire. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynecologie*, Tome XVII, n.º 5, pág. 485, 1928.
- GOSSET, LEDOUX-LEBARD et BÉCLÈRE (CLAUDE) — Trois cas d'hydrosalpinx bilatéral à soupape. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XVII, n.º 7, pág. 609, 1928.
- GOSSET, LEDOUX-LEBARD et BÉCLÈRE (CLAUDE) — Lipiodiagnostic de l'hydrosalpinx à soupape. *Bulletin de la Société de Radiologie Médicale de France*, Janvier, 1929, n.º 155, pág. 26;

- Refer. in *Journal de Radiologie et d'Électrologie*, Tome xiii, n.º 8, pág. 460, 1929.
- GREGOIRE, BÉCLÈRE et DARBOIS — Examem radiologique de l'utérus et des annexes. Technique et résultats. *Journal de Chirurgie*; T. xxvii, n.º 6, pág. 688, juin, 1926.
- GREGOIRE (R.), BÉCLÈRE (CLAUDE) et DARBOIS — Du radiodiagnostic gynécologie; indications, technique, résultats. *Journal de Radiologie et d'Électrologie*, Tome xi, n.º 1. pág. 1, 1927.
- GREGOIRE (R.), BÉCLÈRE (CLAUDE) et DARBOIS — Du radiodiagnostic gynécologique. Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris. Séance du 13 de juin, 1927; in *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome xvi, n.º 6, pág. 347, 1927.
- GRIGORIEVA (A. F.), MOROSOFF (A. N.) et SERDUKOFF (M. G.) — Sur l'influence des substances opaques et caustiques sur les organes et tissus du petit bassin. étude expérimentale. *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xxviii, n.º 5, pág. 608, novembre, 1933.
- GUARDADO (JOSE) y BAZTERRICA (ENRIQUE) — Estudio radiográfico de la mucosa uterina. *El Día Médico*, Año V, n.º 53, pág. 1081, 31 de julio de 1933.
- GUÉRIN-VALMALE et VERDEUIL — Grossesse ectopique; présentation de pièce; quelques réflexions sur le diagnostic. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome xxiii, n.º 1, pág. 69, janvier, 1934.
- HAMANT — Lipiodol et rayon X en gynécologie. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome xvi, n.º 8, pág. 575, 1927.
- HARRIS (A. T.) — Diagnosis of Uterine and Tubal Pathology Using Lipiodol, *Radiology* 20, p. 146; Refer. in *The Journal of the American Medical Association*, Volume 100, number 25, pág. 2046, 1933.
- HASELHORST (G.) — Is Hysterography a Safe Method of Examination? (Ist die Hysterographie eine ungefaehrliche Untersuchungsmethode?). *Zentralbl. f. Gynaek.*, 1927, LI, 1821;

- Refer. in *International Abstract of Surgery*, Volume XLVI, pág. 109, 1928.
- HASELHORST — Die Klinische Bedeutung der Tubendurchblasung und der Hysterosalpingographie unter besonderer Betonung der Methodik und der Indikationen. *Zeitschrift für Geb. und. Gyn.*, Vol. xciii, 1928; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xx, n.º 1, pág. 122, 1929.
- HASELHORST (G.) — La esterilidad femenina, su diagnóstico y tratamiento según las teorías modernas. *Revista Médica Germano-Ibero-Americana*, Año v, núm. 10, pág. 521, Octubre, 1932.
- HEIDLER (HANS) — Die Röntgendiagnostik in der Geburtshilfe und Gynäkologie. *Medizinische Klinik*, n.º 35, ano 2º, pág. 1163, 1933.
- HEIMAN (FRITZ) — Doppelter Uterus und Schwangerschaft. (Utérus double et gestation). *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Tome LVIII, n.º 4, 22 janvier, 1932; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xxvii, n.º 1 pág. 74, Janvier, 1933.
- HELLMUTH — L'hystérographie est elle méthode d'exploration sans danger? (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, tome LXXIV, n.º 14, p. 583, 1920); Refer. in *Journal de Chirurgie*. T. xxx, n.º 4, pág. 494, 1927.
- HENKEL (MAX) — Biological Principles In the Treatment of Uterine. *Surgery Gynecology and Obstetrics*. Vol. XLIV, Namber 3, pág. 365, 1927.
- HENKEL (MAX) — Técnica y resultado de la histero-salpingografia. *Revista Médica Germano-Ibero-Americana*, Año II, núm. 8, pág. 485, agosto, 1929.
- HEUSER (CARLOS) — Lipiodol in the Diagnosis of Pregnancy. *The Lancet*, Vol. cclx, pág. 1111. nov. 28, 1925.
- HEUSER (CARLOS) — La radiografia de la cavidad uterina y los beneficios para la Ginecología. *Revista Argentina de Obstetricia y Ginecología*, Año ix, n.º 4, 1925; Refer. in *Archivos de Medicina Cirurgia y Especialidades*. Tomo, xxii, Año vii, número 3, pág. 141, 1926.

- HOFFMANN — Sur les accidents de la salpingographie. *Zentralblatt für Gynäkologie*, an. LIV, n.º 44, p. 2776-2780, 1930; Refer. in *Journal de Chirurgie*, Tome XXXVII, n.º 3, pág. 462, 1931.
- HOFFMANN (RUDOLF STEPHAN) — Zur Frage der Schädigung durch Salpingographie. (La question des inconvénients de la salpingographie). *Zentralblatt für Gynäkologie*, Tome LIV, n.º 44, 1930, Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome XXVI, n.º 1, pág. 68, 1932.
- HUARD (S.) et PALMER (R.) — La Gynécologia en 1934. *Paris Médical*, n.º 50, pág. 500, 15 Décembre, 1934.
- IMBERT (RAYMOND) — A propos du lipiodo-diagnostic de la stérilité chez la femme. *Paris Médical*, 25 mai, pág. 515, 1929.
- IRAETA et HARGUINDEGUY — Utero doble y embarazo. *La Semana Médica*, t. XXXVI, n.º 4, 24 janvier, 1929; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome XX, n.º 5, pág. 683, 1929.
- IRIBORNE (JULIO) — La salpingographie comme moyen de diagnostic et de traitement de la stérilité tubaire. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XVII, n.º 10, pág. 928, 1928.
- JARCHO (JULIUS) — Uterosalingography: Roentgenological Visualization of the Uterus and Fallopian Tubes After the Injection of Iodized Oils. *Surgery Gynecology and Obstetrics*. Volume XLV, Number 2, pág. 129, 1927.
- JARCHO (J.) — Uterosalingography. Action of «Tubal Sphincter». New Syringe for Transuterine Injections. Therapeutic Use of Iodized Oils Within Uterus and Fallopian Tubes. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 46, pág. 752, 1928; Refer. in *The Journal of the American Medical Association*, Volume 91, n.º 3, pág. 208, 1928.
- JARCHO (JULIUS) — Uterosalingography. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Volume XLVI, pág. 752, 1928.
- JARCHO (J.) — Uterosalingography. *Am. J. Surg.* 1929, VI, 693; Refer. in *International Abstract of Surgery*, Volume XLIX, pág. 431, 1929.

- JESU — Isterosalpingografia nella diagnosi dei tumori utero annessiali. *XXXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia*; Refer. in *Archivio Italiano Di Chirurgia*, Volume xxii, pág. 731, 1928.
- JIANU (St. J.) — Câteva date asupra uterosalpingografiei (Some date on uterosalpingography). *Cluj. med.*, Feb., 1930, II, 74, 78; Refer. in *The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy*, Vol. xxiv, n.º 3, pág. 329, 1930.
- JUNG (P.) and SCHIRMER (A.) — The Combination of the Pneumoperitoneal Roentgen Picture of the Female Pelvic Viscera with Hysterosalpingography (Ueber die Kombination des Pneumoperitoneal en Roentgenbilds der weiblichen Kleinbecknorgane mit der Hysterosalpingographie). *Acta radiol.*, 1926, v, 395; Refer in *International Abstract of Surgery*, Volume XLIV, pág. 513, 1927.
- KELLER (R.) — Le diagnostic du cancer de l'utérus; la valeur de l'injection de lipiodol. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XIX n.º 6, pág. 445, 1930.
- KENNEDY — Radiographie des trompes de Fallope obturées pour déterminer le siège de l'obstruction. *Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, Vol. vi, n.º 1, 1923; Refer. in *Gazette des Hôpitaux* 99^e année, n.º 94, pág. 1515, 24 nov. 1926.
- KOGURE (K.) — Beiträge zur Hysterosalpingographie. *Nippon Fujinkagakkai Zasshi*, XXIX, 1-6, pág. 12, 1934.
- KÖSTER (CARLOS) — La dimostrazione radiologica dei miomi in base ad un caso de mioma dell'utero complicato a gravidanza. *Röntgen praxis*, Fasc. 17, 1.º settembre, 1923; Refer. in *Achivio Di Radiologia*, Anno ix, Fasc. 2, Parte II, pág. 505.
- LAFUENTE HERNANDEZ (ANGEL) — La salpingografia en el diagnóstico de tumores ováricos. *Revista Española de Obstetricia y Ginecologia*, n.º 154, pág. 440, 1928.
- LAFUENTE HERNANDEZ (ANGEL) — El diagnóstico con substâncias opacas en Obstetricia y Ginecologia. *Revista Española de Obstetricia y Ginecologia*, Ano xvii, n.º 195, pág. 142, Mayo, 1932.

- LAPEXRE (N.) et FAXOT (G.) — La valeur de l'hystéro-salpingographie dans le diagnostic des salpingites. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome xxii, n.º 4, pág. 368, 1933.
- LASH (A. F.) — Lipiodol Pelvic Cysts. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Volume LI, pág. 55, 1930.
- LECENE, TEDESCO et BÉCLÈRE (CLAUDE) — Un cas de réaction salpingienne a la suite d'une injection intra-utérine de lipiodol. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome xviii, n.º 2, pág. 121, 1929.
- LEDoux-LEBARD, et BÉCLÈRE (CLAUDE) — Le lipiodiagnostic de la atérelité chez la femme. *Paris Médical*, pág. 120, 2 février, 1929.
- LEDoux-LEBARD, GARCIA-CALDERON (J.) et DALSACE (JEAN) — Étude radiologique de la muqueuse utérine. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome xxii, n.º 7, pág. 612, 1933.
- LEIBOW (S. W.), GOLDSTEIN (D.) — La isterosalpingografia a servizio della Ginecologia. *Roentgen Praxis*, Vol. iv, n.º 1, 1 gennaio 1932; Refer. in *Archivio Di Radiologia* Anno viii, Fasc. 3, pág. 895.
- LEONI (C.) — La Utero Salpingografia, su valor práctico. *El Día Médico*, Año v. n.º 8, pág. 175, 19 Septiembre, 1932.
- MACÍAS de TORRES (E.) — El radiodiagnóstico en la deformaciones uterinas congénitas. *Revista Española de Obstetricia y Ginecologia*, ano xviii, n.º 217, pág. 8, enero, 1932.
- MACÍAS de TORRES (E.) — Les embolies huileuses dans l'hystérosalpingographie. *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars, 1934, n.º 3, pág. 218; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xxx, n.º 3, pág. 286, 1934.
- MADRID (ALBERTO) — La chirurgie dans la stérilité d'origine tubaire. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome xix, n.º 5, pág. 331, 1930.
- MAGNON (L. A.) — Anomalies et malformations génitales de la femme; étude clinique et radiologique. *Thèse de Doctorat*,

- Paris, 1929, p. 145, 27 figures; Refer. in *Journal de Chirurgie*. Tome xxxiv, n.º 5, pág. 674, 1929.
- MANDLER — La localisation des ovaires à l'aide de salpingographie' (Fortsch. a. d. G. d. Roentg., Bd 39, Hft 2, Février 1929, pág. 296); Refer. in *Journal de Radiologie et d'Électrologie*, Tome xiii, n.º 10, pág. 579, 1929.
- MARTIN (J.) et SURMONT (J.) — Le lipiodo-diagnostic utérin en pratique gynécologique courante. *Société de Médecine de Paris*. (Séance du 13 mai 1932) in *Le Progrès Médical*, n.º 25, pág. 1108, 18 juin, 1932.
- MASSÉ et LACHAPÈLE — Sur un cas de lipiodol intra-utérin. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome xvii, n.º 3, pág. 246, 1928.
- MATHIEN (A.) — L'isterosalpingografia per mezzo dell'olio jodato emulsionato. *The American Journal of Surgery*, Vol. xiv, fasc. 3, 1911; Refer. in *Archivio Di Radiologia*, Ano viii, fasc. 2, pág. 201.
- MATHIEN (A.) — The Use of Lipiodol as a Diagnostic Aid in Gynecology. *Northwest Med.* 1928, xxvii, 222; Refer. in *International Abstract of Surgery*, Volume xlvii, pág. 442, 1928.
- MAUCLAIRE — A propos des injections utéro-tubaires de lipiodol. *Bulletin et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, t. liv, n.º 17, 26 mai, 1928; Refer. in *Archives d'Électricité Médicale*, n.º 546, pág. 189, 1929.
- MCREADY (R. L.), and RYAN (E. J.) — Roentgenography of the Cavity of the Uterus and Fallopian Tubes, with Special Reference to Its Value in Cases of Sterility. *Am. J. Roentgnol.*, 1926, xvi, 321; Refer. in *International Abstract of Surgery*, Volume xlv, pág. 297, 1927.
- MICHEL et VERMELIN — Grossesse après lipiodol et libération d'adhérences salpingiennes. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome xx, n.º 4, pág. 292, 1931.
- MICHON (ÉDOUARD) — Radiographie de l'utérus après injection de lipiodol. Cancer du corps et fibrome. *Journal de Radiologie et d'Électrologie*, Tome xii, n.º 8, pág. 439, 1928.

- v. MIKULICZ-RADECKI — Moderne Sterilitätsdiagnostik bei der Frau. (*Königberg i-Pr. Verein für wissenschaftliche Heilkunde. Sitzung von 14 Nov. 1932*). in *Medizinische Klinik* Nr. 14 pág. 474, 31 märz, 1933.
- MILLER (H. A.) and MARTINEZ (D. B.) — Iodized Oil in Diagnosis of Pregnancy. *Radiology* 11, pág. 191, 1928; Refer. in *The Journal of the American Medical Association*, Vol. 91, n.º 14, pág. 1064, 1928.
- MOCQUOT (PIERRE) — L'examen radiologique de la cavité utérine. *Revue de Chirurgie*, Tome LXIII, pág. 563, 1925.
- MOCQUOT (PIERRE) — Au sujet de l'examen radiologique de l'utérus. *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, n.º 11, pág. 460, 1928.
- MOCQUOT et BUREAU — L'examen radiologique de l'utérus et des trompes par l'injection d'huile iodée. *La presse Médicale*, n.º 100, pág. 1525-1527, 1927.
- MONTEIRO (HERNANI), TAVARES (AMANDIO) e RIBEIRO (OSCAR) — Um caso de teratoma cístico do ovário. Diagnóstico Radiológico. *Portugal Médico*, n.º 11, pág. 457, 1931.
- MORAES (ARNALDO) — Hystero-salpingographia e localização ovular. *A Folha Médica*, Ano XIII, n.º 24, pág. 277, 25 de agosto de 1932.
- MORHART (P. E.) — Inconvenients et contre-indications de l'hystéro-salpingographie. *Gynécologie et Obstétrique*, tome XXVII, n.º 1, pág. 47, Janvier, 1933.
- MOURA RELVAS — Histero-salpingografia. *Lisbôa Médica*, n.ºs 11 e 12, págs. 657 a 675 e 701 a 733, 1929.
- MEUMANN — L'hystero-salpingographie est elle une méthode d'investigation exemple de dangers? *Revista medica del Rosario*, an. XIX, n.º 1, p. 1-6, janvier, 1929; Refer. in *Journal de Chirurgie*, Tome xxxiv, n.º 6, pág. 843, Decembre, 1929.
- NEWELL (Q. U.) — El empleo de la iodipina en el diagnóstico ginecológico. *Am. J. Obst. et Gyn.* agosto de 1926; Refer. in *Revista Española de Obstetricia y Gynecologia*, n.º 133, pág. 47, 1927.

- NISHIJIMA (GICHI) — Über die Differentialdiagnose bei ektopischer Schwangerschaft, insbesondere über die Hysterosalpingographie; Refer. in *Nippon Fujinkogakkai Zassi*, xxviii, 8-14, pág. 13, 1933.
- NOVAK (JOSEF) — Salpingographie oder Terbendurchblasung? (Salpingographie ou insufflation tubaire?) *Zentralblatt für Gynäkologie*, Tome LIV, n.º 48, 19-IX-1930; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xxvi, n.º 1, pág. 67, Juillet, 1931.
- ODENTHAL (W.) — Dangers of Uterosalphingography. (Ueber Gefahren der Utero-Salpingographie). *Zentralbl. f. Gynaek.*, 1917, LI, 1814; Refer. in *International Abstract of Surgery*, Volume XLVI, pág. 190, 1928.
- OSBORNE da COSTA (G.) — Isterosalpingografia. *Jornal dos Clinicos*, n.º 19 e 20, 15 e 30 ottobre, 1931; Refer. in *Archivio Di Radiologia*, Anno VIII, Fasc. 2, pág. 201.
- PARACHE GUILIÉN (ENRIQUE) — Esterilidad tubárica. *Revista Española de Obstetricia y Gynecologia*, n.º 186, pág. 289, 1931.
- PASTOUS (S.) — La salpingografia al lipiodol. *Revista de Radiologia Clinica*, Porto Alegre, 1932; Refer. in *Archivio Di Radiologia*, Anno IX, Fasc. 2. Parte, II, pág. 506.
- PÉRY — Lipiodol dans uns cas de malformation utérine. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XVII, n.º 8, pág. 704, 1928.
- PETIT-DUTAILLIS (PAUL) — Pince injectrice de lipiodol pour l'exploration radiologique de l'utérus et des trompes. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XVII, n.º 3, pág. 228, 1928.
- PETIT-DUTAILLIS (PAUL) — A propos de la présentation d'une pince injectrice de lipiodol pour l'exploration radiologique de l'utérus et des trompes. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XVII, n.º 4, pág. 344, 1928.
- PETIT-DUTAILLIS (PAUL) — Contributions diverses à la radiologie pelvienne. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XVII, n.º 5, pág. 490, 1928.

- PETIT-DUTAILLIS (PAUL) — Le radiodiagnostic gynécologique. Technique de l'injection utéro-tubaire de lipiodol. *Journal des Praticiens*, n.º 38, pág. 617, 21 septembre, 1919.
- PETIT-DUTAILLIS (PAUL) — Le radiodiagnostic gynécologique. Les résultats *Journal des Praticiens*, n.º 39, p. 634, 18 sept 1919.
- PETIT-DUTAILLIS (PAUL) — Action thérapeutique de l'injection utéro-tubaire de lipiodol, ses dangers et les notions suffisantes pour les éviter. *Journal des Praticiens*, n.º 40, pág. 649, 5 Octobre de 1929.
- PETIT-DUTAILLIS (PAUL) et SOREL (ANDRÉ) — Diagnostic radiologique des adhérences péri-méto-annexielles. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris* (Séance du 1^{er} décembre 1930); in *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XIX, n.º 10, pág. 743. 1930.
- PETIT-DUTAILLIS (P.) — The Roentgen Demonstration, After the Injection of Lipiodol, of Tubal Impermeability and Perimetrosalpinged Adhesions. Its Exactness, Its Uncertainties, and Its Limitations (Démonstration radiologique après injection de lipiodol, des imperméabilités tubaires et des adhérences péri-méto-salpingiennes. Ses précisions, ses incertitudes, ses limites). *Gynécologie*, 1931, xxx, 5; Refer. in *International Abstract of Surgery*, Volume LIII, pág. 243, 1931.
- PICKETT (W. F.) — Injection of Iodized Oil in Uterus and Fallopian Tubes as Diagnostic Procedure. *Texas State J. Medicine*, 24, p. 542, 1928; Refer. in *The Journal of the American Medical Association*, Volume 92, Number 5, pág. 423, 1929.
- POPOVIC (L.) — Pregnancy; A contribution to hysterosalpingography. *Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen*, 1928, xxxviii, 842-845; Refer. in *The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy*, Vol. xxi, pág. 509, 1929.
- PORTES, BÉCLÈRE (CLAUDE), FRANÇOIS et ISIDOR. — Deux cas de salpingites kystiques diagnostiquées radiologiquement et reconnues tuberculeuses à l'intervention chirurgicale. *Bulle-*

- tin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, Tome xxiii, n.º 3, pág. 180, 1934.
- PORTRET (STÉPHANE) — Au sujet des examens radiologiques par la méthode des injections opaques intra-utérines. *Bulletin de la Société française d'Electrothérapie et de Radiologie*. Février, 1928; Refer. in *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, Tome xii, n.º 10, pág. 515, 1928.
- PONZIAN et LAPENNA — La diagnosi radiografica della mola vesicolare. *Soc. Med. Chir. de Belluso. C. R. in La Rassegna d'Obst. e Gine.* Juillet, 1928; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*. Tome xx, n.º 5, pág. 685, 1929.
- POPOVIC — Beitrag zur Hysterosalpingographie. (Contribution à l'étude de l'hysterosalpingographie). *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, Vol. xxxvii, Fasc. 5, pág. 677; Refer. in *Archivies d'Electricité Medicale*, n.º 546, pág. 188, 1929.
- POPOVIC (L.) and SMOKVINA — Contribution to hysterosalpingography extra-uterine pregnancy, hematocele. *Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen*, 1928, xxxviii, 834-841; Refer. in *The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy*, Vol. xxi, pág. 509, 1929.
- POPOVIC (L.) — Die Fullung des Uterus. Beitrag zur Hysterosalpingographie. (Le remplissage de l'utérus. Contribution à l'utéro-salpingographie). *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. lii, n.º 5, 1929; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xxiii, n.º 2, pág. 174, 1931.
- PORTES et BÉCLÈRE (CLAUDE) — Un cas d'injection vasculaire accidentelle reconnue radioscopiquement au cours de l'examen. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome xxii, n.º 1, pág. 36, janvier, 1933.
- PORTES (L.) et LEBLANC — A propos du diagnostic radiologique des gestations ectopiques. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome xix, n.º 3, pág. 168, 1930.
- PORTO GUIMARÃES — Utérus biloculaire absence complète du col de

- l'utérus grossesse de trois à quatre mois. *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xxvi, n.º 6, pág. 512, Decembre, 1932.
- PROUST -- Accidents consécutifs à une injection intra-utérine de lipiodol. Séance du 19 décembre 1928; in *Bulletins et Mémoires de Chirurgie*, n.º 35, pág. 1458, 1928.
- PROUST et BÉCLÈRE (CLAUDE) -- Du diagnostic de la stérilité chez la femme. V.º *Congrès de l'Ass. de Gynéc. et Obst. de langue française*, Lyon, 29 sept., 1927; in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xvi, n.º 4, pág. 317, 1927.
- PROUST et BÉCLÈRE (CLAUDE) -- De l'intérêt de l'examen radiologique après injection de lipiodol dans le diagnostic des métrorragies. V.º *Congrès de l'Ass. de Gynéc. et Obst. de langue française*, Lyon, 29 sept. 1927; in *Gynecologie et Obstétrique*, Tome xvi, n.º 5, pág. 408, 1927.
- PROUST et BÉCLÈRE (CLAUDE) -- Le radiodiagnostic de l'état des trompes par injection intra-utérine de lipiodol. *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, Tome liv, n.º 16, pág. 700, 1928.
- PUJOL y BRULL (A.), VANRELL (J.), CARULLA RIERA (V.) -- L'injection accidentelle du système veineux utéro-ovarien au cours de l'hystérogaphie sur le vivant. *Journal de Radiologie et d'Électrologie*, Tome xiii, n.º 1, pág. 38, 1929.
- RANDALL (L. M.) -- El lipiodol como coadyuvante de la insuflación tubárica en el diagnóstico de la esterilidad. *Am. J. Obst. et Gyn.* Septiembre, 1926; Refer. in *Revista Española de Obstetricia y Gynecologia*, n.º 134 pág. 94, 1927.
- RÉCAMIER -- Pince injectrice de lipiodol de PAUL PETIT-DUTAILLIS. *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, Tome liv, n.º 6, pág. 269, 1928.
- RONVÉ -- Le radiodiagnostic en Gynécologie. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome xvi, n.º 8, pág. 550, 1927.
- RUBIN (I. C.) -- Observations on the Intramural and Isthmic portion of the Fallopian tubes with Special Reference to So-Called

- «Isthmospasm». *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Volume XLVI, pág. 87, 1928.
- RUBIN (I. C.) — The Diagnostic Use of Intra-Uterine Iodized Oil Injection Combined With the X-Rays, as Compared With Peruterine CO₂ Insufflation: A Study Based on Sixty-Six Cases of Tubal Obstruction. *Radiology*, 1928; xi, 115; Refer. in *International Abstract of Surgery*, Volume XLVIII, pág. 43, 1929.
- RUBIN (I. C.) — Hystéro-salpingographie et insufflation utéro tubaire au CO₂; comparaison des deux méthodes. *Bulletin de la Société d'Obstétrique e de Gynécologie*, Tome XIX, n.º 3, pág. 177, 1930.
- RUBIN (C.) and BENDICK (A. J.) — Fluroscopie Vizualization of Tubal Peristalsis in Women. Uterotubal Roentgenography With Lipiodol. *The Journal of the American Medical Association*, Vol. 87, Number 9, pág. 657, 1926.
- RUBIN (I. C.) and BENDICK (A. J.) — Uterotubal Roentgenography With Lipiodol. *Am. J. Roentgenol.* 1926, xvi, 251; Refer. in *International Abstract of Surgery*, Volume XLIV, pág. 204, 1927.
- RUBIN (C.) et BENDICK (A. J.) — Metrosalpingographie à l'aide de l'huile iodée. *Amer. Journ. of Roentgenol. A. Rad. Ther.* XIX, n.º 4, pág. 348, 1928; Refer. in *Journal de Radiologie et d'Électrologie*, Tome XII, n.º 11, pág. 564, 1928.
- RUCKER et WITEHEAD — Pregnancy following the demonstration of the closure of both tubes by hysterosalpingography. (Gestation suivant la démonstration de l'imperméabilité des deux trompes, grâce à l'hysterosalpingographie). *American Journ. of Obst. and Gyn.*, septembre, 1928; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome XXIII, n.º 2, pág. 173, 1931.
- RUCKER et WITEHEAD — The use of Lipiodol in the early Diagnosis of Pregnancy. (Usage du lipiodol dans le diagnostic précoce de la gestation). *Journ. of Michigan State Med. Soc.*, sept. 1928; Ref. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome XXIII, n.º 2, pág. 173, 1931.

- RUCKER et WITEHEAD — Hystero-salpingography and the diagnosis of ectopic pregnancy. (Hystéro-salpingographie et diagnostic de la gestation ectopique). *American Journ. of Roentgen. and Radium Therap.*, n.º 5, 1928, p. 431; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xxiii, n.º 5, pág. 467, 1931.
- RUIZ (VICENTE) — La Histerosalpingografía. *El Día Médico*, Año iii, n.º 52, pág. 104, 27 de julio de 1931.
- RUIZ (VICENTE) — Histerosalpingografías com Neolipiodol. *El Día Médico*, Año vii, n.º 6, pág. 174, 10 de Septiembre de 1934.
- SAMUEL (MAX) — The diagnostic value of pelvic roentgenograms with a contribution to the diagnosis of sacral pain and hysterosalpingography. *Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen*, 1928, xxxviii, 19-53; Refer. in *The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy*, Vol. xxi, pág. 390, 1929.
- SAMUEL (MAX) — Immetal zur Kontrastarstellung des Uterus und der Tuben, zur Fistelfüllung und Ausheilung speziell auch tuberkulöser Fisteln, sowie zur Behandlung von Hautkrankheiten. *Medizinische Klinik*, nr. 12, pág. 396, 17 märz, 1933.
- SAVELIA (S. D.) e MALINOSKAJA (V. K.) — Sur la valeur clinique et diagnostique de la métrosalpingographie. *La Gynécologie*, mai, 1933; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xxx, n.º 3, pág. 286, 1934.
- SCHROEDER (R.) and. JACOBI (H.) — The Effects of Lipiodol on the Mucous Membranes of the Genital Tract and Pelvic Peritoneum. The Value of Hysterosalpingography. (Ueber die Wirkung des Lipiodols auf die Genitalschleimhaut und des Beckenbauchfell. Beitrag zur Brauchbarkeit der Hysterosalpingography. *Arch. f. Gynæk.*, 1930, cxlii, 514; Refer. in *International Abstract of Surgery*. Volume LIII, pág. 36, 1931.
- SCHULTZE (GÜNTER) — Stérilité et examen radiologique. *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynæk.* T. c. 2.; Refer. in *La Gynécologie*, 32^e Année, pág. 57, 1933.

- SCHULTZE (G. K. F.) — Curative Action of Iodized Oil Filling of Uterus and Tubes in Sterile Women. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 58: 180, Jan. 20, 1934; Refer. in *The Journal of the American Medical Association*. Volume 1002, Number 12, pág. 975, 1934.
- SCHWARCZ (RICARDO) y CENTANARO (DOMINGO E.) — Esterilidad en la mujer. Contribución al estudio de la persuflación tubaria. *La Semana Medica*, número 10 Buenos Aires, marzo de 1926; Refer. in *Revista Española de Obstetricia y Ginecología*, n.º 124, pág. 178, 1926.
- SEGUY — Pronostic de la stérilité. *Gazette Médical de France*, 15 mars, 1931; Refer. in *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, Tome xv, n.º 9, pág. 525, 1931.
- SEGUY (J.) et LUCY (ANDRÉ) — Le lipiodol intra-tubaire dans le diagnostic et le traitement de la stérilité. *Presse thermale et climatique*, 1^{er} mars, 1929; Refer. in *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, Tome XIII, n.º 11, pág. 629, 1929.
- SEIDLER et LENARTOWSKI — O znaczeniu badania rentgenologicznego w rozpoznawaniu torbieli skorzystych. (De l'importance de la radiograaphie dans le diagnostic des kystes dermoides). *Ginekoloja Polska*, Tome VII, 1928, pág. 931; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome XXII, n.º 6, pág. 562, 1930.
- SERDUKOFF — Los métodos actuales para el diagnostico de la estereilidad tubárica. *Gyn. et Obst.* agosto de 1926; Refer. in *Revista Española de Obstetricia y Ginecología*, n.º 132, pág. 557, 1926.
- SICARD — Sur les injections utérines de lipiodol. *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*. (Séance du 29 mai, 1928), Tome LIV, n.º 16, pág. 699, 1928.
- SICARD (J. A.) et FORESTIER (J.) — Diagnostic et Thérapeutique par lipiodol, 1928.
- SICAR et SOLAL — Accidents consécutifs à une injection intra-uterine de lipiodol. *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, n.º 34, pág. 1423, 1928.

- SNOECK (J. J.) — Treatment of Sterility by Intratubal Injections of Iodized Oil. *Bruxelles Médical*, 9, p. 514, 1929; Refer. in *The Journal of the American Medical Association*, Volume 92, Number 16, p. 1931, 1929.
- SOLAL (RENÉ) — Deux cas de grossesse après injection utéro-tubaire de lipiodol. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XVIII, n.º 3, pág. 196, 1929.
- SOLAL (RENÉ) — Action thérapeutique de l'hystéro-salpingographie. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XXX, n.º 1, pág. 44, 1931.
- SOLAL (RENÉ) — Injection accidentelle de la veine iliaque au cours d'une hystérosalpingographie. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XXI, n.º 10, pág. 725, 1932.
- STATHAM (R. S.) — Hystero-salpingography in the diagnosis and treatment of sterility and pelvic disease. *Brit. M. J.*, May 25, 1929, I, 947-950; Refer. in *The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy*, Vol. XXII, pág. 385, 1929.
- STEIN (IRVING F.) — "Visualisation," des organes pelviens; lipiodol et pneumopéritoine combinés en Gynecologie. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome XIX, n.º 3, pág. 175, 1930.
- STEIN (IRVING F.) — Pelvic Diagnosis By Roentgen visualization. *Surgery Gynecology and Obstetrics*. Vol. LV, n.º 2, pág. 207, 1932.
- STEIN (IRVING F.) and ARENS (ROBERT A.) — Iodized Oil and Pneumoperitoneum Combined in Gynecologie Diagnosis: Preliminary Report. *The Journal of the American Medical Association*, Volume 87, Number 16, pág. 1299, oct. 16, 1926.
- STEIN (IRVING F.) and ARENS (ROBERT A.) — The use of iodized oil in Gynecology. *Radiology*, June, 1927, pág. 494; Refer. in *The British Medical Journal*, Epitome of Current Medical Literature, July, 9, pág. 8, 1927.
- SURMONT (J.) — Lipiododiagnostic d'une tumeur de l'utérus (Lipiodol diagnosis of a tumor of the uterus). *Bull. et Mém. Soc. de Radiol. Méd. de France*, Jan. 1930, 18, pág. 33-34; Refer. in

- The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy*, Vol. xxiv, n.º 3, pág. 329, 1930.
- TEMESVÁRY (NIKOLAUS)—Hysterosalpingography. *Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* 1928, xciv, 43-86; Refer. in *The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy*, Vol. xxii, pág. 83, 1929.
- TEMESVÁRY (NIKOLAUS)—Die Hysterosalpingographie, (L'hysterosalpingographie). *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, xciv, 43-86, 1928; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xxi, n.º 5, pág. 458, 1930.
- USANDZIAGA—El diagnóstico de la esterilidad tubárica. *Revista Española de Obstetricia y Ginecología*, ano xvii, n.º 202, pág. 417, 1932.
- VAN DER ELST, GAUTOT (E.)—Les lipiodols utérins leur utilité en Gynécologie. *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xviii, n.º 5, pág. 405, 1928.
- VAYSSIÈRE (E.) et IMBERT (RAYMOND)—Hystérogaphie et grossesse. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome xviii, n.º 3, pág. 249, 1929.
- VAYSSIÈRE, CHOSSON (J.) et DONNET—Cancer du corps utérin diagnostiqué par le lipiodol. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Tome xxiii, n.º 1, pág. 72, Janvier, 1934.
- VIDAKOVITCH et SMOKVINA—Le diagnostic des fibromyomes sous-muqueux par l'hystérogaphie. *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xvii, n.º 6, pág. 553, 1928.
- VILAPLANA (J. M.)—El problema de la esterilidad femenina *Revista Española de Medicina y Cirurgia*, Barcelona, enero, 1925; Refer. in *Revista Española de Obstetricia y Gynecologia*, n.º 112, pág. 167, 1925.
- VILLAR (J.)—Intra-Uterine Injection of Lipiodol; Un recognized Tubal Perforation; Hysterectomy; Postoperative Roentgenographic Study of the Uterus and Tubes (Lipiodol intra-utérin; perforation tubaire méconnue; hystérectomie; verification radiographique utéro-tubaire post-opératoire). *Rev. franc. de Gynéc. et d'Obst.* 1930, xxv, 159,

- Refer. in *International Abstract of Surgery*, Volume LI, pág. 219, 1930.
- VILLARD — Radiographie utero-annexiale. Appareil pour injection intra-utérine de lipiodol. *Lyon Chirurgical*, Tome xxviii, n.º 5, pág. 600, 1931.
- WILL — Die Hystero-Salpingographie als Ergänzung der gynäkologischen Untersuchungsmethoden (L'hystéro-salpingographie comme complément des méthodes de recherches gynécologiques). *Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LV, n.º 6, 1929; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xxiii, n.º 2, pág. 175, 1931.
- WITWER (E. R.), CUSHMAN (H. P.) and LEUCUTIA (T.) — Present Status of Hysterosalpingography. *American J. Roentgenol. & Rad. Therapy*. 23, p. 125, 1930; Refer. in *The Journal of the American Medical Association*, Volume 94, Number 14, p. 1093, 1930.
- YAMASAKI (Y.) — Über die Hysterosalpingo-parietographie und deren klinischdiagnostischen Wert; Refer. in *Nippon Funjinkagakkai Zasshi*. xxviii, 8-4, pág. 44, 1933.
- YERO BOU (EMILIO) — La utero-salpingographia mediante la inyección de aceite iodado en el diagnostico obstétrico ginecológico. *Revista Médica Cubana*, n.º 7, Habana, julio, 1929; Refer. in *Revista Española de Obstetricia y Ginecologia*, n.º 164, pág. 355, 1929.
- ZAWOUZINSKI (THEDÉE) — Wartose Kliniczna histerosalpingografji. *Ginekologia Polska*, Tome vii, pág. 957, 1928; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, Tome xx, n.º 1, pág. 121, 1929.
- ZAWODZINSKI (THEDÉE) — Niektóre zdobycze naukowe histerosalpingografji. (Quelques nouvelles notions scientifiques obtenues par l'examen radiologique de l'utérus et des trompes) *Ginekologia Polska*, t. viii, fasc. 1-3, pág. 184, 1929; Refer. in *Gynécologie et Obstétrique*, tome xxiii, n.º 2, pág. 174, 1931.
- ZIMMERMANN (R.) and NAHMMACHER (H.) — Is There Any ocal or GeL-

neral Injury to Be Feared as the Result of Hysterosalpingography Using Iodipin as the Contrast Medium? (Ist bei der Hysterosalpingographie eine lokale oder allgemeine Schädigung durch das Iodipin als Kontrastmittel zu befürchten?). *Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen* 1927, xxxvi, 572; Refer. in *International Abstract of Surgery*, Volume XLVII, pag. 33, 1928.

ÍNDICE

	Pág.
PREFÁCIO	11
I — Esboço Histórico dos Métodos de Exploração Ginecológica	15
II — Técnica	33
<i>a)</i> — Cuidados a ter com a doente	33
<i>b)</i> — Anestesia	35
<i>c)</i> — Meios de contraste	36
<i>d)</i> — Quantidade de substância opaca a injectar . .	39
<i>e)</i> — Oportunidade de exame	40
<i>f)</i> — Métodos	41
<i>g)</i> — Aparelhagem	45
<i>h)</i> — Técnica seguida	53
II — Indicações, Contra-Indicações e Perigos	63
V — Imagens Radiográficas Normais e Patológicas	77
<i>a)</i> — Aspecto radiológico normal do útero e trompas	77
<i>b)</i> — Malformações uterinas	80
<i>c)</i> — Situações anormais do útero	81
<i>d)</i> — Fibrómioma uterino	82
<i>e)</i> — Cancro do corpo do útero	84
<i>f)</i> — Anomalias tubares	85
<i>g)</i> — Quistos do ovário	92
V — Observações Pessoais	95
— Conclusões	149
— Bibliografia	151