





ERRATA

<i>Pag. Linha</i>	<i>Ondê se lê</i>	<i>Leia-se</i>
23 25	poderiam os	poderíamos
34 19	contrações o hystero ma	contrações, o hystero ma
35 8	sobro	sobre
39 0	crpitulo	capitulo
46 8	transformação e Cornil	transformação; Cornil
46 12	ao redor do vaso	ao redor delle
46 24	homogeneidade	homogeneidade
57 1	grangrena	gangrena
57 3	fibromyoma pediculado que	fibromyoma que
57 9	grangrena	gangrena
57 18	grangrena	gangrena
67 1	kysto, sarcomatoso	kysto sarcomatoso
70 8	tem	tém
83 28	nervos:	nervos.
89 1	difusas	diffusas
90 26	O Dr. Pilliet, examinou	O Dr. Pilliet examinou
98 3	alto influencia	alto com relação á influencia
98 26	attingidas	attingidas de
104 4	amollecem e, cedem	amollecem, cedem
104 13	provocam	provoca
113 5	processos	os processos
114 4	chlorureto	chlorureto
114 14	titulada é ao	titulada ao
115 1	o que, caracteriza	o que o caracteriza
115 12	escaras solidas; duras	escaras solidas, duras
115 13	onde, se accumulam	onde se accumulam
124 5	e outro stantos	e outras tantas
124 25	influxifero	infructifero
125 11	iniludível	inilludível
127 10	scepticismo	scepticismo
127 22	drenagem	curetagem
132 23	o momento e, epoca	o momento e a epoca
138 25	exclarecer	esclarecer
149 27	Clinica Medica	Clinica Cirurgica
152 26	hysterectomia	hysterectomias
158 9	nos	nós
158 12	distruição	destruição
162 6	incidentes	accidentes

These

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 30 de Outubro de 1909

E PERANTE A MESMA PUBLICAMENTE DEFENDIDA

POR

Genesio de Seixas Salles Filho

Interno effectivo do Hospital Santa Izabel, interno auxiliar da clinica
Medico-Cirurgica do Dr. Lydio de Mesquita
no mesmo Hospital, Bacharel em Sciencias e Letras

NATURAL DO ESTADO DA BAHIA

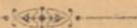
*Filho legitimo do Coronel Genesio de Seixas Salles e D. Izabel de Magalhães
Carvalho Salles*

DISSERTAÇÃO

Os fibromyomas do utero e as laparo-
hysterectomias supra-vaginaes

PROPOSIÇÕES

TRES SOBRE CADA UMA DAS CADEIRAS DO CURSO DE
SCIENCIAS MEDICO-CIRURGICAS



TYPOGRAPHIA CENTRAL
RUA DAS GRADES DE FERRO N. 65
BAHIA — 1909

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Director—Dr. AUGUSTO C. VIANNA
Vice-Director—Dr. MANOEL JOSE' DE ARAUJO
LENTES CATHEDRATICOS

OS DRS. MATERIAS QUE LECCIONAM

1.^a SECÇÃO

Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica.
	2. ^a
Antonio Pacifico Pereira	Histologia normal.
Augusto C. Vianna	Bacteriologia.
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e Physiologia pathologicas.
	3. ^a
Manoel José de Araujo	Physiologia.
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Therapeutica.
	4. ^a
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene.
Josino Correia Cotias	Medicina legal e Toxicologia.
	5. ^a
Antonino Baptista dos Anjos	Pathologia cirurgica
Fortunato Augusto da Silva Junior	Operações e apparatus.
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica 1. ^a cadeira.
Braz Hermenegildo do Amaral	Clinica cirurgica 2. ^a cadeira.
	6. ^a
Aurelio R. Vianna	Pathologia medica.
	Clinica Propedeutica.
Anisio Cireundes de Carvalho	Clinica Medica 1. ^a cadeira
Francisco Braulio Pereira	Clinica Medica 2. ^a cadeira
	7. ^a
A. Victorio de Araujo Falcão	Materia medica, Pharmacologia e arte de Formular
José Rodrigues da Costa Dorea	Historia natural medica.
José Olympio de Azevedo	Chimica Medica.
	8. ^a
Deocleciano Ramos	Obstetricia.
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica e gynecologica.
	9. ^a
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica.
	10. ^a
Francisco dos Santos Pereira	Clinica ophthalmologica.
	11. ^a
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
	12. ^a
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
João E. de Castro Cerqueira	Em disponibilidade.
Sebastião Cardoso	

LENTES SUBSTITUTOS

OS DOUTORES

José Affonso de Carvalho	1. ^a Pedro da Luz Carrasqueira e
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão	(2. ^a J. J. de Calasans 7. ^a
Julio Sergio Palma	{ J. Adeodato de Souza 8. ^a
Pedro Luiz Celestino	3. ^a Alfredo Ferreira de Magalhães 9. ^a
Oscar Freire de Carvalho	4. ^a Clodoaldo de Andrade 10.
Caio O. F. de Moura	5. ^a Albino Leitão 11.
João Americo Garcez Froes	6. ^a Mario Leal 12.

Secretario—Dr. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES
Sub-Secretario Dr. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores

ANTES DO ASSUMPTO

Éis o producto das penosas locubrações de muitas noites em quê passei, sob o peso do raciocinio forçado, sem presentir o bater das horas, lendo e reflectindo, escrevendo e emendando, mas sempre inclinado para o livro, a observar silenciosamente os grandes vôos das investigações dos elevados cultores das sciencias medico-cirurgicas.

Não tenho a pretensão de apresentar um trabalho perfeito; fiz apenas o que estava ao alcance das minhas forças.

Elle representa a ultima condicção a preencher para tocar o alvo a que se dirigiam todos os meus esforços, desde o primeiro momento do tirocinio que está prestes a terminar; é a ultima prova academica que exigem do doutorando; é o ultimo dos documentos que constituem as credenciaes com que tenho de apparecer na sociedade; é finalmente o marco que assignala o fim da longa jornada que atravessei, com o espirito cheio das mais carinhosas illusões, mergulhado no doce socego da irresponsabilidade, e que agora aponta o inicio da nova estrada a percorrer em direcção a um porvir que me apparece ainda envolto em esperanças e aspirações.

Encontrei momentos de serias difficuldades e tive occasião de verdadeira perplexidade na coordenação das idéas; mas não fui tolerante com o desanimo, nem acolhi a tibieza de animo dos covardes, . . . tinha de satisfazer ás prescripções da lei, por isso consegui atravessar toda esta phase de trabalhosas vigílias e chegar enfim ao almejado termo, fatigado, mas com o espirito sereno, risonho e regorgitando do mais despretençioso contentamento por ter cumprido um dever.

.
Escolhi para assumpto de dissertação inaugural um ponto do maior interesse para o qual convergiu toda a energia da minha attenção desde os primeiros annos de vida hospitalar.

Era meu desejo estudar, em um capitulo especial, a frequencia dos fibromyomas do utero na Bahia, ou fibromatose latente, por isso resolvi, por meio de autopsias, colleccionar uteros fibromatosos, mas . . . as difficuldades que me assaltaram o espirito, promanadas não só da exiguidade do tempo, como tambem da escassez de cadaveres de mulheres não muito velhas, fizeram-me abandonar o intento que já estava prestes a se realizar.

Todavia, para que não passem despercebidas, devo mencionar o resultado das pesquisas por mim feitas. Fiz autopsia de 23 cadaveres de mulheres. Encontrei no utero de uma dellas, um fibromyoma sub-seroso, pesando mais ou menos 50 grammas, porém que, parece, não se tinha em vida manifestado por symptoma algum; esta mulher tinha morrido tuberculosa.

Em outro utero encontrei na cavidade um prolongamento do tecido uterino e que interpretei: polypo sub-mucoso no inicio de sua evolução.

Em um terceiro julguei vêr na face posterior tres pequenas saliencias que só pude interpretar, admittindo tratar-se da primeira phase de evolução de futuros neoplasmas sub-serosos, a não ser que o estado de putrefação em que se achava o cadaver me fizesse cahir em erro.

Nos vinte restantes nada de anormal com relação ao assumpto.

.

Divido este trabalho em tres partes.

Na primeira, depois de me occupar com a anatomia pathologica dos fibromyomas, entro a fallar de suas relações com o orgão da gestação.

Na segunda, abordo o assumpto sob o ponto de vista das diversas complicações a que estão sujeitos estes neoplasmas, quer as que se passam na intimidade do tecido neoplasico, quer as que dependem exclusivamente da influencia da sua presença.

Na terceira, aquella para a qual peço aos meus illustres julgadores uma critica scientifica segura, desapaixonada, moldada na observação e no raciocinio, que constituirá mais uma lição para mim, discuto os diversos tratamentos, as indicações e contra-indicações do tratamento cirurgico e finalmente estudo as hysterectomias sub-totales, suas vantagens e os processos operatorios.

Nesta ultima parte aponto o falso caminho trilhado por alguns cirurgiões allias de competencia, que, desviando-se do verdadeiro modo de proceder nos casos de intervenções abdomino-pelvianas, enveredam-se por invios e tortuosos caminhos, deixando a estrada ampla das indicações operatorias efficazes e dos processos conservadores.

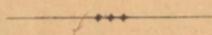
Seguem-se depois as observações pessoaes colhidas nos serviços dos Drs. Pacheco Mendes e Lydio de Mesquita.

E nisto se resume este trabalho.

Aos meus illustres professores que tiverem de julgal-o, assim como aos leitores que tiverem o desfastio de lhe percorrer as paginas, não escaparão, estou certo, as incorreções e talvez mesmo, alguns erros que porventura nelle se encontrem. Se outras razões não houvesse, somente a obrigação de apresentar uma these para conclusão do curso medico, bastaria para justificar a benevolencia que previamente peço para este desprezencioso escripto.

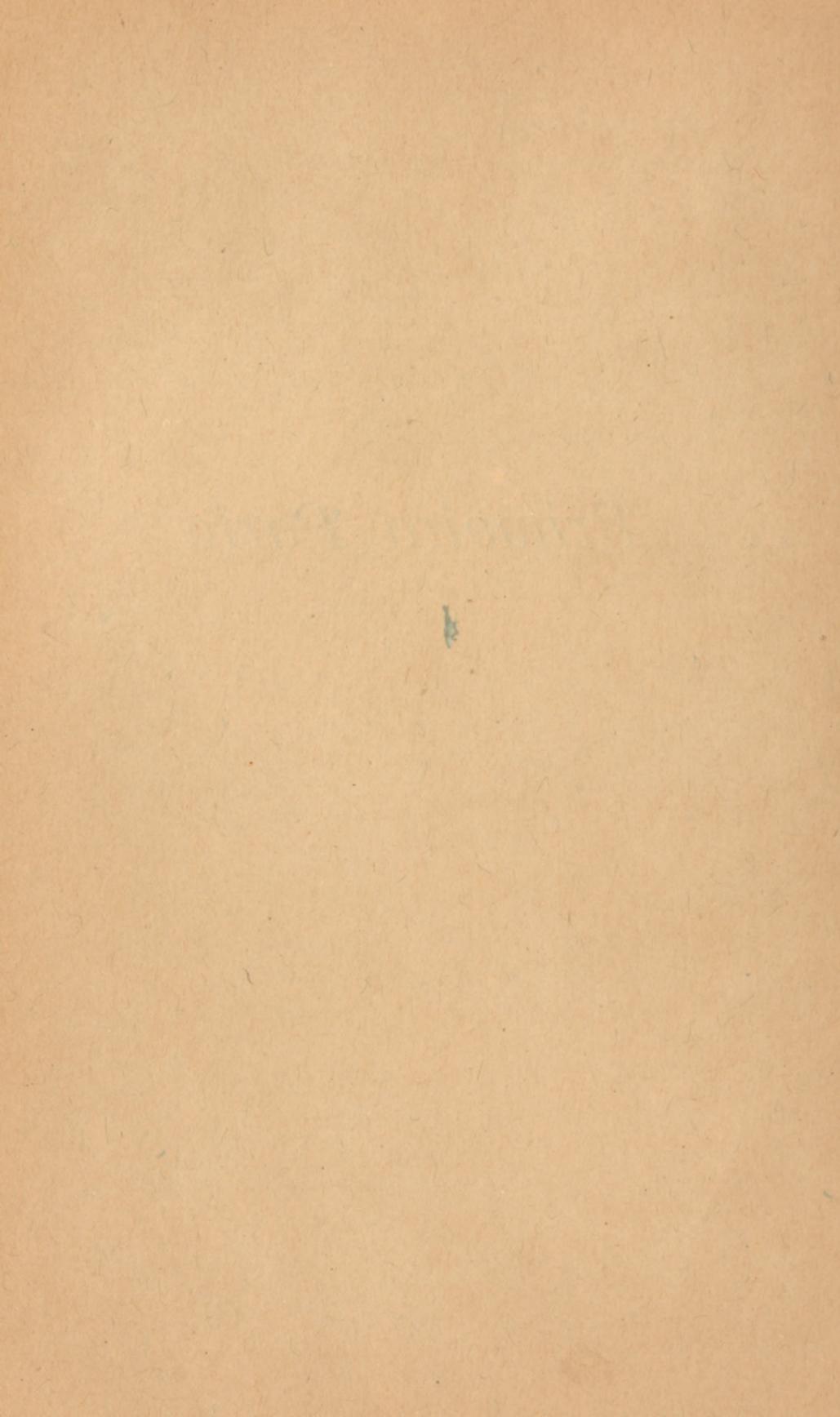
Genesio Seixas Salles Filho.

DISSERTAÇÃO



Os fibromyomas do utero e as laparo-
hysterectomias supra-vaginaes

Primeira Parte



PRIMEIRA PARTE

O FIBROMYOMA NORMAL

ANATOMIA PATHOLOGICA

DÁ-SE o nome de myomas, fibromas ou fibromyomas a neoplasmas histologicamente benignos, compostos desegualmente de tecido muscular liso e de tecido conjunctivo. Estas producções fibrosas são quasi especiaes ao utero, e Broca, para caracterisar esta predilecção e sua analogia de estructura com este orgão, deu-lhes o nome de hysteromas.

Effectivamente de todos os tumores uterinos, são elles os mais frequentes e Labadie Lagrave e Legueu affirmam em seu *Traité de Gynecologie* que quasi todas as mulheres, a partir de uma certa idade, apresentam alguns nucleós fibromatosos no utero, porém que muitos destes tumores ficam latentes e desconhecidos; alguns porém se desen-

s. 1

volvem muito, attingem volumes enormes, com formas e caracteres muito constantes.

Elles podem se conservar neste estado durante muitos annos ou mesmo durante toda a vida sem que phenomenos assustadores se apresentem, evidenciando a natureza de suas complicações. Outras vezes, porém, sob a influencia de diversas causas pathologicas ou não, modificações consideraveis se passam na intimidade do tecido parasitario, que outro nome não deve ter, chegando mesmo a transformar-o completamente.

E se não fossem as modificações nutritivas, as numerosas molestias, e as grandes variações de séde e de relações destas neoplasias que tornam o seu estudo anatomo-pathologico muito complexo, a estructura typica dos fibromyomas do utero seria de uma simplicidade extrema. D'ahi a necessidade de estudarmos separadamente o que se pode chamar fibromyomas em estado normal, e fibromyomas modificados.

* *

Os fibromyomas podem apresentar formas muito variadas, sendo a mais commum, a forma espherica a qual poderiamos chamar de variedade classica. Já o professor Broca dizia que os *chysteromas em seu começo, têm sempre uma forma pouco mais ou*

menos espherica que elles conservam ordinariamente a medida que vão crescendo».

Elle tem visto em uteros cheios de myomas estes pequenos tumores conservarem, com sua independencia, sua forma espherica. Elles se põem em contacto apenas por superficies muito limitadas, quasi por um ponto, como esferas tangentes e entre elles se veem espaços bastante largos, occupados por um tecido mais frouxo que o do neoplasma.

Mas, não passou despercebido á observação do illustre professor, o facto de alguns hysterosomas se desviarem muito desta forma typica, apresentando-se deformados pela pressão das partes visinhas o que é facil de ser explicado, admittindo-se a existencia n'um mesmo utero, de tumores multiplos comprimindo-se mutuamente. Mas ao lado destas formas devemos citar os casos em que a configuração do tumor é inteiramente outra. Muitas vezes, os fibromyomas uterinos são hemisphericos. A forma conica já foi observada num tumor que tinha por séde a origem das trompas do utero; emfim em alguns casos observados estes tumores não tinham forma propria, definida, e parecia serem uma verdadeira hypertrophia diffusa de uma parte do utero, sem limites precisos.

* *

Pelo que toca ao volume, os fibromyomas do utero variam extraordinariamente; elles são susceptíveis de adquerir as maiores dimensões que possa ter um neoplasma: de um pequeno grão de milho ao volume da cabeça de um adulto, ou de uma massa que enche toda a cavidade abdominal e determina a morte por asphyxia em consequencia da compressão.

Um fibromyoma retirado por Spencer Wells pesava 31 kilos e media mais de um metro de largura; Virchow cita um outro que pesava 100 libras; o professor Broca viu um delles com 40 kilos e Hunter nos talla de um que pesava 140 libras. Nas nossas observações pessoaes não encontramos tumores com mais de 11 kilos.

* *

O numero de fibromyomas que pode conter um utero, é muito variavel. Encontramos ás vezes um só tumor; outras vezes dezenas delles. Alguns uteros parecem crivados de nucleos neoplasicos chegando a constituir o que M. Pozzi chama a degeneração myomatosa do utero. Cruveilhier chegou a contar quarenta no mesmo orgão.

Sua superficie exterior é lisa, regular, ou póde apresentar relevos e saliencias mais ou menos pro-

nunciadas pela apposição de nucleos secundarios ao tumor principal.

*
* *

CONSISTENCIA—Sobre este character nos detemos um pouco mais.

Os corpos fibrosos se nos apresentam sob a forma de producções elasticas, de consistencia ordinariamente firme, algumas vezes muito duros, comparaveis por sua consistencia a fibro cartílagem, algumas vezes muito molles.

Ha muitos annos Bayle já tinha observado os differentes grãos de consistencia que se notam nestes tumores, e os classificava em 3 estados, pelos quaes elle suppunha que os corpos fibrosos passassem em sua evolução natural: o estado carnososo, fibro—cartilaginoso e osseo.

Em parte Bayle tinha razão, porque chegou a dizer que os corpos fibrosos são a principio carnosos e de uma côr tanto máis pallida quanto mais densos são; que quando elles são molles tem uma côr vermelha; quando mais consistentes, sua côr é branca ou cinzenta; estudou as fibras entrelaçadas e os vasos. Mas não foi feliz quando suppóz que todo tumor fibroso começando por apresentar este estado, tivesse fatalmente de soffrer a transformação fibro-cartilaginosa e depois a ossificação. Com

certeza foi arrastado a este engano por ter observado algum tumor fibroso calcificado.

As suas idéas a respeito da evolução destas neoplasias, não são acceitas hoje pelos anatomopathologistas modernos. Mas não deixamos de reconhecer em Bayle um grande scientista porque, naquella epoca, em que os estudos anatomo-pathologicos ainda permaneciam num estado embryonario, em que os meios de pesquisas eram muito pouco aperfeiçoados, elle conseguiu projectar muita luz sobre o estudo dos fibromyomas uterinos tanto mais quanto os scientistas de sua epoca não admitiam o estado molle dos fibromyomas, e sim consideravam este estado como o resultado de um amolecimento e não como a continuação de um estado original.

Os myomas molles, tem sido encontrados muito frequentemente, com dimensões as mais variaveis, em mulheres ainda moças. A's vezes são corpos de volume mediocre; ás vezes, ao contrario, são grandes tumores rapidamente desenvolvidos e molles, muito semelhantes aos kystos, levando os cirurgiões mais autorizados a punccional-os. Aran que já os tinha observado, diz em suas licções clinicas (p. 823) que nem todos os corpos fibrosos são duros, que alguns são molles e mais ou menos fortemente coloridos em vermelho, o que é devido, evidente-

mente, diz elle, á quantidade de sangue que elles recebem.

*
* *

Podemos nós dizer que este estado molle seja o resultado de uma transformação soffrida por tumores primitivamente duros, como queriam admittir quasi todos os auctores classicos antigos e admittem alguns modernos? Não o acreditamos.

Não queremos negar, bem entendido, estas transformações pathologicas, necrosicas, etc., que se notam no seio dos corpos fibrosos volumosos e mais ou menos antigos, duros ou não. Não pretendemos mesmo pôr em duvida este estado descripto por Cruveilhier sob o nome de edema dos corpos fibrosos; pensamos somente que ao lado dos fibromyomas amollecidos ha um lugar reservado para os naturalmente molles, molles primitivamente e destinados a endurecer.

Os fibromyomas duros, qualquer que seja seu volume, são formados em grande parte, algumas vezes em totalidade, de elementos fibrosos propriamente ditos, porque estes elementos substituem pouco a pouco o elemento muscular, a medida que o tumor vae se envelhecendo.

Os myomas molles ao contrario, são constituídos quasi exclusivamente por elementos musculares (Virchow) (Coyne) e são por consequencia

tumores mais jovens e mais activos; são encontrados em mulheres não muito velhas.

Pelo que fica dito parece a primeira vista que o tumor duro ou muito consistente, deve ser necessariamente um tumor velho. Diversos observadores têm encontrado no utero, ou em suas visinhanças, sob o peritoneo, corpos muito duros e que sua extrema pequenhez nos leva a crêr tratar-se de produções muito jovens.

O que marca a idade do tumor é antes de tudo sua textura. Joven, elle será sempre composto de elementos musculares em via de desenvolvimento, de vasos sanguineos numerosos e de elementos embryonnarios. Velho, elle conterá massas mais ou menos consideraveis de tecido cellular, de tecido fibroso que pouco a pouco vae destruindo o tecido muscular e occupando-lhe o logar.

O facto de encontrarmos quasi sempre tumores fibrosos duros, é devido talvez ao exame ter sido feito em uteros de mulheres já velhas. Seria preciso estudarmos tanto quanto possivel, estas produções nas mulheres jovens em uma epoca visinha de sua primeira appareição e somente assim poderíamos ter um conhecimento mais completo sobre o assumpto.

* *

Além das variações de consistencia que os fibromyomas podem apresentar no curso de sua

evolução, e as que resultam das modificações pathologicas que elles podem soffrer, observamos verdadeiras variações physiologicas na consistencia destas producções.

Numerosas observações têm mostrado que fibromyomas mais ou menos consistentes, e até mesmo muito duros, eram susceptíveis de crescer rapidamente durante a gravidez. Ao mesmo tempo que estes corpos augmentam de volume, elles se tornam mais molles e até mesmo mais vasculares; enfim participam de todas as transformações que têm por sêde o utero. Assim, sob a influencia destas modificações pathologicas, tem-se visto polypos duros tornarem-se molles. Quando a prenhez chega ao seu termo, vê-se muitas vezes estes tumores retrogradarem como o proprio tecido uterino, e voltar ao estado primitivo.

Segundo Virchow, os corpos fibrosos possuem uma especie de erectilidade, uma propriedade graças á qual elles podem parecer ora menores, duros, esphericos, muito adherentes, ora maiores, molles e moveis.

Esta tumefacção segundo elle seria devida em parte ao influxo de uma quantidade mais consideravel de sangue, em parte tambem, e principalmente ao relaxamento das fibras musculares do tumor. Estas contrahindo-se produzem o effeito inverso.

Realmente, diversos auctores tem observado estas alternativas de crescimento e de diminuição, principalmente em algumas mulheres nas epochas menstruaes. Este facto assignalado por Virchow e a sua explicação nos parecem muito racionaes.

Fazendo-se um córte no tecido fibro-myomatoso observamos um phenomeno que caracteriza estes neoplasmas; é o *grito* que se ouve a medida que o bistouri secciona o tecido neoplasico, principalmente nas partes densas.

Após todas as operações de laparo-hysterectomias que assistimos e ajudamos na qualidade de interno, tivemos sempre o cuidado de fazer diversos córtes, procurando por este meio obter alguns conhecimentos sobre os caracteres macroscopicos dos diversos tumores, e observamos em todos elles mais ou menos a mesma constituição.

O tecido que os forma é denso, branco acinzentado ou rosado. Alguns porém, apresentam uma côr mais vermelha, que na opinião de Labbadie Lagrave, significa uma degeneração. A superficie do córte não é plana; as partes centraes tornam-se convexas e fazem saliencia, como se a pressão das zonas periphericas procurasse enucleal-as. O tecido que compõe os fibromyomas, mostra-se sob a forma de fibras dispostas em spiraes irregulares, em

turbilhões concentricos formando algumas vezes uma só massa nos fibromyomas de nucleo unico.

Em outros notamos, pela disposição das fibras, a existencia de diversos centros de formação constituindo outros tantos nucleos em turbilhão, separados uns dos outros por espaços cellulosos mais frouxos; estes nucleos não tem limites bem definidos: as fibras de dous nucleos visinhos se fundem ou se entrecruzam, como observamos em muitos tumores de nucleos multiplos.

O fibromyoma desenvolvendo-se na espessura da parede do utero, a custa dos elementos que a constituem, tecidos muscular liso e conjunctivo recua e condensa os elementos visinhos, havendo a formação de uma capsula de tecido uterino condensado.

Entre esta capsula e o tumor existe uma camada de tecido cellular frouxo percorrida por vasos. Quando este tecido cellular é pouco abundante, parece não haver connexão do neoplasma com o tecido uterino.

Algumas vezes, porém, o tumor se continúa sem linha divisoria com o tecido uterino, não se podendo dizer onde termina o tumor e onde começa a parede do orgão.

..

EXAME MICROSCOPICO—Quando examinamos ao microscópio um córte delgado destes tumores, vemos

que os feixes que se enrolam e se entrecruzam são formados de tecido muscular de fibras lisas, cortadas pararella, perpendicular ou obliquamente em relação ao seu eixo. O intervallo que existe entre estes feixes, é occupado por um tecido conjunctivo bastante variavel em seus caracteres, que separa entre si os nucleos secundarios, ou isola o fibromyoma da parede uterina. Sob o ponto de vista histologico nós vemos, portanto, que estes tumores têm a mesma constituição das paredes uterinas, isto é, elles são compostos como ella de dous tecidos: o conjunctivo e o muscular de fibras lisas como demonstrou Vogel.

O professor Tripier, observando diversas preparações suas, de fibromyomas uterinos, chegou a conclusão: de que a estructura das fibras lisas destes tumores não é inteiramente semelhante á do tecido normal do utero, porém offerece com ella a maior analogia na immensa maioridade dos casos, para se affastar della cada vez mais, a medida que as neoformações tornam-se mais abundantes e mais rapidas.

Ha porém, uma notavel desproporção entre os elementos musculares e os elementos conjunctivos; em alguns tumores ha predominancia dos primeiros, em outros superabundam os segundos, porém nunca um ou outro destes elementos se encontra em estado de pureza, donde concluimos que as de-

nominações de fibromas ou de myomas são erradamente applicadas a estas produções porquanto o nome que ellas devem ter, a verdadeira denominação imposta pela natureza de sua constituição, é a de fibromyomas.

Por isto devemos dizer que não se encontram dous tumores exactamente iguaes, porque todos os seus elementos variam ao infinito sob o ponto de vista de sua abundancia e de seu desenvolvimento relativo.

As fibras musculares são mais abundantes nos tumores jovens e em plena vitalidade; ao contrario, quanto mais velho o tumor e maior a sua vitalidade, tanto mais abundante é o tecido conjunctivo.

O tumor muscular é mais molle e suas conexões com o tecido uterino mais intimas, ao ponto de não se reconhecer o limite do tumor e do utero. Ao contrario, os tumores nos quaes predomina o tecido conjunctivo, são duros, em sua periphèria se encontra uma camada laminosa, uma verdadeira bolsa serosa virtual, como diz Reclus, que torna facil a sua enucleação.

Os tumores molles e musculares são encontrados mais commummente no corpo do utero, os duros e fibrosos, no collo, e este facto parece estar em relação com a estructura mais fibrosa da região cervical.

Os diversos auctores até pouco tempo julgavam as dimensões das fibras musculares muito variaveis. Muitos affirmavam que ellas eram um pouco mais longas que os elementos do utero em estado de vacuidade, e menores que estes elementos considerados em um utero gravido. Hoje, porém, auctores de competencia muito reconhecida no mundo scientifico, e entre elles Labadie—Lagrange e Legueu, affirmam, baseados talvez em estudos microscopicos minuciosos e bemfeitos, que as fibras musculares não são hypertrophizadas em suas dimensões, porém augmentadas em seu numero.

Tripier, nos diz em seu tratado de Histologia Pathologica que as fibras dos myomas uterinos que têm tomado um certo desenvolvimento, podem ser mais volumosas e formar inflexões, assim como turbilhões de maior raio; que as fibras periphericas parecem em geral mais volumosas e mais longas que as do centro.

Não pretendemos objectar ao illustre Tripier; mas tambem devemos dizer que não aceitamos sem alguma reserva este seu modo de pensar. Realmente é regra que nas neoformações o tecido se hyperplasia e não se hypertrophia, como pois explicar este augmento das fibras musculares lisas num fibromyoma sem complicação, e de que o grande

Tripier nos falla em regra geral? Será devido a condições nutritivas?

.....

A relação da porção muscular do tumor com sua massa total é muito variavel. Segundo Virchow e como já dissemos, os tumores uterinos que estudamos são compostos em sua origem quasi exclusivamente de fibras musculares, são verdadeiros myomas. E' somente por um desenvolvimento ulterior do tecido intersticial, que diminuiria a proporção destes elementos. Do espessamento e endurecimento progressivo deste tecido intersticial, resultaria pouco a pouco a atrophia do tecido muscular e consequentemente a transformação parcial ou total do myoma em fibroma.

Estes estudos de Virchow parece estarem em relação com os factos. Effectivamente em exames histologicos feitos em diversas phases de seu desenvolvimento, tem-se encontrado neoplasmas em que a fibra muscular lisa está quasi só. E' um tumor em via de desenvolvimento. Em outros mais antigos, o desenvolvimento dos elementos conjunctivos começa a apertar o tecido muscular de modo a fazel-o desaparecer gradualmente. De modo que os resultados dos exames histologicos dos diversos tumores são differentes sob o ponto de vista da proporção

dos elementos cellulares, e é de uma questão de evolução que dependem estas diferenças observadas.



O tecido cellular que se ajunta assim ás fibras lisas para constituir quasi toda a massa fibromyomatosa, pode apresentar as formas mais diversas da substancia conjunctiva. Não pretendemos entrár neste estudo. Ao lado destes elementos definitivos, quasi todos os exames anatomo-pathologicos assignalam corpos fibroplasticos fusiformes, e cellulas mais ou menos arredondadas.

Um facto bem digno de nota, é que quasi sempre e principalmente nas producções pouco antigas, encontram-se verdadeiras ilhotas constituídas unicamente por cellulas embryonnarias tendo ao redor elementos conjunctivos e cellulas musculares em via de desenvolvimento.



.....

Tem-se encontrado em pleno tecido fibromyomatoso, elementos glandulares perfeitamente reconhecidos pela disposição regular do epithelio cylindrico que os reveste. Este facto já tinha sido observado por diversos auctores e dentre elles Hauser, Voigt, Schottlander, Recklinghausen que lhe dava o nome de adenomyomas.

Piex fez estudos sobre este assumpto e chegou a publicar importantes trabalhos em 1896. Mas todos elles não deram uma explicação cabal deste facto; attribuiam a presença destes elementos epitheliaes a restos do corpo de Wolf.

Labadie Lagrave e Legueu, não contestam a observação dos auctores acima, pois que chegaram a encontrar em diversas preparações, no centro do tecido fibromyomatoso, elementos glandulares analogos aos encontrados por aquelles scientistas; porém têm uma concepção muito differente sobre sua origem. Dizem que estas invaginações glandulares tem os caracteres das producções epitheliaes da mucosa, e pensam por isso que ellas ahi tomam nascimento; e quando o tumor, por effeito de seu desenvolvimento, se affasta da mucosa, arrasta ou leva comsigo estes elementos glandulares.

.....

Sobre a vascularisação dos fibromyomas muito se tem discutido. Uns negavam, outros admittiam a existencia de vasos.

Hoje porém já não se discute mais este assumpto, deante da quasi unanimidade dos auctores em confirmar este facto, está bem estabelecido hoje que estes tumores contêm arterias, veias e capillares. Boyle, Depuytren admittiram e demonstraram a existencia de vasos. Camberton em seu notavel trabalho sobre os polypos uterinos, estendia-se lon-

gamente sobre a frequencia dos polypos fibrosos vasculares.

O professor Broca dizia ter encontrado fibromyomas, nos quaes além dos vasos arteriaes existiam veias capazes de produzir hemorragias serias. Emfim para Virchow, estes tumores são sempre vasculares, podendo as arterias existirem em estado de capillares;

A abundancia e o volume dos vasos de nova formação estão em relação com a constituição e o desenvolvimento dos fibromyomas. Nos tumores densos e de desenvolvimento lento, principalmente quando elles são de pequeno volume, os vasos são pouco visiveis e muito raros. Elles são, ao contrario mais ou menos numerosos e volumosos nos tumores de desenvolvimento consideravel, principalmente nas porções tendo uma fraca consistencia até o ponto de merecerem o nome de fibromyomas telangiectasicos.

Nos tumores velhos, estes vasos se atrophiam e desaparecem, e deste modo se explica o erro de Cruveilhier e Levret que julgavam estes tumores desprovidos de vasos.

.....

Kleles, Billroth e principalmente Dupuytren têm descripto lymphaticos em numero consideravel nestes tumores. Poirier tem mostrado que nos uteros fibromyomatosos os lymphaticos sub-serosos se

hypertrophiam ao ponto de adquirem o volume de um pollegar, apezar de Cruveilhier não os ter encontrado.

Entretanto, fallando-se dos vasos sanguineos, fallando principalmente do tecido conjunctivo, devemos vir logo a idéa do systema lymphatico que lhe é tão intimamente ligada.

A existencia de nervos nos fibromyomas tem sido raramente assignalada. Astruc e Depuytren já os tinham visto; Bilder demonstrou a sua existencia e Hertoz descreveu a terminação das fibras nervosas.

Elles devem existir pelo menos como nervos vasculares e neste caso seriam muito pouco importantes para serem vistos a olho nú, e nós ficaríamos embaraçados em dizer qual a sua importancia. Gozam elles de algum papel na producção destas dôres, que podem ter por séde o fibromyoma, como se tem observado? Os nossos conhecimentos actuaes não nos permitem responder com segurança.

Devemos, todavia, citar como uma verdadeira raridade anatomica o caso assignalado por Hannot em 1873 a Sociedade Anatomica: tratava-se de um tumor fibroso no qual se encontrava, ao mesmo tempo que grandes seios venosos, verdadeiros plexos nervosos, formados de ramos cujas dimensões attingiam as dos que constituem o plexo cervical superficial.



Dos corpos fibrosos em suas relações com o utero

Já tratamos da histologia destes neoplasmas; resta-nos agora, porém, como um complemento do estudo que fizemos no capítulo anterior, e em obediencia ao nosso programma, estudar as relações topographicas que elles affectam com o utero, constituindo este estudo um assumpto de grande importancia sob o ponto de vista clinico e operatorio.

O professor Bayle já tinha classificado os corpos fibrosos, sob o ponto de vista da posição que elles occupam na madre, em: sub-peritoneaes ou sub-serosas, os que têm por séde as camadas mais superficiaes do corpo uterino e que por effeito de seu desenvolvimento levantam o peritonêo; sub-mucosas, os que ficam e se desenvolvem nas camadas sub-mucosas do parenchyma uterino e fazem saliencia na cavidade deste orgão; intersticiaes, intra-parietaes ou intra-muraes, os que *nascem* em pleno tecido uterino.

Alguns auctores têm dito que quasi todos os fibromyomas primitivamente são intersticiaes e que elles passariam aos outros dous estados por transformações ulteriores. O professor Broca não

admitte *in totum* esta theoria, porque tem encontrado sob o peritonêo, ordinariamente nos annexos do utero, em estado de liberdade completa, tumores muito pequenos que evidentemente não têm occupado outra posição.

A theoria quasi unanimemente admittida hoje, pelos diversos scientistas que se têm occupado do assumpto, é a que nos diz que alguns destes tumores nascidos primitivamente na espessura do parenchyma uterino, ou ahi ficam incluídos ou então se desenvolvem para o exterior ou para o interior do orgão, podendo todavia tomar nascimento nas partes periphericas do parenchyma muscular, constituindo as duas outras variedades topographicas.

Trataremos, pois, de cada uma dellas.

Fibromyomas intersticiaes

Os tumores intersticiaes são os que occupam a espessura do parenchyma e ficam cercados de todas as partes por tecido uterino apezar de seu desenvolvimento. Os que nascem no corpo são mais musculares e mais molles; os que nascem no collo, mais fibrosos e mais duros. Os primeiros têm connexões mais intimas com o tecido conjunctivo que os cerca e são mais vasculares que os segundos.

Estas produções são bem circumscriptas. Ellas são cercadas de uma capsula muscular e não

chegam jamais a se pôr em contacto directo nem com a serosa nem com a mucosa, e este facto constitue o principal caracter desta classe de fibromyomas. Muitas vezes elles parece serem completamente isolados da substancia uterina, revestidos por uma camada de substancia conjunctiva que lhes forma como que uma bainha, e tem-se mesmo assignalado nesta zona de envolucro, bolsas serosas verdadeiras, como nos casos observados e estudados por Verneuil e Fenerly.

E' muito commum a observação do isolamento dos fibromyomas principalmente quando se trata de tumores de certo volume na maioria dos casos. Todavia os pequenos corpos fibrosos duros, seccos, que têm sido encontrados em autopsias, em uteros de mulheres velhas, não escapam a esta disposição.

Não queremos despertar no racciociuio dos que lerem este nosso trabalho, a idéa de que os fibromyomas isolados da parede uterina sejam inteiramente desprovidos de connexões com o órgão da gestação.

Mesmo que estas connexões não existissem era preciso que o racciocinio as creasse, porque somente assim poderiam os explicar a nutrição da neoplasia. Mas não precisamos formular tal hypothese porque estas connexões existem mesmo nos tumores mais

facilmente isolaveis. Além dos vasos pouco numerosos, mas pouco mais ou menos constantes que do utero se dirigem para o tumor, uma porção de pequenos laços representados por teixes analogos aos que formam o tumor, feixes frouxos e facilmente separaveis uns dos outros, o unem ás partes visinhas.

Estes pequenos laços fibrosos se prendem por uma de suas extremidades á superficie do leiomyoma, estando a outra em continuidade com o tecido uterino. E' nesta zona neutra, igualmente extranha ao utero e ao tumor e onde as veias muitas vezes adquirem um enorme desenvolvimento constituindo *sinus* cujas inflammações são a fonte de grandes perigos, que se chama *athmosphera cellulosa* do corpo fibroso.

Com relação ao isolamento dos tumores intersticiaes, devemos dizer que nem todos correspondem a esta descripção porquanto tem-se encontrado alguns delles em continuidade intima com o tecido da madre numa extensão mais ou menos consideravel. Esta connexão tem sido observada muitas vezes e da maneira a mais desastrosa, pelos cirurgiões, que, fiando-se no isolamento ordinario dos fibromyomas desta classe, tentavam a sua enucleação.

Opiniões diversas se chocam no terreno da dis-

Discussão, e dentre ellas as de Lebert, Cruveilhier, Guyon, Broca e Virchow para explicarem e admittirem estas adherencias.

Vejam os que dizem estes auctores—Lebert, que tinha notado por diversas vezes estas adherencias, e feito estudos sobre ellas, as considerava normaes e em relação com o modo de desenvolvimento destes tumores e por isso dizia que os fibromyomas não são mais do que hypertrophias circumscriptas do utero.

Cruveilhier, Guyon, Broca, porém, tornam-se systematicos em não admittirem os tumores adherentes, e por isso têm em todos os seus trabalhos insistido sobre o isolamento dos fibromyomas intersticiaes. Elles têm abandonado por completo o estudo dos fibromyomas adherentes porque consideram este estado puramente accidental e dependente de um trabalho inflammatorio chronico.

Antes porém de passarmos adiante, cumprenos dizer que as observações que temos collidido na qualidade de interno, nos obriga a refutar este modo de vêr dos mestres que subscrevem esta theoria, meramente hypothetica, porquanto não tem sido pequeno o numero de casos observados por nós de fibromyomas intersticiaes adherentes, quer no serviço do Dr. P. Mendes quer no serviço do Dr. Lydio de Mesquita.

Virchow não admitte as opiniões destes auctores.

res. Para elle, todo o tumor intersticial em sua origem é em continuidade com o tecido uterino, e somente mais tarde, tornando-se duro, isola-se das partes visinhas.

Com effeito têm sido encontrados muitas vezes, em uma das paredes do utero ou no fundo deste orgão, tumores fibrosos que não podiam ser separados delle, em nenhum ponto, e por isso elle considerava estas producções como hypertrophias uterinas mais ou menos extensas com caracteres etiologicos, symptomaticos e prognosticos dos outros corpos fibrosos.

Entre estes factos em que esta hypertrophia é tão manifesta, e os tumores intersticiaes isolados, ha, como diz Virchow, todos os grãos. Assim é que em muitas tentativas de enucleação têm-se encontrado em alguns tumores, superficies de implantação muito largas, em quanto que em outros, estas superficies se reduzem a dimensões insignificantes.

Outras vezes é uma especie de pediculo delgado intraparietal que une só, de uma maneira solida, o fibromyoma á superficie uterina. Tem-se podido vêr diversos pediculos desta mesma especie para um mesmo tumor.

*
* *

Os tumores intersticiaes podem existir em numero mais ou menos consideravel nas paredes de

um mesmo utero; ás vezes somente um, ou então muitos, como o caso em que Schultze contou cincoenta.

Gross em sua obra *Nouveaux Elements de Pathologie Chirurgicale* diz que é raro o myoma intersticial ser constituído por um corpo unico; ordinariamente é formado pela reunião de uma serie de focos myomatosos e apresenta uma forma irregularmente lobulada.

Estes tumores co-existem muitas vezes com corpos fibrosos sub-peritoneaes e com polypos como já observamos na clinica do Dr. Lydio.

Encontram-se principalmente ao nivel da parede posterior e no fundo do utero, podendo occupar ainda qualquer ponto do corpo ou do collo. Sua frequencia em tal ou tal parte tem sido objecto de pesquisas bem conhecidas mas cujos resultados são em summa pouco importantes.

Segundo a opinião de alguns auctores estes tumores, a medida que se desenvolvem, podem-se pediculisar, de modo que não seria para admirar que tumores primitivamente intersticiaes, tornassem sub-peritoneos e sub-mucosos pediculados, facto muito facil de ser explicado desde que se invoque o peso do tumor que o tende a separar das partes collocadas acima d'elle, e as contracções do tecido uterino em cujo seio está collocado.

Um grande numero de corpos intersticiaes pode

ficar no seio da parede uterina, adquerir um grande desenvolvimento, ficando porém sempre contidos na espessura do musculo.

Elles podem sob esta forma, apresentar algumas vezes, particularidades capazes de enganar o cirurgião, fazendo-o admitir uma pediculisação que não existe. Assim, alguns myomas da face posterior estendem uma especie de ponta para o perineo, desdobrando a parede uterina. Dão assim nascimento a uma especie de lóbo que vem se alojar entre a vagina e o recto, abaixo do fundo de sacco peritoneal que se acha empurrado para cima.

Outras vezes, depois de se desenvolverem em uma porção mais ou menos elevada do utero, alguns myomas avançam da mesma maneira até a vizinhança do collo uterino. Chegados ahi, elles podem proeminar por sua parte inferior na cavidade do collo que se entre-abre sob sua pressão. A parte assim proeminente pode mesmo franquear o orificio e encher a vagina.

Poder-sê-a acreditar então na existencia de um polypo uterino, emquanto se terá somente deante dos olhos um lobo de corpo fibroso, que tem empurrado deante de si a parede uterina. Mais de uma operação inutil tem sido começada em seguida a um erro deste genero. Quando estes lobos salientes são feridos de grangrena, o cirurgião mui facilmente

diagnosticará um cancro do collo. Este segundo erro tem sido commettido.

Os detalhes em que temos entrado sobre a conexão dos corpos intersticiaes com as paredes uterinas, fazem já conhecer que, em um certo numero de fibromyomas, é impossivel encontrar o que se chama a capsula uterina dos corpos fibrosos. Este involucro de tecido normal existe realmente em um grande numero de casos; mas nada absolutamente nos poderia fazer suppôr de ante-mão o que elle pode ser para um corpo fibroso determinado.

Não temos muita cousa a dizêr sobre a vascularisação desta especie de tumôr fibroso. Ella varia ao infinito. Muitas destas producções, as que são antigas e duras são mais ou menos completamente desprovidas de vasos; ao contrario, é nos grandes tumores intersticiaes que tem sido observado o estado cavernoso de que já fallamos.

São ainda os tumores deste genero, que pelo córtê dão lugar a hemorragias incoerciveis, não só por sua periphèria, mas tambem por suas partes centraes. Alguns auctores assignalam ruidos vasculares mais ou menos intensos observados pela auscultação; devemos dizer todavia que este facto não foi ainda verificado por nós.

Em geral o utero que contem corpos fibrosos desta classe, é hypertrophiado e a mucosa apresenta lesões de metrite intersticial ou glandular.

Dê todos os tumores que tomam nascimento na madre, nenhum, como os intersticiaes, modifica tão profundamente a forma do orgão ao ponto de encontrarmos difficuldades em distinguir as diversas partes que constituem o aparelho da gestação. As ampas e os ovarios muitas vezes não são reconhecidos, ora são collocados na parte superior do tumôr, ora occupam a parte inferior, podem ainda collocar-se para adiante ou para traz, etc.

A cavidade uterina soffre modificações profundas, ao ponto de tornar impossivel o catheterismo, apesar de todos os esforços. Ora muito augmentada, torna-se muito irregular, muda seu eixo, modifica sua fórma; ao lado de pontos dilatados encontram-se outros estreitados.

O utero portador de neoplasias fibromatosas, pode deslocar-se, e estes deslocamentos são mais pronunciados quando entram em sua etiologia os tumores intersticiaes. Effectivamente os delocamentos produzidos por esta classe de tumôres são muito consideraveis.

Quando o fibromyoma se desenvolve na parede posterior, desloca a madre para adiante de modo que a vagina sobe verticalmente atraz da symphyse e si se produz ao mesmo tempo que esta anteposição, um certo gráo de elevação, o collo pode tornar-se inaccessivel, facto este muito interessante sob o ponto de vista clinico, porque pode

levar muitas vezes o cirurgião autorizado a um diagnostico de certeza sobre a topographia do neoplasma. Estes tumores intersticiaes nascidos na parede posterior, encravam-se muitas vezes e deste facto podem resultar phenomenos graves de compressão para o lado da bexiga e do rectum.

Outros não se encravam mas fazem saliencia no fundo de sacco posterior e apresentam neste caso um lobo verdadeiramente retro-vaginal.

Modificações inversas se passam no útero quando o tumor se desenvolve na parede anterior. Neste caso, mais raro que o precedente, o collo é empurrado para traz e para cima, muito distante da curvatura sacra, onde o dedo mui difficilmente o attinge; ainda se observam nestes casos as maiores deformações vesicaes.

Antes de terminarmos este estudo dos fibromyomas intersticiaes devemos dizer que os deslocamentos uterinos a que elles dão origem não são tão simples como temos supposto pela nossa modesta descripção.

O que fica aqui é somente o esboço de algumas das diversas complicações causadas por estes neoplasmas, e que servirão de assumpto para a segunda parte do nosso humilde trabalho na qual desenvolveremos mais minuciosamente os accidentes e as complicações a que estão sujeitos estes tumores e o utero que lhes dá agasalho.

Fibromyomas sub-mucosos. Polypos

A esta classe pertencem os tumores que, nascendo nas camadas sub-mucosas do parenchyma uterino, algumas vezes muito profundamente, se desenvolvem para a cavidade do utero.

Estas produções podem ser sesséis ou pediculadas, constituindo estas ultimas os polypos que tanto tem occupado os cirurgiões. Muitos estudos têm sido feitos sobre esta variedade de corpos fibrosos e nós, com o fim de não nos estendermos muito, lembraremos somente e muito rapidamente, alguns traços particulares de sua physionomia.

Cruveilhier já os tinha dividido em duas especies: polypos implantados ou sesséis e pediculados, que são os verdadeiros polypos.

Modernamente os diversos auctores como sejam Dupley e Reclus, Labadie Lagrave e Legueu, (Gross, Rohmer, Vautrin, André, os classificam do mesmo modo, isto é, em sesséis e pediculados ou polypos. Os primeiros são os que são envolvidos por uma capsula de tecido muscular uterino e que a primeira vista parece entrarem na classe dos fibromyomas intersticiaes. Comprehendemos por isto que entre estas duas formas existe uma multidão de transições insensíveis; e como esta divisão é puramente clinica Gusserow procurando estudar este assumpto, che-

gou á conclusão de que os fibromyomas sub-mucosos são os que podem ser extrahidos sem haver necessidade de incisar uma capsula. Os segundos são os sub-mucosos que apresentam um pediculo mais ou menos longo, que se allonga com o tempo sob a influencia das contracções expulsivas do utero. Este pediculo, quasi sempre espesso, é formado de mucosa e de uma camada de tecido muscular uterino contendo vasos. Em alguns casos, elle se atrophia, torna-se muito delgado, os vasos centraes desaparecem ficando apenas os vasos da mucosa, convindo notar, porém, que esta atrophia é muito mais rara nos fibromyomas sub-mucosos que nos sub-peritoneaes.

Sua vascularisação é mais desenvolvida e por isto os processos degenerativos mais raros. Virchow foi ao ponto de affirmar que ainda não viu um só polypo cretificado, e que as pedras ou calculos uterinos de que tanto têm fallado os auctores, se formam ás custas de fibromyomas intersticiaes cuja capsula se destróe secundariamente, e não ás custas dos sub-mucosos.

Não devemos confundir os polypos fibromyomatosos, chamados por Virchow, Richter e Levret polypos carnosos, com outras producções glandulares e placentarias, com os polypos mucosos; d'ahi a inconveniencia de se applicar a estas producções a denominação de polypo.

Velpéau ha alguns annos fazia a mesma distincção dos corpos fibrosos sub-mucosos e chamava esta ultima especie polypos verdadeiros; a outra, aos sessis, polypos por hypertrophia. Segundo Virchow, West e outros, é sob esta forma de polypo implantado, de polypo por hypertrophia, de polypo em absoluta continuidade com o utero, finalmente de polypo sessil (?) que os fibromyomas sub-mucosos se encontram quasi sempre

A transformação de um tumor desta especie, em um polypo é hoje admittida sem contestação e perfeitamente explicada. O mecanismo desta transformação é o seguinte: um tumor fibroso nasce e se desenvolve sob a mucosa que reveste a parede interior da madre; todas as vezes que sobrevem uma contracção uterina, o tumôr é recalçado ao lado da mucosa e esta se acha logo recuada, ou atravessada pelo tumor se, durante estas contracções o hysteroma não encontrasse na parede opposta do utero uma resistencia igual precisamente á que a recalca. Assim comprimido ou parado entre duas forças iguaes, o tumor recebe do fundo do utero uma impulsão de cima para baixo, que pode não ser equilibrada pela contracção muscular das partes inferiores do utero. A espessura da parede superior deste orgão e a direcção de suas fibras

explicam a preponderancia de sua acção. O tumôr, portanto, obrigado pela força das circumstancias, tende a sahir obliquamente da parede uterina e a ganhar a cavidade; quanto mais elle proemina do lado do utero, tanto mais tornará accessivel a pressão das fibras uterinas.

A' medida que estas contracções vão se exercendo sobre o tumôr, elle vae se pediculando, e, uma vez pediculado continua a augmentar de volume.

Alguns auctores querem explicar a continuidade do seu desenvolvimento pela existencia ao redor do polypo de uma zona embryonaria ao nivel da qual, segundo elles, se desenvolviam visivelmente novas fibras musculares.

Chegado na cavidade uterina, o tumor continua a se desenvolver, dilata esta cavidade e o utero apresenta uma hypertrophia vital. Suas paredes augmentam de espessura e apresentam exactamente a mesma estructura do utero gravido, de modo que se trata de uma prenhez fibrosa na expressão feliz de Guyon.

Depois que o utero tem soffrido uma certa dilatação, continúa a se contrahir como para expulsar o corpo extranho. O tumôr é submettido á mesma pressão de todos os lados e dirige-se para o collo que se entreabre, e o neoplasma faz saliencia entre os labios do focinho de tenca. As contracções do utero

augmentam ou diminuem esta saliência, o polypo desaparece em certos momentos para se mostrar mais tarde. São estes tumores que se chamam polypos intermitentes.

As contrações continuam, o pediculo torna-se vez mais longo por influencia destas contrações repetidas, e finalmente o polypo acaba por sair do utero e não mais entrar; na vagina pode ainda continuar o seu desenvolvimento e adquerir um volume enorme, ficando o seu pediculo sempre no utero. Algumas vezes este pediculo arrasta consigo o fundo da madre que se invagina no collo, produzindo emfim uma inversão uterina.

Estas produções polyposas que attingem raramente a uma idade muito avançada, porque os accidentes que determinam, necessitam de sua ablação em uma epoca relativamente pouco afastada do seu apparecimento, podem evoluir de uma maneira diferente: o utero mais tolerante não se contrahe para os expellir; o tumor vae evoluindo, augmentando no sentido da menor existencia, enche toda a cavidade uterina e depois de tel-a distendido, envia um prolongamento que atravessa o collo, e chegando na vagina continúa a evoluir, augmenta de volume, chega mesmo a adquerir as dimensões da parte do tumor que está contida na cavidade.

Bouilly cita um caso em sua clinica muito interessante: trata-se de uma mulher portadora de um

polypo que se estendia desde o umbigo até a vulva, isto é, um polypo implantado no fundo do utero que descia até á vulva, apresentando duas partes de volume consideravel, uma no corpo e outra na vagina, e uma porção intermediaria estreitada que correspondia ao collo.

A mucosa que recobre estes polypos é adelgada, atrophizada ou inflammada; o polypo ás vezes contrahe adherencias com um outro ponto da superficie interna do utero e assim se explicam os casos, como o observado por Cullingworth, em que o tumor tinha dous pediculos. Outras vezes porém o tumor polyposo provoca na mucosa uterina lesões de endometrite intersticial em uns pontos e de endometrite glandular em outros; estas modificações podem se tornar mais pronunciadas, a mucosa pode ulcerar-se, destruir-se, e se a mucosa da vagina ou do utero soffre em pontos correspondentes modificações semelhantes, as duas feridas assim formadas unem-se por uma cicatriz que constitue uma adherencia.

Não pretendemos nesta parte da nossa dissertação entrar no assumpto que constituirá a segunda parte do nosso trabalho; não nos queremos desviar do assumpto deste capitulo, apenas procuramos mencionar muito succintamente, as differentes perturbações que sombream o prognostico desta classe de tumores

Assim sendo, seja-nos permittido dizer que estas adherencias de que acabamos de tratar não são innocentes, ao contrario, ellas podem ser a fonte de complicações muito serias, de modo a tornarem o diagnostico e a intervenção muito difficeis. Podem dar lugar a uma obliteração do utero e a uma especie de fusão do tumor com a vagina.

Estes são felizmente os casos raros; muitos polypos permanecem ás vezes indefinidamente na cavidade uterina que elles distendem e deformam, outras vezes seu pediculo rompe-se, o tumor fica em liberdade e é eliminado como por um parto.

Comtudo para que o parto do tumor se produza não é systematicamente preciso que o pediculo se rompa; o tumor pode descer na vagina, o pediculo allongar-se, e o collo, contrahido sobre o tumor, produzir um estrangulamento e o resultado desta evolução será uma inflammação phegmonosa intensa do tumor ou o esphacelamento completo, e consequentemente a eliminação por fragmentos da massa esphacelada.

Existe felizmente um outro modo de cura que não este que acabamos de esboçar; é o destacamento espontaneo do tumôr principalmente depois de um abôrto ou de um parto.

Virchow pensa que esta eliminação espontanea não tem razão de ser com relação aos polypos, e sim com os fibromyomas intersticiaes collocados

muito perto da mucosa e cuja capsula se rompe. Não devemos discutir a opinião do mestre, todavia affirmamos que este facto é de uma veracidade absoluta, se o tumor é eliminado em totalidade, quasi sempre por uma serie de contracções dolorosas do utero e algumas vezes sem o menor symptoma.

Tumores sub-peritoneaes

Os fibromyomas sub-peritoneaes ou sub-serosos, já o dissemos ao iniciarmos este capitulo: são os que têm por séde as camadas mais superficiaes do fundo e da face posterior do corpo uterino e que, por effeito do seu desenvolvimento, levantam o peritonêo. Effectivamente, de intersticial que o fibromyoma é *sempre* no começo, (Labadie) a medida que vae evoluindo, dirige-se o mais das vezes para o peritonêo; a pequena porção da parede uterina, que o separa da serosa adelgaça-se por distenção, atrophia-se e desapparece. Desde então o tumor torna-se sub-peritoneal, ficando porém largamente implantado sobre o utero; temos o tumor sessil neste caso.

Se este tumôr continua a se desenvolver estende-se para o lado da serosa onde nada existe que possa embaraçar a sua expansão, sae pouco a pouco da parede uterina e de sessil torna-se pediculado. Este pediculo formado por um prolongamento da parede uterina, envolvido de peritonêo,

contem vasos pouco desenvolvidos. A circulação é muito menos activa que nos outros tumôres, e este facto nos explica cabalmente a preferencia das transformações fibrosa e calcarea.

O pediculo pode ser curto e espesso e neste caso prende o tumor ao utero, ou longo e delgado e lhe dá una mobilidade independente. As fibras musculares podem desaparecer completamente do pediculo que se atrophia, torna-se mais delgado e acaba mesmo por se romper espontaneamente.

Trataremos deste assumpto em outra parte, porem devemos dizer que quando se dá esta ruptura o tumor continúa a viver pelo facto de ter contraído previamente adherencias com os órgãos vizinhos.

Rokitansky pensava que o tumor somente contrahia estas adherencias depois de separado do utero.

Gusserow pensa de um modo contrario, que são estas adherencias que determinam a ruptura do pediculo: o tumor adhire a um órgão movel cujos movimentos determinam tracções ou então a adherencia se faz a um órgão fixo e o utero se desloca por effeito de uma gravidez. Todavia estas adherencias nem sempre existem; têm-se encontrado corpos fibrosos absolutamente livres no fundo de sacco de Douglas.

Quando o pediculo é delgado e longo, o tumor,

movendo-se livremente no meio das ansas intestinaes, determina algumas vezes uma certa reacção peritoneal que se denuncia por ascite ou por formação de adherencias, ou então estas não existem e o tumor cae no fundo de sacco de Douglas produz phenomenos de encravamento.

.....

Estes fibromyomas pediculados podem-se desenvolver nos bordos do utero; quando por excepção, isto se dá, elles desdobram o ligamento largo e se envaginam entre os dous folhetos, donde o nome de fibromyoma sub ou intra ligamentosos.

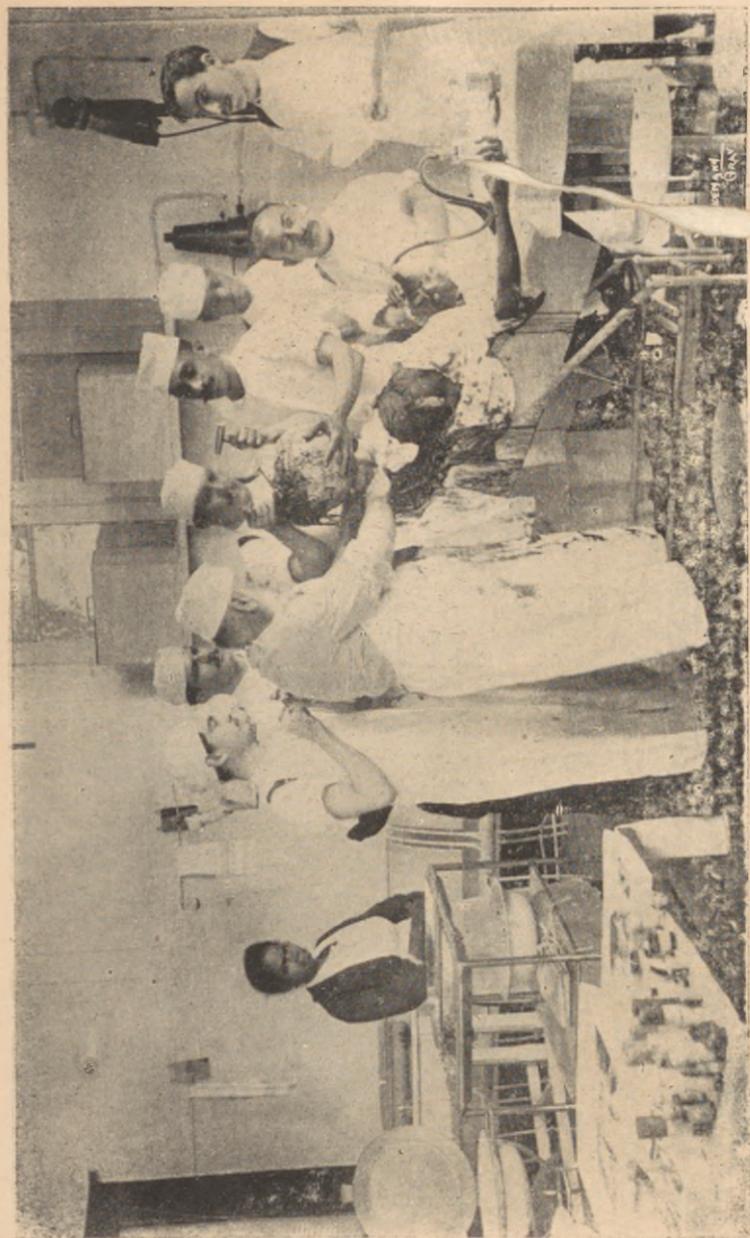
Estes tumores comportam-se da mesma maneira que os sub-peritoneaes; a maior parte delles encrava-se na excavação pelviana, recuando o utero para o lado opposto e exercendo ainda compressões variaveis sobre a bexiga, os uretérios e o rectum, merecendo por isto algum interesse sob o ponto de vista clinico e operatorio.

.....

Alguns fibromyomas nascem da porção supravaginal do collo, desenvolvem-se no tecido cellular da bacia, e ficam situados sob a aponevrose sacro-recto-genital, donde o nome que lhes dão os auctores de tumores sub-aponevroticos. Pozzi os chama corpos fibrosos pelvianos.

Em seu desenvolvimento estes tumores deslo-

com os diversos planos da bacia, deformam em grão bem accentuado a bexiga, comprimem os vasos, os nervos, os ureterios, levantam o peritonêo a uma grande distancia e encravam-se totalmente.

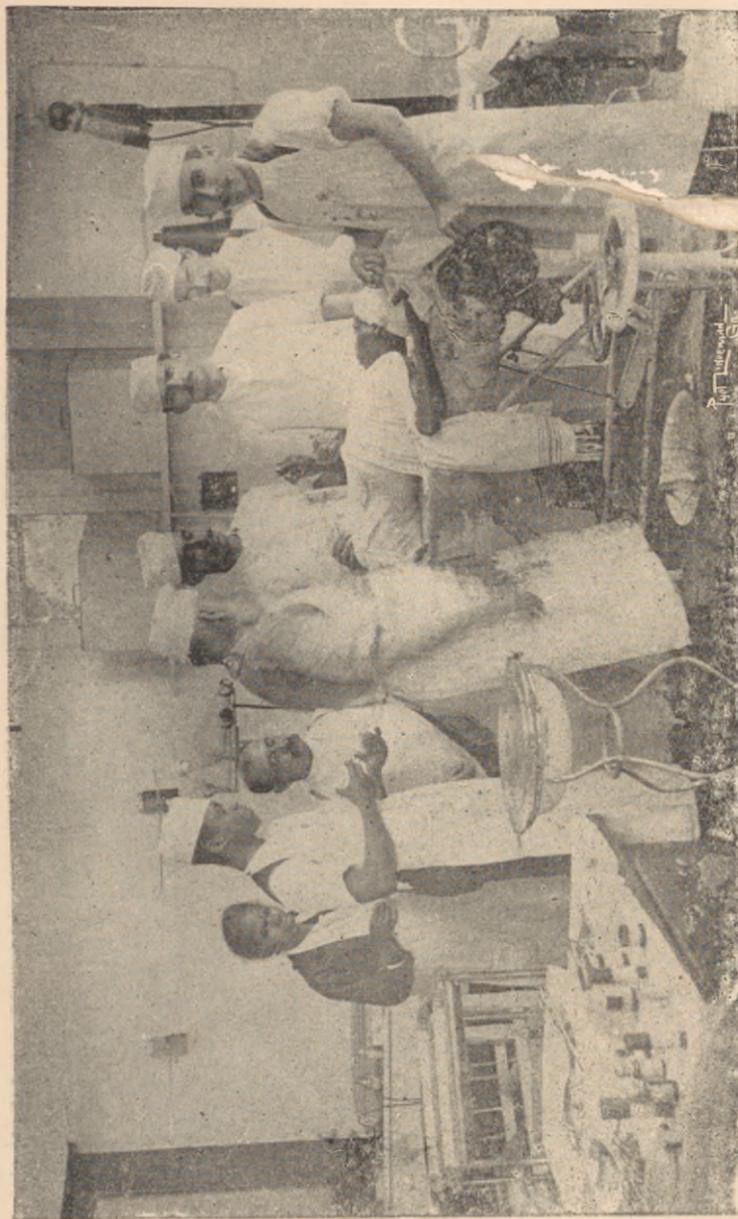


TIPO UTERINO

Laparo-oophoro hysterectomia sub-total baixa. Fibromyoma uterino
epiploon e á ansa pelvianna. Peso do tumor 11 kylos. Cura em 20 dias.

No meio d' operação





TYPO UTERINO

Laparo-oophoro hysterectomia sub-total baixa. Fibromyoma uterino muito adherente ao epiploon e á ansa pelvianna. Peso do tumór 11 kylos. Cura em 20 dias.

No fim da operação

Segunda Parte



SEGUNDA PARTE

ACCIDENTES E COMPLICAÇÕES

Transformações e molestias dos fibromyomas

§ São numerosas as modificações pathologicas que os fibromyomas podem apresentar.

A transformação SARCOMATOSA negada por Cruveilhier e outros e admittida por Virchow e Schröder, é observada frequentemente. Kurz chegou a vêr um tumor fibroso transformado em sarcoma, generalisar-se no pulmão, e Muller, Simpson, Chrobak nos fallam de outras muitas observações de transformação sarcomatosa dos fibromyomas.

Muller, de uma sua doente, retirou uma parte de um fibromyoma que dava lugar a phenomenos de encravamento: pouco tempo depois uma vegetação nitidamente sarcomatosa se desenvolvia no côto, e finalmente toda a porção de tumôr existente transformou-se em sarcoma. Factos como este têm

sido descriptos até pouco tempo com o nome de fibromyoma reincidente. Hoje, porém, não se pode admitir que o tumor puramente fibroso reincida, e quando isto se dá é que se trata de uma transformação sarcomatosa de fibromyomas primitivos.

Não se trata somente da coexistencia do fibromyoma e do sarcoma como quer Laurent, mas de uma verdadeira transformação e Cornil e Ranvier, Pilliet e Costes estabeleceram a origem vascular deste phenomeno: «primeiramente as cellulas endotheliaes do vaso se segmentam, multiplicam-se e formam ao redor do vaso uma camada de numerosas cellulas arredondadas, e quasi todas em via de divisão.

Estas cellulas continuam a se multiplicar e formam diversas camadas concentricas. Este processo estende-se tambem aos capillares e aos pontos de crescimento que se produzem; as cellulas sarcomatosas são levadas por estes pontos de crescimento na espessura das fibras musculares onde continuam a se desenvolver.

As fibras musculares soffrem o processo irritativo e se hypertrophiam, seu protoplasma perde a homogeneidade e a estrutura; seus nucleos tornam-se granulosos, irregulares e acabam por desaparecer cedendo o lugar ao tecido sarcomatoso que se estende pouco a pouco.»

.

A DEGENERAÇÃO GORDUROSA dos fibromyomas é uma das modificações pathologicas que têm servido de assumpto de discussão aos anatomo-pathologistas.

A metamorphose gordurosa se passa não só nas fibras musculares como tambem no tecido conjunctivo (Virchow) e disto resulta uma diminuição do tumôr pelo facto da reabsorção das partes degeneradas.

Tem-se procurado saber se esta diminuição pode-se accentuar por tal forma que determine o desapparecimento completo do neoplasma, como affirmam alguns, principalmente depois da gravidez.

E' certo que Virchow tem conseguido notar que a metamorphose gordurosa impede a evolução do fibromyoma, porque ella attinge principalmente a parte muscular, que é o elemento activo do crescimento. Mas, com os nossos conhecimentos actuaes não podemos affirmar com precisão se o desapparecimento completo do tumôr (?) é o resultado somente de uma transformação gordurosa, da menopausa, da gravidez, ou do tratamento mineral e electrico.

Realmente não podemos comprehender como se possa dar este desapparecimento completo devido somente a uma transformação gordurosa ou a qualquer outra causa. Este phenomeno não tem sido cabalmente observado na pratica, a não ser

que erros de diagnosticos impingidos como verdadeiros, nos façam acreditar na possibilidade deste phenomeno.

A. Martin numa autopsia feita seis semanas depois do parto encontrou um fibromyoma transformado em uma massa gordurosa, porém o volume não tinha diminuido.

.....

A TRANSFORMAÇÃO FIBROSA já o sabemos, é a modificação progressiva do tecido neoplásico graças á qual o tumôr torna-se duro, firme, branco e como que privado de circulação, devido a uma proliferação exaggerada do elemento conjuntivo. A zona fibrosa peripherica estende-se para o centro do fibromyoma, substituindo os elementos musculares que se atrophiam e desaparecem.

.....

A CALCIFICAÇÃO dos fibromyomas uterinos é *muito frequente* servindo-nos da expressão do Dr. Piquand. A idade tem muita importancia como condição etiologica.

Esta transformação tem sido observada em grande numero nas mulheres de utero fibromyomatoso que attingem á menopausa principalmente nos tumôres intersticiaes e sub-peritoneaes.

Esta infiltração calcarea dos fibromyomas se apresenta sob duas formas principaes: calcificação

de começo central; calcificação de começo peripherico.

A primeira variedade é a mais frequente: primeiramente, granulações calcareas em numero muito variavel, infiltram o tecido neoplasico e depositam; em uma segunda phase os depositos calcareos augmentam de volume, põem-se em contacto, soldam-se e sulcam o tecido do fibromyoma, e continuando a augmentar, reúnem-se no centro do tumôr, formando um nucleo completamente calcificado. Em um periodo mais adiantado, todo o tumôr é infiltrado de saes calcareos.

A segunda variedade, a calcificação de começo peripherico é muito mais rara. Quando este processo de transformação tem chegado ao ultimo termo de sua evolução, o tumôr se acha cercado de um involucro calcareo formado de placas irregulares, superpostas; somente em casos excepcionaes todo o tecido neoplasico é invadido.

.....

Não nos affastando por completo do estudo etio-pathogenico desta transformação, lembraremos as opiniões dos diversos autores para explicar a sua pathogenia.

Como admittem alguns, o fibromyoma antes de calcificar-se, soffre a degeneração fibrosa, e assim transformado, os saes calcareos se depositam sob

s. 7

a forma de grãos microscopicos, entre as fibrillas do tecido conjuntivo.

Ao lado destes casos existem outros em que a calcificação pode produzir-se directamente pelo deposito das granulações calcareas nas fibras musculares não alteradas como observou Virchow.

A pathogenia da calcificação dos fibromyomas é pouco conhecida. Entretanto um facto nos parece real, é que a degeneração calcarea apresenta relações intimas com as perturbações vasculares, particularmente com as lesões de arterio-sclerose das arterias uterinas, e somos levado a acreditar nisto, pelo apparecimento desta degeneração em mulheres já velhas, no momento em que, sob a influencia da menopausa, as arterias uterinas se espessam, tornam-se rigidas e atheromatosas.

O Dr. G. Piquand examinando as arterias uterinas em tres casos de fibromyomas calcificados, encontrou-as attingidas de arterite chronica, e em um delles as arterias, absolutamente rigidas, eram infiltradas de saes calcareos, que diminuiam notavelmente o seu calibre.

Resta-nos determinar a causa do deposito das granulações calcareas nos tecidos.

E' verdade que estas granulações resultam da precipitação dos saes de calcio existentes em dissolução no sangue levado ao tumôr; parece-nos, pois, que se deve dar grande importancia, no mecanismo

desta precipitação, ás lesões de atheroma e de arterio sclerose; e para não nos estendermos muito sobre o assumpto, apenas diremos que a arterio sclerose influencia a calcificação dos fibromyomas de dous modos: 1.º determinando alterações geraes da nutrição e da composição do sangue, que predispõem a um grande numero de affecções da mesma familia, como a lithiase, gotta, gravelle, calcificação; 2.º localmente ella agiria determinando perturbações circulatorias, que favorecem a deshydratação dos tecidos do tumôr e a precipitação em seu nivel dos saes inorganicos contidos no sangue.

.

Nesta parte do nosso trabalho, reservada exclusivamente ao estudo das complicações dos fibromyomas, devemos estudar as que podem originar-se de um destes tumôres calcificado.

E' preciso que se faça desaparecer por completo a idéa de que a calcificação é uma transformação benigna. E, dizendo isto, nos manifestamos inteiramente contrario a alguns pathologistas que affirmam que a calcificação faz cessar o crescimento do tumôr, e que seria um bom meio de cura se conseguissemos obter ou provocar artificialmente esta transformação.

A maior parte dos auctores realmente considera benigno o prognostico dos fibromyomas calcificados,

porque admittem que na maioria dos casos, estes tumôres não dão lugar a nenhum accidente grave.

Em nossa opinião, esta benignidade de prognostico além de ser muito exagerada não pode chegar ao ponto de ~~transformar~~ a esta transformação o qualificativo de benigna.

Não duvidamos que alguns fibromyomas calcificados cheguem ao ultimo termo de sua evolução sem apresentar perturbações, mas é preciso que saibamos também que ao lado destes, existem muitos outros que occasionam accidentes graves e tanto mais temiveis quanto mais bruscamente elles apparecem, após um longo período de evolução completamente latente.

Julgamos como Jacob, que não se deve considerar a calcificação uma transformação favoravel beneficiando o prognostico dos fibromyomas; mas, ao contrario, ella deve ser considerada uma verdadeira complicação, que determina o apparecimento de dôres e de hemorragias e predispõe a diversos accidentes, principalmente á compressão dos órgãos vizinhos e á suppuração.

A compressão do recto tem occasionado em alguns casos accidentes mortaes de oclusão intestinal. Em outros, o fibromyoma calcificado, tendo por séde o fundo de sacco de Douglas; tem produzido por compressão o esphacelo das paredes rectaes.

Lisfranc tem assignalado observações de fibro-

myoma calcificado tendo determinado uma larga ulceração do recto, com incontinencia das materias fecaes, e até mesmo uma perfuração deste órgão atravez á qual o tumôr se elimina depois de dôres excessivamente violentas.

A compressão da bexiga é mais frequente que a do intestino, e as complicações consistem em embaraço da micção, cystite, retenção de urina, accidentes estes que contribuem a enfraquecer e a cachetisar a doente quando não causam directamente a morte.

Os uretérios podem ser comprimidos, e Henning observou um caso de morte por uremia, produzida por um fibromyoma calcificado. Este tumôr pode comprimir a bexiga contra a face posterior da symphyse pubiana; produz-se um esphacelo da parede vesical e logo após a perfuração. Ordinariamente antes da ruptura da parede vesical, produzem-se adherencias entre o tumôr e esta parede, adherencias sufficientes, durante algum tempo pelo menos, para impedir a irrupção brusca da urina no peritonêo, e mesmo para permittir a penetração do fibromyoma na bexiga, sem que se produza reacção peritoneal immediata.

Dispensamo-nos de citar grande numero de observações relativas a estas complicações após as quaes quasi todas as doentes morreram de peritonite.

Outras vezes a perfuração pode produzir-se

bruscamente sob a influencia de um traumatismo ou de um movimento violento.

Outra complicação que pode attingir os fibromyomas calcificados é a suppuração.

Bernard nos cita o caso de uma mulher de 67 annos que, depois de alguns mezes de estado geral desesperador, expulsou bruscamente pela vagina mais de meio litro de pus. Esta doente morreu no mesmo dia e na autopsia encontrou-se o utero volumoso com diversos fibromyomas, um dos quaes, completamente calcificado, estava collocado em uma loja purulenta communicando com a cavidade uterina.

O tecido celluloso que cerca o tumôr, mal nutrido e irritado pela presença do proprio neoplasma, infecciona-se e suppura facilmente, principalmente no caso de fibromyoma sub-mucoso.

Quando a calcificação é completa, a suppuração invade todo o tumôr; quando incompleta o pus fica na periphèria sem o invadir.

Ao mesmo tempo que este pus procura sahida pela via vaginal o maior numero de vezes, o tumôr calcificado pode tambem eliminar-se total ou parcialmente.

Depois da expulsão total do fibromyoma a cura completa é possível, porém muitas vezes a suppuração uterina continúa e a doente pode morrer de cachexia e esgotamento.

Suppurações intermináveis são communs nos casos de expulsão incompleta.

Compulsando diversas revistas, encontramos grande numero de observações de fibromyomas calcificados e suppurados nos quaes ~~o pus~~ em vez de sahir pela vagina, ulcerou a parede uterina e veio infectar o peritonêo, determinando uma peritonite mortal; em outros o pus ulcerou a parede do recto e o tumôr foi eliminado por esta via.

Os symptomas que caracterizam a existencia de um tumôr uterino podem accentuar-se ao ponto de constituir verdadeiras complicações. As suppurações dos annexos, as pyo-salpingites são communs nos tumores calcificados.

Já lemos uma observação muito interessante: tratava-se de um tumôr calcificado sub-mucoso que determinou a suppuração e a gangrena da mucosa, simulando perfeitamente um cancro do corpo do utero.

.
Os fibromyomas podem tornar-se a séde de PHENOMENOS INFLAMMATORIOS indo até á suppuração.

A gravidez é uma das causas predisponentes mais importantes na genese destes phenomenos. Outras vezes são os traumatismos agindo directamente sobre o tumôr, as tentativas de catheterismo a galvano-punctura; as phlebites segundo Cruvei-

lhier. Em alguns casos esta complicação apparece sem causa apreciavel, ou então a affecção estende-se espontaneamente da mucosa uterina ao tumôr pela via lymphatica ou sanguinea.

Ora a inflamação, a suppuração começam no centro do fibromyoma, preparada pela necrose aséptica; ora é no contôrno do tumôr, em sua capsula ou mais exactamente, na camada cellulosa que o cerca, que se desenham os primeiros traços da infecção.

No maior numero de casos não é o corpo fibroso que se inflamma e suppura, é sua capsula; a inflamação oblitera então os vasos nutritivos que existem na camada cellulosa, e o tumôr se esphacela. Esta capsula pode ser destruida pela intensidade dos phenomenos necrobioticos e nestes casos, o tumôr, livre na cavidade uterina, elimina-se espontaneamente.

Clinicamente, a suppuração é reconhecida pelo augmento de volume do tumôr, pelo seu amollecimento, dôr, febre, septicemia chronica, suppuração pela vagina e pelo abortamento quando ella complica a gravidez.

Quanto ao prognostico esta complicação, é extremamente grave pela peritonite, perfuração vesical, e condições particularmente defeituosas que ella impõe á operação.

.

A gangrena pode invadir o fibromyoma, independentemente de todo o phenomeno inflammatorio; assim temos a torsão do pedicelo de um fibromyoma pediculado que faz saliencia na cavidade abdominal, caso em que o tumôr, privado de seus meios de nutrição, esphacela-se; nos polypos *paridos* na vagina, quando o collo exerce uma compressão muito forte sobre o pediculo.

Algumas vezes, porém, a gangrena resulta da acção de elementos infecciosos, que, em virtude de um poder especial, agem sobre o tumôr para provocar a sua mortificação; a ischemia goza apenas de um papel secundario. Assim se explica a influencia provocadora das intervenções chirurgicas taes como a curetagem, ablações parciaes, electrolyse ou galvanopunctura, etc.

O desenvolvimento de um cancro sobre um fibromyoma é uma condição muito favoravel á gangrena, porque o tecido do epithelioma é mais apto do que qualquer outro á pullulação dos anaerobios e dos saprogenos.

Esta complicação determina fatalmente a morte se não ha intervenção, e, mesmo com a operação, a gravidade é tal, que em 22 observações reunidas por Bisch, houve 16 mortes e 6 curas.

Transformações kysticas dos fibromyomas

No numero das complicações a que estão sujeitos os fibromyomas uterinos, collocamos as transformações kysticas.

Os cysto-fibromas uterinos não são tumôres raros; já o Dr. Le Bec em 1880 conseguiu reunir em sua notavel these 24 casos, e desde essa data até hoje os diversos cirurgiões têm observado numerosos casos de transformações kysticas dos fibromyomas.

Antes, porém, de tratarmos da etio-pathogenia e da evolução dos kystos nos fibromyomas, seja-nos permittido fazer algumas considerações.

Não são somente os fibromyomas do utero que estão sujeitos ás transformações kysticas; as diversas neoplasias que têm por sede este órgão podem apresentar estas transformações como tambem perturbações tão accentuadas nos seus elementos histologicos, que levam o anatomo-pathologista a reconhecer como evidente a complexidade deste estudo. Queremos fallar dos sarcomas e dos myxomas do utero, que podem dar hospedagem ás transformações de que nos occupamos, transformando-se em cysto-sarcomas e cysto-myxomas. Destas varieda-

des de tumôres kysticos nos vamos occupar com mais cuidado dos cysto-fibromas.

Grandes discussões têm sido levantadas entre os diversos auctores, com relação á pathogenia e á genese destas tres variedades de tumores; nascem elles do tecido uterino, ou são o resultado da transformação dos fibromyomas?

Isto é, devemos pensar, de accordo com alguns clinicos, que os fibromyomas malignos, os fibromyomas de crescimento rapido, são o resultado da transformação de um fibromyoma ordinario?

Segundo os trabalhos de Paviot e Bérard, os sarcomas do utero, com ou sem kystos, não existiriam como entidade anatomo-pathologica distincta. As partes sarcomatosas observadas nestes tumôres não são, na opinião destes auctores, senão regiões de evolução rapida dos fibromyomas; não ha differença essencial sob o ponto de vista anatomico, entre os fibromyomas, os kysto-fibromas, os myxomas e os fibro-sarcomas do utero; todos estes tumôres contêm cellulas redondas, cellulas fusiformes e estes elementos conjunctivos têm por fim a formação e a multiplicação de fibras-cellulas musculares.

Todos os observadores estão de accôrdo, com effeito, em admitir que, em muitos casos, um tumôr de marcha lenta, de evolução relativamente benigna,

já existindo ha alguns annos, de um momento para outro põe-se a crescer rapidamente, a se encher de kystos e affectar uma marcha maligna.

Não pretendemos com estas nossas palavras affirmar que os fibromyomas ~~primitivamente~~ podem soffrer a transformação kystica; não. Os sarcomas, quer sejam considerados como entidade anatomopathologica ou não, podem soffrer primitivamente esta transformação. Ainda aqui, para explicarmos a essencia destes phenomenos, teriamos de tratar das degenerações sarcomatosas dos fibromyomas e repetir o nosso modo de pensar com relação a estas transformações regressivas de que já fallamos em outra parte do nosso humilde trabalho.

Podemos classificar as cavidades kysticas encontradas nos tumôres uterinos, em tres categorias:

1.^a as geodas, nos fibromyomas; 2.^a os kystos do utero; 3.^a os tumôres polykysticos.

Destas variedades a que mais nos interessa é a terceira, isto é, os tumôres polykysticos os cysto-fibromas propriamente ditos.

As geodas, nome dado por Cruveilhier, são cavidades, sem parede propria, que se encontram ás vezes disseminadas em grande numero nos fibromyomas ou no utero hypertrophiado, sob a forma

de pequenos espaços angulares, do volume de uma noz, contendo um tecido cinzento, molle, gelatiniforme ou myxomatoso.

Estas pequenas cavidades, quasi sempre anfractuosas, apparecem ordinariamente nos tumôres molles, infiltrados e são limitadas por feixes conjunctivos e musculares mais ou menos alterados, mas sem revestimento epithelial.

Ranvier encontrou na face interna das grandes cavidades uma simples camada endothelial, sem outro tecido sub-jacente, que os proprios elementos do fibromyoma.

As geodas ora são vasias, achatadas, sem liquido, ás vezes atravessadas por bridas, cheias de diversas vegetações pediculadas ou de productos membraniformes, ora são distendidas por um liquido citrino claro, amarellado, que se semelha muito á lymphá e que tem algumas vezes a propriedade de se coagular espontaneamente ao contacto do ar.

Esta transformação em geodas pode ser mais desenvolvida; formam-se então cavidades do volume de um punho, de paredes irregulares. As cavidades vizinhas podem se reunir de modo a formar bolsas muito consideraveis contendo diversos litros de liquido.

Muitas vezes estas cavidade são cheias de sangue; este facto se explica: os vasos, privados do seu sustentaculo pela reabsorpção do tecido cellu-

lar, rompem-se facilmente e o sangue é derramado nestas bolsas. Estas collecções sanguineas tornam-se algumas vezes enormes a ponto de se abrirem na cavidade uterina; neste caso, se o collo é obliterado, o sangue accumula-se na cavidade do utero que se distende, produz-se um hematometro que pode attingir grandes dimensões.

Virchow observou um caso em que um tumôr fibro-kystico se abriu espontaneamente não no utero, porém na vagina, atravez o fundo de sacco posterior.

.

Os kystos do utero podem existir independente de qualquer producção neoplasica, e tambem concumitaneamente com estas producções.

Parece-nos provavel que elles se originam de uma alteração do tecido uterino, analoga a que se observa nos fibromyomas quando são séde de cavidades kysticas.

Estes kystos ora são sub-peritoneaes, ora intersticiaes e existem quasi sempre em grande numero.

Os primeiros occupam o tecido cellular sub-peritoneal do fundo do utero ou de suas faces, ou fazem saliencia nos ligamentos largos.

A parede destas cavidades é delgada e transparente. Estas (cavidades) contém um liquido citrino, amarellado ou sanguinolento. Ordinariamente o

utero é hypertrophiado e pode encerrar um fibromyoma distincto, como num caso observado por Tanner em que este auctor encontrou um corpo fibroso fazendo saliência na cavidade uterina.

Os kystos intersticiaes são encontrados em uteros hypertrophiados, porém sem corpos fibrosos; têm uma côr avermelhada um pouco escura e contêm um liquido amarello, algumas vezes sangue quasi puro.

.

Os cysto-fibromas propriamente ditos, os mais importantes sob o ponto de vista clinico e operatorio, são ordinariamente tumôres volumosos, nos quaes podemos distinguir as variedades seguintes em sua disposição topographica: cysto-fibromas monokysticos e cysto-fibromas polykysticos.

Quando um utero encerra um cysto-fibroma monokystico, a cavidade abdominal é distendida enormemente por um grande kysto, e em sua base, na região sub-umbilical ou na pelve, encontra-se um tumôr fibroso solido. Algumas vezes porém este occupa um dos lados e o kysto é lateral. Devemos evitar a confusão destes tumores com os casos em que ha coexistencia de um fibromyoma uterino e de um kysto do ovario.

Nos cysto-fibromas polykysticos, as maiores cavidades kysticas têm por séde o abdomen e são as mais afastadas da massa solida. Ora ellas reco-

brem em parte o fibromyoma; ora enviam prolongamentos para os flancos, ou enchem a bacia; emfim o utero cheio de cavidades, hypertrophia-se muito e torna-se gigantesco.

Seus septos são ora delgados, ora espessos, e duros. Pela palpação, tem-se a sensação de tumores alternativamente molles, fluctuantes e formados de massas solidas.

O que se dá nos fibromyomas sesséis, também pode se dar nos pediculados; assim é que diversos auctores têm observado cavidades polykysticas se desenvolverem nos grandes fibromyomas pediculados e nos grandes polypos cavitarios, constituindo os cysto-fibromas pediculados.

Pean observou em uma de suas doentes a coexistencia de um cysto-fibroma polykystico e de fibromas multiplos, uns livres, outros encravados na pelve.

O Dr. Vitrac Junior num dos numeros da *Semaine Gynecologique* (22 Fevereiro de 1898), nos descreve com o nome de fibroma polykystico maligno do utero, um tumôr de oito kilos, constituído por duas enormes massas, encerradas em um envolturo fibro-peritoneal.

Examinando este tumôr, elle viu, pelo corte feito, que estas massas eram constituídas por tecido fibroso, elastico, disposto em feixes entrecruzados em todos os sentidos; na parte central desta massa,

encontrou tres kystos do volume de um ovo de perua cheios de um liquido seroso.

.....
Como explicarme a apparição e a evolução destas cavidades kysticas na massa dos fibromyomas?

Virchow attribuia a formação destas cavidades ao amollecimento e a degeneração dos tecidos constitutivos do fibromyoma. Cruveilhier, da mesma opinião que Virchow, procurava explicar o facto pelo amollecimento do fibromyoma que elle considerava um edema do tumor.

Segundo a opinião destes dous professores, no tumor edemaciado ou amollecido, as fibras musculares se atrophiam, os feixes conjunctivos se dissociam, se mortificam, se reabsorvem e assim se formam as pequenas lacunas intersticiaes, as geodas de Cruveilhier, de que já tratamos.

Virchow explicava ainda a transformação kysticas dos fibromyomas, admittindo previamente a transformação sarcomatosa destes tumores; as células sarcomatosas obliteram a luz do vaso e a circulação pára na zona normalmente irrigada por elle. O tecido sarcomatoso, constituido neste ponto, não recebendo materiaes de nutrição, necrosa-se, e uma pequena cavidade kystica se produz. Se diversos vasos são assim obliterados, resulta a pro-

dução de um grande kysto, sarcomatoso de conteúdo hemorrhagico.

Esta theoria é combatida por Paviot e Berard que não admittem este modo de formação, porque não observaram a proliferação do endothelio dos capillares nem os pontos de crescimento mencionados por Pilliet e Costes; dizem ainda que não foram observadas estas obliterações dos vasos na vizinhança dos pseudo-kystos, e que estas formações não são de character necrobiotico.

Billroth e Kœberlé attribuem os kystos a vasos lymphaticos enormemente dilatados. Kœberlé em 1869 tinha declarado que um certo numero de cysto-fibromas eram devidos á dilatação dos vasos lymphaticos, porque já elle tinha encontrado nestas cavidades uma serosidade de origem lymphatica.

Le Bec, Klebs e outros já tinham tambem observado esta dilatação dos lymphaticos e admittiam *in totum* as opiniões de Kœberlé relativamente á genese das cavidades kysticas.

Appareceu depois destes estudos uma objecção, apresentada por André, que estudando os kystos, não encontrou as cellulas endotheliaes caracteristicas dos espaços ou dos vasos lymphaticos, e acrescentava como verdade, entretanto, que os espaços lymphaticos vizinhos eram enormemente dilatados. As observações se multiplicaram, exames microscopicos mais minuciosos foram feitos, e

Leopold e Fehling descreveram um destes tumôres sob o nome de fibromyoma lymphangiectasico.

Era um grande tumôr kystico; pela punção elles retiraram 1500 ~~grammas~~ de liquido amarello claro que se coagulou immèdiatamente; este liquido continha albumina e fibrina. Pelo exame microscopico observaram que o tumôr era um myosarcoma e que todas as cavidades eram revestidas de endothelio e, por este motivo, affirmaram a origem lymphatica das cavidades.

Existe ainda uma categoria de fibromyomas, chamados fibromyomas telangiectasicos ou cavernosos, nos quaes as modificações se levam sobre os vasos sanguineos.

Esta transformação cavernosa apparece principalmente nos grandes tumores intra-parietaes e occupa apenas uma parte da massa neoplasica.

Virchow nos descreve um caso em que a transformação se estendia a toda a massa. Os capillares augmentam de numero e de volume, anastomosam-se irregularmente uns com os outros, de modo que dão ao tumôr um aspecto de esponja. Algumas vezes as cavidades vasculares adquirem dimensões variadas.

Sob o ponto de vista clinico, estes tumôres são algumas vezes molles e fluctuantes e apresentam grandes e rapidas modificações de volume.

Fibromyoma e cancer uterino

A presença simultanea de fibromyomas e de *cancers* uterinos, frequentemente observada pelos cirurgiões, attrahiu a attenção de alguns anatomo-pathologistas que procuraram saber se a associação de tumores de natureza tão differente era exclusivamente devida ao acaso, evoluindo cada um por sua conta propria, não havendo entre elles nenhuma relação, ou se havia na pathogenia destes neoplasmas, algum laço que os prendia intimamente.

Para estudarmos esta questão precisamos levar em conta todos os casos publicados de coexistencia de fibromyoma e de *cancer* uterinos, e determinar de um modo muito exacto a frequencia desta neoplasia nas mulheres fibromyomatosas e nas mulheres normaes.

Sendo o *cancer* muito mais frequente nas fibromyomatosas, parece-nos racional concluir que o fibromyoma predispõe ao *cancer*. Precisamos tambem conhecer qual o mecanismo intimo deste phenomeno, isto é, como o fibromyoma pode favorecer o apparecimento do epithelioma.

Como vemos, este assumpto de que nos vamos occupar merece muita attenção sob o ponto de

vista do tratamento, porque se realmente o fibromyoma predispõem aos tumores malignos, a conclusão logica que devemos tirar deste facto é que todas as fibromyomas, sem excepção, devem ser operadas, porque a presença do tumôr constitue uma ameaça perpetua á vida da doente.

Diversos auctores de competencia reconhecida, tem emittido opiniões oppostas e contradictorias sobre esta questão das relações dos fibromyomas e dos epitheliomas do utero.

Os auctores antigos admittiam que o *cancer* constituia a terminação natural do fibromyoma uterino. A este modo de vêr se oppõe Cruveilhier que nega a possibilidade desta degeneração.

Virchow admite a degeneração carcinomatosa dos fibromyomas.

Cornil e Ranvier, Pozzi, Waldeyer, Delbet e a maior parte dos auctores actuaes declaram que a degeneração cancerosa dos fibromyomas é histologicamente impossivel, porque estes tumores, formados de tecido conjunctivo ou muscular, não podem dar nascimento a elementos epitheliaes, e o epithelioma não pode desenvolver-se senão á custa de epithelio.

Não se trata, pois, de degeneração epithelial, porém, somente do desenvolvimento simultaneo de um fibromyoma e de um *cancer* da mucosa, podendo este invadir o fibromyoma.

Dahi duas ordens de factos: em uns, os elementos cancerosos se desenvolvem na propria massa fibromyomatosa; em outros, ha simplesmente co-existencia do fibromyoma de epithelioma uterino.

.....

O desenvolvimento de um epithelioma no tecido fibromyomatoso é excepcional, mas é possivel; e o Dr. Piquant conseguiu reunir 45 observações.

Cruveilhier combate esta opinião. Para elle em hypothese nenhuma um epithelioma pode desenvolver-se na massa fibromyomatosa e, mesmo que todo o utero soffresse a degeneração cancerosa, o corpo fibroso ficaria inalteravel.

E' verdade que não se trata de uma degeneração epithelial verdadeira, mas da invasão de um fibromyoma por um epithelioma vizinho, principalmente da mucosa.

O epithelioma desenvolve-se na mucosa do corpo do utero, depois os elementos epitheliaes vêm invadir um fibromyoma situado immediatamente sob esta mucosa.

Os fibromyomas sub-serosos, apezar de se distanciarem um pouco da mucosa, não estão isentos, elles podem ser invadidos secundariamente por epitheliomas desenvolvidos nos órgãos vizinhos, ovario, trompa, intestino, etc.

Ha casos muito excepçionaes de cancos me-

tastáticos devidos ao desenvolvimento, no interior do tumôr fibroso, de elementos epitheliaes provenientes de um *cancer* mais ou menos afastado, e conduzidos até o fibromyoma ~~provavelmente~~ por embolias lymphaticas.

O Dr. Bender nos cita um caso observado em sua clinica:—Trata-se de um epithelioma desenvolvido em um fibromyoma uterino num caso de *cancer* primitivo do seio.

Ao lado destes casos existem outros em que o fibromyoma é séde de um epithelioma primitivo. Parece á primeira vista um factó sem explicação plausivel e em completo desaccordo com todos os nossos conhecimentos sobre o desenvolvimento dos tumôres.

Quasi todos os auctores antigos admittiam tratar-se de uma degeneração verdadeira; pensavam elles que os elementos do fibromyoma (fibras musculares e fibras conjunctivas) se transformassem directamente em elementos epitheliaes.

Hoje os anatomo-pathologistas não admittem esta transformação. Os epitheliomas, com effeito, não podem nascer senão ás custas de epithelios, isto é, de tecidos provenientes do folhêto externo ou interno do blastoderma; emquanto que os fibromyomas são constituídos por uma mistura de tecido conjunctivo e muscular, isto é, por elementos provenientes do folhêto medio do blastoderma; elles

não podem, pois, pelo facto de sua constituição histologica e de sua origem embryonnaria, dar nascimento a elementos epitheliaes.

A unica maneira de explicar o desenvolvimento de um epithelioma em um fibromyoma, é admittir que ha no tecido fibromyomatoso elementos epitheliaes susceptiveis de se desenvolver e de proliferar, dando lugar a um tumôr maligno.

Este facto é confirmado por um grande numero de observações, que mostram de maneira indiscutivel a presença de elementos epitheliaes no interior dos fibromyomas.

Nos casos de Rolly e de Noble, o exame histologico completo mostrou a existencia de nucleos cancerosos no fibromyoma com ausencia de *cancer* quer na mucosa uterina quer em qualquer outro orgão.

..

Nem sempre, porém, um epithelioma se desenvolve num fibromyoma; mais frequentemente ha coexistencia dos dous tumôres. Primeiramente apparece o fibromyoma, depois de um tempo mais ou menos longo, o epithelioma apparece na mucosa uterina, podendo invadir secundariamente o tumôr fibroso, ficando porém o maior numero de vezes isolado deste.

As repetidas observações da coexistencia destes neoplasmas fizeram nascer no espirito dos anatomos.

pathologistas a hypothese de que a presença de um fibromyoma goza de um certo papel na degeneração maligna da mucosa uterina.

Trataremos em primeiro lugar da coexistencia de fibromyoma e de *cancer* do corpo do utero e depois da coexistencia de fibromyoma e de *cancer* do collo.

.
 Como já dissemos, muitos auctores admittem a influencia de um fibromyoma do utero na genese de um *cancer* da mucosa, com o qual o neoplasma fibroso coexiste.

Compulsando grande numero de estatisticas de Pollosson, Noble, Pean, Terrier, Le Bec, Martin e muitos outros, nas quaes notamos a frequencia relativa do cancer do utero nas mulheres fibromyomatosas, e ainda, estudando a existencia destes neoplasmas malignos nas mulheres normaes, chegamos á conclusão muitissimo racional de que um tumôr fibroso pode predispôr a mucosa do utero a uma degeneração maligna.

Reunindo todos os casos de que nos fallam as estatisticas, chegamos ao total de 3.230 fibromyomas, dos quaes 96 eram acompanhados de *cancer*, sendo 48 do corpo e 48 do collo, isto é, o *cancer* do corpo e o do collo se encontram nas fibromatosas com a mesma frequencia.

Um outro argumento importante nos é forne-

cido pelo estudo da frequencia relativa do *cancer* do corpo e do collo nas mulheres fibromyomatosas: com effeito, se se tratasse somente de coincidencia, os *cancers* que coexistissem com fibromyomas deveriam offerecer a mesma proporção de neoplasmas do collo e de neoplasmas do corpo que os *cancers* uterinos independentes de fibromyomas.

Ora, não é isto que observamos; vemos em um grande numero de estatisticas que o fibromyoma se complica pouco mais ou menos de *cancer* do corpo e de *cancer* do collo na mesma proporção, contrariamente ao que vemos e observamos ordinariamente em uteros não fibromyomatosos, em que os epitheliomas do collo são muito mais frequentes que os do corpo que são muito raros.

Resta-nos saber como o fibromyoma pode provocar o apparecimento ou a evolução de um *cancer* do corpo do utero.

São notaveis e conhecidas as perturbações de diversas ordens provocadas por um fibromyoma na mucosa uterina. As perturbações de ordem mecanica acompanham-se de desordens circulatorias muito importantes: os fibromyomas provocam por sua presença no utero modificações analogas ás que se observam na gestação; as fibras musculares se hypertrophiam, os vasos arteriaes e venosas são mais abundantes e soffrem alternativas de dilatação e de constricção frequentes, que se manifestam mui-

tas vezes por hemorragias profusas; o utero é, portanto, excitado em sua totalidade; é séde de uma irritação constante e prolongada, que se traduz por hyperhemia, congestão muito forte da mucosa uterina que, em estado continuo de turgescencia vascular, fica entumecida, edematosa e espessa; todos os elementos do endometrio são excitados a crescer e, este excesso de crescimento, dá em resultado muitas vezes a produção de endometrite glandular.

Esta endometrite, *provocada pelo fibromyoma*, passa ao estado chronico e a mucosa se torna séde de uma irritação e de uma inflammação constante.

Ora, existe uma lei de Pathologia Geral que diz: toda inflammação chronica de um orgão o expõe a soffrer degenerações malignas e consequentemente a tornal-o sede de tumôres; esta lei se verifica no caso presente. A endometrite glandular persiste, a inflammação chronica provoca um crescimento glandular anormal, as glandulas do endometrium proliferam e formam adenomas typicos, não malignos, porém que, sob a influencia de causas irritativas continuas, podem passar por uma transição progressiva, á formação de adenomas atypicos de natureza maligna, depois a carcinômas. E assim se acha constituido o *cancer* do corpo do utero.

.

Os fibromyomas tambem gozam de um certo papel nas degenerações malignas do collo.

Elles podem coexistir com *cancers* da região cervical

Neste caso não agem directamente, como nos casos de coexistencia de fibromyomase de *cancers* do corpo do utero, porém a distancia; o fibromyoma prepara o terreno, creando ao nivel do collo um lugar de menor resistencia, onde mais tarde se implantará o epithelioma. Para explicarmos este facto precisamos admittir ainda a intervenção de perturbações mecanicas, modificações circulatorias, irritação chronica.

Os fibromyomas sub-peritoneaes que adquirem um certo volume, não se podem alojar na pequena bacia, e são forçados a se elevar acima do estreito superior. Este movimento de ascenção é acompanhado pelo corpo do utero e pela porção cervical que se desloca a ponto de não se sentir pelo toque o focinho de tenca.

Os fibromyomas podem ainda agir sobre o utero pelo proprio pezo, quando a mulher está na posição vertical.

Estes phenómenos, repetindo-se durante alguns annos de uma maneira continua, provocam ao nivel do collo uma irritação chronica favoravel á producção da degeneração da mucosa cervical.

Os fibromyomas intersticiaes e sub-mucosos

agem de uma maneira mais directa que os sub-peritoneaes, determinando desvios do collo para traz e para cima, comprimindo-o ás vezes atraz do pubis, etc., conforme a parte em que se desenvolve o corpo fibroso.

Estas perturbações mecanicas produzidas pelos fibromyomas se acompanham de modificações circulatorias, determinando hyperemia e congestão constantes que se traduzem por hemorragias mais ou menos abundantes e se acompanham de phenomenos inflammatorios da mucosa cervical, como demonstra a existencia de corrimentos hydrorrhoeicos e leucorrhoeicos.

A persistencia destes corrimentos e das perturbações mecanicas, constitue causas de irritações locaes que, por sua repetição e duração, dão lugar a modificações profundas da mucosa do collo, donde pode resultar a degeneração maligna, porque uma mucosa irritada e inflammada é mais susceptivel de degenerar que uma sã.

Não constituem assumpto de pouca importancia estas lesões da mucosa cervical, se encararmos a questão pelo lado cirurgico.

Depois da hysterectomia sub-total, a mucosa alterada persiste e pode degenerar, produzindo um epithelioma, de modo que o cirurgião attendendo á natureza destas lesões não deve applicar em hypo-

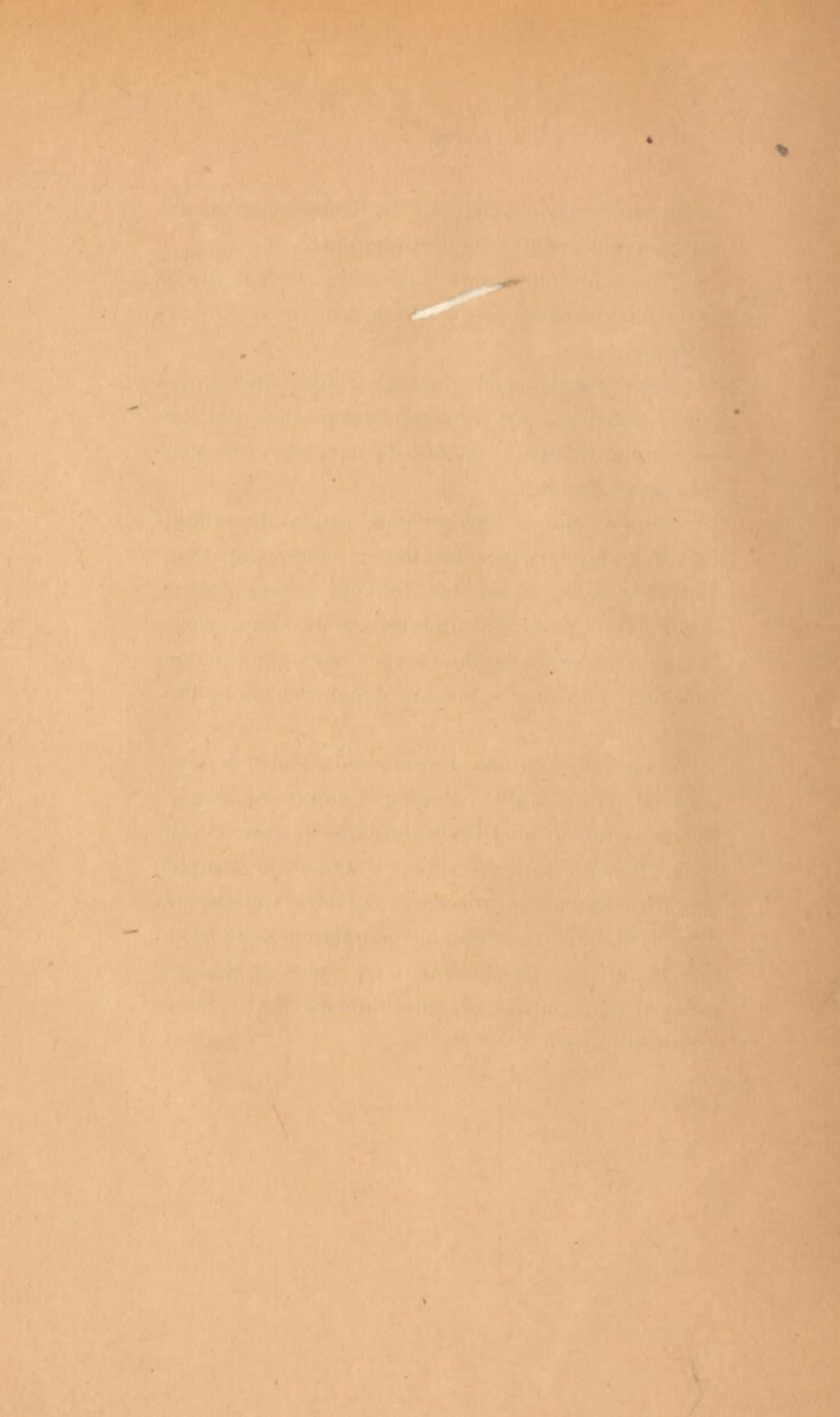
these nenhuma o processo de hystereotomia sub-total no tratamento dos fibromyomas.

Mas a pratica nos diz o contrario, porquanto os casos de degeneração do coto são de uma raridade extrema.

Esta raridade da degeneração epithelial dos côtos uterinos após a hysterectomia sub-total, parece muito natural e mesmo de accordo com a natureza das lesões.

Com effeito, o fibromyoma, causa da inflamação e das alterações da mucosa, sendo suppresso, as lesões da mucosa não tendem a augmentar, porém ao contrario, a diminuir e a desapparecer, e somente em casos muito excepcionaes ellas podem continuar a evoluir e mesmo degenerar em epithelioma.

Assim mesmo não devemos considerar a degeneração epithelial do coto sempre como consequencia da evolução post operatoria das lesões da mucosa, porque muitas vezes trata-se do simples desenvolvimento de um *cancer* cavitario que passou despercebido no momento da operação. De modo que, segundo a nossa opinião, as lesões da mucosa cervical não contra-indicam o emprego da hysterectomia sub-total.



Fibromyomas pediculados

Torsão e ruptura pedicular

Em outra parte do nosso modesto trabalho já tratamos dos fibromyomas pediculados; resta-nos fallar das complicações que podem attingir especialmente esta classe de fibromyomas. Antes, porém, de entrarmos no assumpto, diremos algumas palavras sobre o modo de formação dos fibromyomas pediculados, sua constituição anatomica e sua evolução.

Até 1897 os estudos sobre a torsão dos fibromyomas do utero não satisfaziam ás exigencias dos espiritos cultos em assumptos de medicina e cirurgia. Já naquelle tempo, Rokitansky tinha feito estudos acurados sobre a torsão dos kystos do ovario, servindo este facto de exemplo para um certo numero de auctores que fizeram estudos especiaes sobre a torsão do pediculo dos fibromyomas.

Virchow, e depois Schröder, Skutsch, J. Cuppie, Friedel Pick, Holst, Imbert, Heurteaux, mencionaram casos de observação.

Em 1896 M. Schwartz communicou á Academia de Medecina um caso apresentado por Mermet á Sociedade Anatomica.

Estudemos em primeiro lugar os fibromyomas sub-peritoneaes pediculados, por serem mais importantes, e depois trataremos das outras variedades.

Compulsando as diversas observações que nos têm sido possível recolher sobre o assumpto, vemos que ha duas grandes classes de fibromas torcidos: em uma, a tórção se faz no pediculo que prende o fibromyoma ao utero; em outra a tórção se faz no proprio tumôr.

Exemplifiquemos.

Num fibromyoma sub-seroso dous casos podem se dar:

1.º O fibromyoma isola-se do utero, ao qual fica ligado apenas por um pediculo que lhe garante a nutrição.

2.º O fibromyoma não se isola do utero, pelo contrario, guarda connexões extensas e resistentes com este orgão.

Neste segundo caso ou no primeiro, quando os fibromyomas sub-peritoneaes tornam-se volumosos e que o pediculo resiste, elles saem da pequena bacia por causa de seu desenvolvimento excentrico, tomam ponto de appoio sobre as fossas illiacas, e tendem a se elevar cada vez mais, de modo que nesta marcha ascendente do fibromyoma para o abdomen, é o corpo do utero que é arrastado, eleva-se, alonga-se, torna-se delgado, estira-se, até nos

dár a illusão de uma separação espontaneá, total, do collo e do corpo do utero.

Este phenomeno, apesar de raro, foi observado por Times e Rokitansky ha muitos annos: o fundo do utero, cheio de fibromyomas, fluctuava em pleno abdomen e o collo estava na pequena bacia, porém estas duas partes não estavam separadas completamente, entre ellas, ligando-as, existia um cordão fibro-muscular intermediario, com uma cavidade, cuja continuidade com o canal cervical, de um lado e a cavidade do fundo do utero, de outro lado, demonstrava que se tratava do corpo uterino allongado.

Quando o utero é assim delgado, pode tornar-se menos resistente que o pediculo, e, se o tumor soffre um movimento de rotação, é elle e não o pediculo que se torce. Virchow observou um caso em que o utero era torcido sobre o seu eixo. Friedel e Pick conseguiram observar 6 casos deste genero, e, em alguns, chegaram a verificar que o utero tinha dado duas voltas completas. Em um outro observado por Kuster, a torsão do collo era de duas voltas e meia, sendo todos elles seguidos de accidentes peritoneaes mortaes.

O pediculo que prende o tumor ao utero, é essencialmente constituido por um envolvero peritoneal envaginando um prolongamento do tecido muscular de fibras lisas, com vasos e nervos:

A vascularização do pediculo dos fibromyomas sub-peritoneaes é extremamente variavel. Chambers e Grailey Hertwitt assignalam vasos que tinham meio pollegar de diametro, em outros, os vasos são muito pequenos e em pequeno numero. As veias são mais numerosas e mais volumosas que as arterias.

Dupuytren, Poirier e Billroth, descreveram vasos lymphaticos no pediculo.

O fibromyoma pediculado, sujeito portanto a complicações serias, oriundas da torsão pedicular, é incluído em um envolvero de parede dupla; uma destas paredes, a mais exterior, é formada pelo peritonéo e pelas fibras musculares uterinas; a outra é constituída por uma camada de tecido cellular frouxo, onde estão os vasos.

Da constituição intima do tecido fibromyomatoso, resulta uma desigualdade notavel na nutrição do tumor: as partes mais externas são irrigadas e nutridas por capillares emanados dos vasos da capsula, emquanto o centro da neoplasia nutre-se apenas por imbibição, donde seu aspecto esbranquiçado, donde tambem a formação das geodas de Cruveilhier, pela rerefação e desappareição de fibras musculares e de feixes conjunctivos mal nutridos.

Explicado assim, embora ligeiramente, o mecanismo da formação do pediculo, passemos ao

facto principal, á etiologia e ás consequencias da torsão.

.....

Sobre a etiologia da torsão do fibromyoma uterino, estamos reduzidos somente a hypotheses. Os pathologistas ainda não conseguiram chegar a um accordo e todos elles por meio de theorias seductoras, que parece estarem muito perto da verdadeira genese deste phenomeno, procuram chegar ao ponto mais proximo da verdade scientifica, ministrando-nos explicações mais ou menos de accôrdo com o raciocinio, algumas das quaes nos levam a inclinar mais para a sua acceitação.

A gravidez pode ser causa da torsão, pois assim nos leva a crêr, uma observação de Cuppie: uma mulher grávida morreu de accidentes de gangrena consecutivos á rotação, sobre seu eixo, de um fibromyoma sub-seroso.

O desenvolvimento de um tumôr vizinho ao fibromyoma pediculado, modificando a sua posição, pôde determinar a torsão, como num caso de kysto do ovario, observado por Delaunay, em que este kysto, deslocando o fibromyoma, produziu a torsão do seu pediculo. E muitas outras observações poderíamos citar.

A torsão pedicular pode ser ainda a consequencia do crescimento desigual do tumôr; das alternativas de repleção e de vacuidade da bexiga e

do recto; das adherencias previas; dos movimentos bruscos accidentaes ou provocados pela palpação.

Duas condições são, ~~entretanto~~, de grande importancia: a existencia de um tumôr movel, e de um pediculo bastante delgado e pouco resistente. Nestas condições podem haver phenomenos de encravamento, de torsão, pelo facto do tumôr pediculado do fundo do utero cahir no fundo de sacco de Douglas.

CONSEQUENCIAS DA TORSÃO—Quando, pela influencia de uma das causas já citadas ou da concumitancia de duas ou mais, o pediculo soffre a torsão, as consequencias logicas, immediatas e fataes deste accidente são representadas por modificações e perturbações profundas do lado do fibromyoma, causadas por embaraços circulatorios.

A estas perturbações de circulação correspondem modificações do volume, da consistencia, do aspecto exterior e do córte do tumôr.

A tensão sanguinea é consideravelmente augmentada no interior do fibromyoma: as arterias do pediculo, mesmo após a torsão, ficam permeaveis não só por causa de sua situação mais central como tambem pela resistencia de suas paredes, outras são attingidas de arterites obliterantes; as veias, ao contrario, são rapidamente obliteradas ou pelo menos seu calibre é muito diminuido.

O tumor continúa a receber sangue arterial, e a circulação de retorno é suppressa ou muito redu-

zida, de modo que se passam phenomenos identicos aos que resultam da compressão ou da obliteração das veias dum ~~oreão~~ qualquer, as arterias ficando permeaveis.

Sia obliteração venosa não é completa, ella se traduz pelo edema do neoplasma e isto se dá quasi sempre com os grandes tumôres de pediculo delgado. A massa do tumôr comprime o pediculo e embaraça a sua circulação. Si as veias do pediculo se obliteram completamente, gradual ou bruscamente, nós assistimos a thrombose e á apoplexia do fibromyoma.

A stase venosa explica o augmento de volume. A resistencia do tumôr pode variar e em certos casos tem-se mesmo a sensação de uma verdadeira fluctuação.

A superficie perde o aspecto liso, uniforme, torna-se de uma côr vermelho sujo, côr de folha morta, com manchas negras, violaceas, de dimensões variadas.

A consistencia é molle e pelo córte o tumor não *grita* sob o escalpello. A superficie de secção, que deixa sahir uma pequena quantidade de sangue, apresenta duas zonas: uma central, outra periphe-rica.

Na zona central a architectura do fibromyoma é consideravelmente modificada pela invasão sanguinea: os feixes conjunctivos e as fibras muscu-

lares não têm a mesma disposição que no fibromyoma normal; são comprimidas, as vezes muito pigmentadas. As geodas existem em grande numero; umas são o resultado da nutrição normalmente atenuada no centro do fibromyoma, são as preformadas; as outras, são o resultado da necrose mais ou menos accentuada do tumôr, sob a influencia da torsão pedicular, são as neoformadas. Uma serosidade mais ou menos colorida occupa a cavidade das geodas.

Pelo exame microscopico desta zona, observamos que as cellulas são atrophiadas e infiltradas de pigmento sanguineo. A substancia amorpha que as separa, tem em suspensão alguns leucocytos deformados, algumas hemacias ainda reconheciveis e uma grande quantidade de pigmento.

A zona peripherica, de 3 a 5 centimetros de espessura, é violacea e ennegrecida; esta coloração não é uniforme.

Ha partes mais escuras do que outras e correspondem a verdadeiros nucleos apoplecticos. Estas partes mais escuras se apresentem mais ou menos extensas, exceptuando a vizinhança do pediculo, onde ellas são pouco abundantes.

ZONA DO INFARCTUS—O infarctus não tem parede propria: é um derramamento que afasta e dissocia os elementos do tecido myomatoso. O sangue infiltrado se destróe com uma rapidez notavel;

formam-se então massas difusas, mais ou menos amorphas, semeadas de um pigmento amarello escuro proveniente dos globulos sanguineos destruidos. Os globulos brancos são pouco abundantes.

Sob a acção deste derramamento, os elementos do fibromyoma soffrem uma serie de lesões: as fibras musculares são dispersas, dissociadas em pequenos feixes constituídos por tres ou quatro fibras cellulas.

Encontra-se muitas vezes uma cellula muscular isolada. Muitas fibras musculares se atrophiam e algumas soffem a transformação pigmentar. As fibras conjunctivas são igualmente dissociadas, atrophias e infiltradas de pigmento.

Emfim, todas as modificações histologicas, que se passam na intimidade da neoplasia, se resumem: em infiltração sanguinea consideravel; dissociação dos elementos do fibromyoma por esta infiltração; degeneração ao mesmo tempo do sangue e dos elementos myomatosos.

.....

Todos estes accidentes, compativeis até certo ponto com a vida da mulher, podem-se accentuar: a torsão do pediculo, perturbando a integridade da actividade nutritiva no tumôr, pela falta de irrigação sanguinea sufficiente, produz phenomenos de necrobiose que se acompanham de accidentes in-

flamatorios graves ou dão em resultado a produção de adherencias com os órgãos vizinhos, que auxiliam e supprem um pouco a nutrição defeituosa do fibromyoma, porém que se tornam por si mesmas uma fonte de perigos, não só pelas perturbações funcçionaes que podem determinar, como também pelas difficuldades que ellas levam ao acto operatorio que cêdo ou tarde se impõe.

O Dr. Pilliet descreve nos *Annales de Gynecologie et d'Obstetrique*, de Abril 1909, um facto muito interessante em sua clinica. Trata-se de um fibromyoma de pediculo torcido, com adherencias ao appendice, simulando uma appendicite pelviana.

M.^{lle} Y. 35 annos; regrada aos 21 annos; regras pouco abundantes e regulares. Em Janeiro de 1908 esta doente foi presa bruscamente, durante a noite, de dôres abdominaes violentas no baixo ventre e na fossa illiaca direita. Vomitos alimentares, mucosos e biliosos. No dia seguinte apparece uma defesa muscular intensa, localisada na fossa illiaca direita. O facies é *angoissé*, o pulso rapido, a 120, porém a temperatura, verificada diversas vezes, fica em 37°. Este estado prolongou-se diversos dias com dôres sempre vivas, defesa muscular generalisada á totalidade do abdomen e impedindo toda a palpação. Dysuria. O Dr. Pilliet, examinou a doente neste estado e, pelos symptomas, não trepidou em

diagnosticar uma appendicite, admitindo ainda a hypothese da possibilidade de uma torsão do pediculo de um kysto do ovario; era simplesmente uma hypothese, porque a doente não tinha nenhum antecedente de tumôr pelviano, e até aquella data não tinha tido crises abdominaes.

No fim do mez de Janeiro as regras appareceram durante 3 dias, sem dôres. Seis semanas depois o Dr. Pilliet examinou-a mais uma vez: pelo toque rectal, (mulher virgem) encontrou um corpo uterino um pouco volumoso, tendo-se collocado a direita de uma massa do volume de uma laranja, fazendo corpo com o empastamento illiaco.

Praticando o Dr. Pilliet uma laparotomia lateral, encontrou um fibroma de pediculo torcido, adherente á excavação pelviana, aos dous terços inferiores do appendice e á bexiga; estudou as connexões deste tumôr com o corpo uterino, e viu que se tratava de um fibroma cujo pediculo soffreu a torsão. Conseguiu libertar o tumôr das adherencias, fez a hysterectomia sub-total, seguida da appendicectomia, e sua intervenção foi coroada do melhor exito, porque depois de alguns dias a doente sahiu curada.

Sob o ponto de vista clinico, esta observação apresenta o typo de torsão aguda, com symptomas simulando a appendicite. O fibroma torcido estava na phase de necrose histologica completa. O

appendice adheria ao tumôr e apresentava lesões inflammatorias propagadas da serosa para a profundez.

As lesões histologicas da necrose indicavam uma torsão muito pronunciada, tendo determinado uma suspensão mais ou menos completa da circulação venosa e da circulação arterial do pediculo.

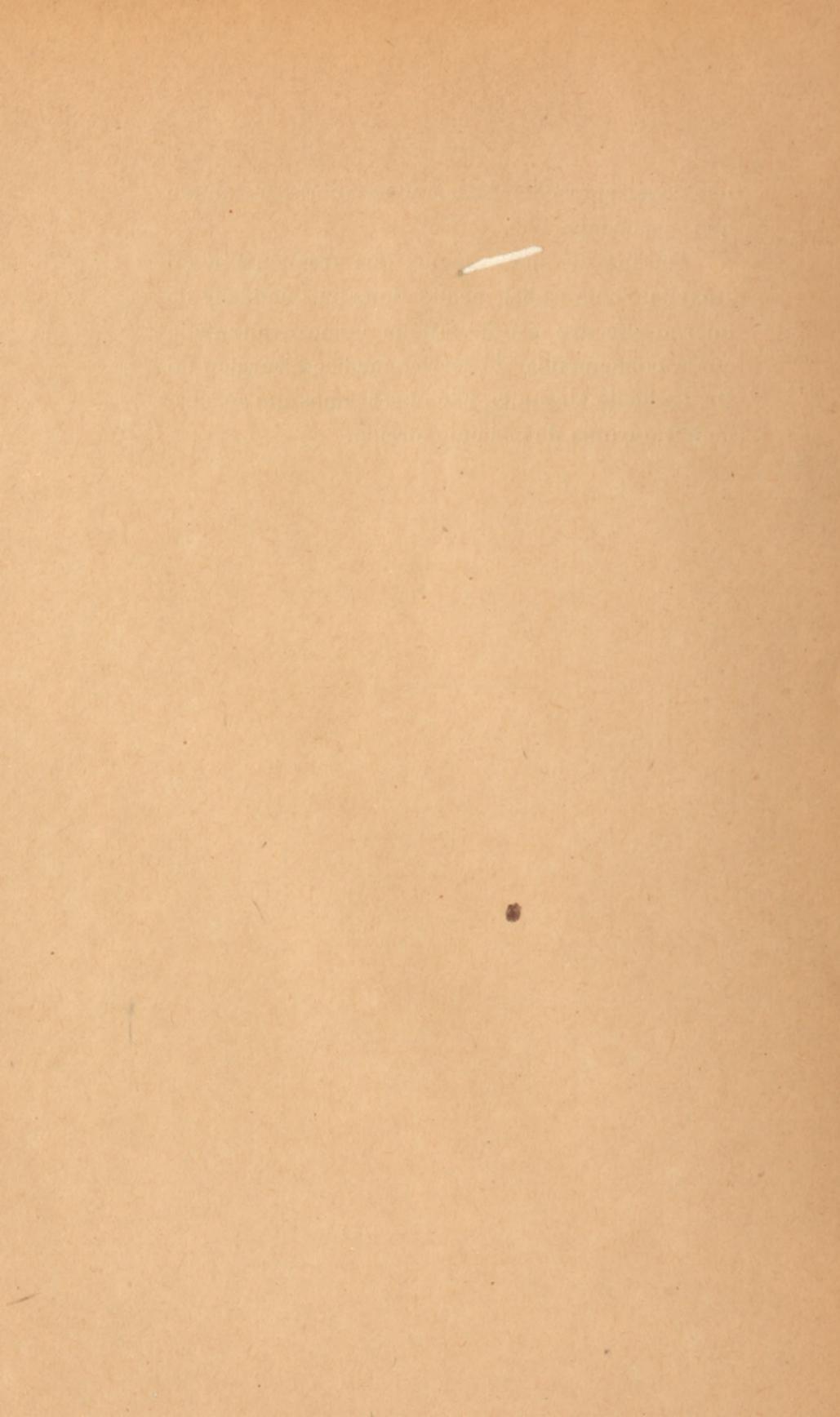
Não ficam aqui as perturbações oriundas de uma torsão pedicular; ellas vão mais longe. Ora é uma peritonite localisada que apparece na superficie do tumôr; ora é a gangrena parcial ou total que se manifesta na neoplasia, dando origem a todas as perturbações já conhecidas por muitos cirurgiões e que tornam o prognostico muitissimo sombrio, se não fatal.

E' para evitar esta mortificação do tecido neoplasico, termo ultimo de todas as lesões que se originam da mesma causa, que os cirurgiões modernos se põem de sobreaviso com os fibromyomas pediculados, praticando a operação com o fim de extrahir o tumôr, porque somente com este tratamento radical, as complicações futuras poderão ser evitadas.

Deixamos bem patente, no espirito daquelles que honrarem, com a sua leitura, o nosso humilde trabalho, o valor prognostico das modificações provenientes de uma torsão pedicular. Sentimos porém

não poder apresentar observações sobre o assumpto que nos occupa.

Durante os quatro annos que frequentamos o Hospital Santa Izabel, sendo dous na qualidade de interno effectivo e outros dous como aspirante e ainda como auxiliar do serviço medico-cirurgico do Dr. Lydio de Mesquita, não observamos um só caso de fibromyoma de pediculo torcido.



Os fibromyomas complicando a prenhez, o parto e o post-partum

A' primeira vista parece que nos desviamos um pouco do assumpto que constitue esta segunda parte, porquanto vamos tratar da influencia dos fibromyomas sobre um estado puramente physiologico, ao qual estes neoplasmas podem emprestar os phenomenos complicativos mais complexos e variados, sem todavia soffrerem na intimidade da sua organisação, as mais ligeiras perturbações nutritivas, de qualquer ordem que sejam.

A nossa intenção é mostrar as complicações que se passam não so no proprio tumôr, como tambem as que elle pode determinar, constituindo ambas um estudo muito serio, por meio do qual podemos avaliar o futuro das mulheres em cujo utero existem concumitaneamente um fibromyoma e um producto de concepção.

A influencia nefasta destes tumôres não se repercute somente no utero-gravido; elles podem constituir um obstaculo á fecundação, mas nem sempre este obstaculo vae ao ponto de impossibilital-a por completo, havendo antes uma esterilidade relativa.

Em grande numero de estatisticas collidas por

diversos observadores, e dentre elles, Hofmeier, Lefour, Winckel e Susserott, notamos uma flagrante diminuição de fecundidade, que se estendia até mesmo á medicina veterinaria, pois Lafosse observou que as femeas dos grandes animaes domesticos, que se conservavam estereis, traziam no utero um corpo fibroso.

Esta infecundidade não depende directamente do fibromyoma considerado isoladamente, mas é o resultado das alterações que se passam na esphera uterinã, nos annexos, por effeito da existencia do tumôr, não permittindo a fixação do ovo, ou a progressão delle pelo canal tubario.

Nós todos comprehendemos o mecanismo da fecundação e por isso não precisamos de descrever aqui como ella se faz; comtudo diremos que duas circumstancias podem se oppôr ao contacto dos elementos fecundantes: as que impedem mecanica ou chimicamente a marcha do espermatozoide, e as que obstruem a sua passagem pelo canal tubario.

O desvio uterino determinado pelos fibromyomas sub-peritoneaes e intersticiaes, modificando a estatica do orgão; a obliteração do orificio tubario pelos neoplasmas sub-mucosos sesséis ou pediculados, determinando um embaraço á marcha do filamento spermatico, são causas que concorrem muito para a esterilidade da mulher.

Os pediculados podem ainda se collocar no ori-

ficio interno do collo e, por irritação reflexa, determinar uma contracção espasmodica, não permitindo deste modo a passagem aos espermatozoides.

Poderíamos citar as diversas observações de Chahbazian, de Stoltz e de muitos outros que tiveram o cuidado de reunir em monographias, factos observados sobre este assumpto, e que são muito instructivos. Não o faremos porque queremos mencionar de um modo muito succinto embora as diversas perturbações originadas dos fibromyomas e que constituem causa da esterilidade.

O canal utero-tubario pode-se tornar impermeavel, como tambem o canal das trompas, por onde deve transitar o ovulo pode-se obliterar, devido á adherencia de suas paredes, e isto se dá quasi sempre por effeito do desenvolvimento excessivo de um fibromyoma sub-peritoneal comprimindo estes orgãos contra a parede da bacia.

Mas não é somente isto; temos ainda de levar em conta, que estes tumores sub-peritoneaes determinam peritonites localisadas e adherencias, modificando assim as relações do utero, das trompas e dos ovarios.

Outras perturbações como sejam: as metrites chronicas, glandulares hypertrophicas e hyperplasticas (Cornil), as alterações dos ovarios (Pasquali), a coexistencia de alteração tubaria e ovarica, emfim, os factores capazes de alterar os annexos, como a

infecção, diathese e a acção directa do neoplasma sobre o aparelho tubo-ovarico, são causas que fallam muito alto influencia dos fibromyomas sobre a concepção.

E' bem possivel que a hypersecrecção do utero, tornando-se mais ou menos acida, tenha uma acção nefasta sobre a vida dos spermatozoides, destruindo-os.

O estado de congestão permanente do orgão, é a causa mais provavel das hemorragias que acompanham os fibromyomas, da infecção ou de um processo inflammatorio das paredes dos vasos, dando causa não só a hemorragias, como tambem a hydorrhéas e hydrohemorrhéas que podem arrastar os spermatozoides.

E' muito crível ainda, que esta inflammação se propague ás trompas, produzindo uma salpingite chronica, com adherencia das villosidades e adherencia das paredes tubarias.

Vemos, portanto, que muitas e variadas causas concorrem para essa esterilidade relativa, pela qual deve ser incriminado o proprio fibromyoma, porquanto casos têm sido observados, que pela sua extracção, as mulheres conceberam novamente.

Sobre a prenhez

Em um grande numero de mulheres atingidas fibromyomas do utero, a gravidez, zombando da

fibromatose uterina, pode seguir seu curso normal, e, a despeito das multiplas influencias que este estado pathologico do orgão exerce sobre sua evolução, ella logra chegar a termo, e o parto faz-se regularmente.

Nestes casos felizes, somente depois de terminado o parto, a fibromyomatose; que até então escapára ao diagnostico do parteiro, denuncia-se na parede do utero, quer pela simples palpação do medico, quer debuxando seu quadro symptomatico. Infelizmente, porém, nem sempre as cousas sóem dar-se com essa apparente normalidade, e um aborto ou um parto prematuro põe fim a uma gravidez que se iniciou num terreno fibromatoso.

Não param ahi as complicações a que estão sujeitas as mulheres prenhes, com fibromyomatose uterina.

O proprio tecido uterino offerece transformações na sua organização, tornando-se friavel pela infiltração neoplasica. Distendido pela prenhez, e muitas vezes preso pelas adherencias, ou encravado na excavação, pode se romper sob a influencia das contracções espasmodicas.

A compressão de certos orgãos, sendo permanente, dá causa a accidentes de summa gravidade, como phlebite, cystite, nephrite, pyelo-nephrite, succumbindo a doente de uma septicemia ou pyohemia; estas compressões exercendo-se sobre orgãos e

vasos, despertam symptomas variados se ella se faz sobre a veia cava inferior, apparecem edemas das pernas e varice hemorrhoidaria; se sobre o nervo sciatico, nevralgias, com perturbações trophicas. Os nervos lombares, comprimidos, produzem dôres lombares, que se irradiam para as côxas e o abdomen. A compressão do recto traz más consequencias, desde a constipação até a coprostase, produzindo phenomenos de stercoremia.

A dyspnéa, ás vezes observada, é o resultado da compressão do diaphragma que é recalcado para cima, não deixando o pulmão expandir-se convenientemente.

Para o lado do apparelho urinario as compressões se manifestam provocando dysuria, pollakyuria, tenesmo vesical, retenção de urina, uremia, albuminuria, hydronephrose, conforme ella se faça sobre a urethra, ureterios, bexiga e rins.

A frequencia da inserção anormal da placenta em uteros fibromyomatosos tem sido observada pör Lefour, que encontrou 13 vezes em 207 casos, o que nos dá uma frequencia de 4 por 100, e por Nauss que observou, em 41 casos, 5 vezes este accidente.

A frequencia do abôrto é incontestavel, pois tem sido observado por muitos parteiros e cirurgiões. Hunter chegou a dizer que o abôrto é a terminação fatal de uma prenhez em um utero fibromatoso.

Não podemos admittir este modo de pensar do grande cirurgião e anatomista inglez, porque é um facto real admittido e observado por muitos parteiros, que um utero fibroso pode conter um producto de concepção, que evolue e chega a termo, sem que o parto apresente complicação alguma.

O abôrto pode manifestar-se durante qualquer periodo da prenhez, mas é sobretudo frequente do quarto ao sexto mez. A frequencia é maior nos casos de fibromyomas do corpo que nos do collo, devido certamente a que, durante a evolução da prenhez, as transformações destas duas partes do orgão não marcham simultaneamente; o augmento da cavidade uterina faz-se principalmente á custa do corpo. Comprehende-se, pois, que a localisação da massa fibromyomatosa nesta zona, possa impedir o desenvolvimento gradual e progressivo do utero, e occasionè o abôrto.

Quanto ao parto prematuro, podemos imputar as mesmas causas que as do abôrto, porém é mais frequente nos fibromyomas do collo; a razão é que o segmento inferior do utero só participa da ampliação uterina nos ultimos mezes da prenhez.

Vemos, pois, que a séde dos corpos fibrosos influencia muito na intensidade das complicações e disto trataremos mais adiante, porque della depende em grande parte a sorte da prenhez. Os submucosos são os mais perigosos, depois vêm, em

ordem decrescente, os intersticiaes e finalmente os sub-peritoneaes, que não exercem influencia sensível sobre a prenhez, a não ser os phenomenos de compressão a que dão lugar. Muitos delles passam despercebidos durante a prenhez, e só por occasião do parto ou depois dão mostra de si.

A fibromyomatose favorece, sobremodo, as gravidezes ectopicas.

Supponhamos que os espermatozoides, vencendo os obstaculos que lhes embargam a marcha, alcancem o ovulo, operando-se a fecundação, e que a prenhez consequente esteja em condições de evoluir; se o ovulo assim fecundado fôr impedido de chegar ao utero para crescer ulteriormente, pode se inserir na trompa, no ovario ou na cavidade abdominal, dando lugar a prenhezes extra-uterinas.

Supponhamos ainda que este ovulo, a despeito dos embarços á sua marcha, consiga chegar á cavidade uterina; ainda ahi não está isento de accidentes que lhe podem ser fataes, porquanto a endometrite chronica e os fluxos hemorrhagicos fazem com que elle se fixe mal na parede do orgão, chegando mesmo a expulsal-o do utero.

Sob a influencia da prenhez, o fibromyoma por sua vez soffre alterações anatomicas, apresentando augmento de volume e amollecimento.

Sobre o parto e post-partum

Os fibromyomas influenciam o trabalho do parto de tres modos; constituindo um obstaculo mecanico, isto, é diminuindo as dimensões da fieira pelvigenital; perturbando a regularidade das contracções, e contrariando a regular accomodação do feto.

Se os fibromas são pequenos e situados em uma parte do utero em que elles não possam encommodar o desenvolvimento do organismo, tal como o fundo, as faces anterior e posterior do segmento superior, a gravidez terá as maiores probabilidades de evoluir sem accidentes e o parto, nestas condições, se fará quasi sempre normalmente. Porém podem, mesmo nestes casos favoraveis, sobrevir durante o parto, accidentes de inercia uterina, aos quaes o pequeno fibroma não parece ser extranho.

Se os pequenos fibromas estão situados ao nivel do collo e do segmento inferior, elles poderão encommodar o parto, impôr a applicação do forceps, ou a introduccção da mão para terminar o trabalho por meio de uma versão, e nisto consistirá o seu papel nocivo.

Outros necessitarão sua extirpação pelas vias naturaes, para facilitar o parto, se elles são pediculados ou situados na espessura do collo de maneira a difficultar a dilatação.

Os pequenos fibromas não acarretam pertur-

bações muito serias. Labbadie Lagrave affirma ser muito raro que os polypos do collo sejam uma causa de dystocia, porque seu pediculo se allonga, elles amollecem e, cedem deante da cabeça fetal, e são eliminados.

Para os pequenos tumores, o utero parece mesmo mostrar uma especie de tolerancia que não existe mais, quando elles adquirem um certo volume.

Se o tumôr volumoso occupa o segmento superior do utero, e se é pediculado, a gravidez pode, em certos casos, evoluir regularmente; mas, a maior parte das vezes, o tumôr, por sua acção mecanica, provocam a morte do feto, do que resulta um abôrto, ou uma auto-infecção da doente.

Se o tumôr volumoso occupa o segmento inferior da madre, os accidentes são muito mais temiveis, porque elle constitue um obstaculo tanto mais infranqueavel para o feto, quanto maior é o espaço da cavidade pelviana occupado por elle.

Diversos casos podem resultar dahi: ou o feto morre antes do termo e é retido na cavidade uterina onde se putrefaz, tornando-se uma causa de auto-infecção; ou o menino morre a termo, durante ou após o trabalho pathologico, e então a mãe é exposta aos mesmos accidentes de retenção, ou a hemorragias temiveis se a placenta é inserida viciosamente; ou então o feto chega vivo a termo, mas o canal pelviano é obstruido pelo tumôr, e havendo

consequentemente um obstaculo absoluto á sua passagem, o unico recurso de que pode lançar mão o parteiro, não fallando na embryotomia, que é uma operação muito mais grave, é a extracção do feto pela via abdominal.

Quando não ha um obstaculo absoluto á passagem do fetò, ha perturbações nos diversos tempos do parto: a insinuação não se faz bem, a rotação opera-se incompletamente; no caso da cabeça ser derradeira, pode ser retida na excavação pela presença do tumôr, exigindo por vezes a mutilação do feto. Alem disso, convem lembrar as deformações plasticas que apresenta o feto, como torsão do trônco, achatamento da cabeça, etc.

Como vemos as complicações determinadas por fibromyoma attingem quer a mãe, quer ao producto de concepção, ou simultaneamente a ambos.

Quasi sempre as mulheres ignoram completamente a existencia destes tumôres em seu órgão gerador, e somente no momento do parto é que surgem os accidentes dystocicos, hemorragias, etc; é então que o parteiro consegue muitas vezes chegar ao diagnostico de que as saliencias endurecidas, percebidas atravez da parede abdominal em seu exame preliminar, nada mais eram que tumôres fibrosos, mas cujo diagnostico precoce não poude fazer, por ser realmente muito difficil.

Factos interessantes têm-se apresentado com relação a prehezes evoluindo em uteros fibromatosos e, a despeito da má previsão, o parto pode ser livre das complicações que o ameaçavam, e dar-se naturalmente. Mas estes casos felizes não são muito frequentes; elles se realisam em virtude de movimentos de ascensão do tumôr para a cavidade abdominal, favorecidos pelas contracções do segmento superior.

Por effeito deste movimento ascencional da massa neoplasica que começa nos ultimos dias da prenhez e se accentúa durante o trabalho, a apresentação desce na excavação, substituindo o tumôr fibroso.

Não devemos porém contar sempre com a subida do tumôr, porque ella nem sempre se faz, e somos obrigados muitas vezes a lançar mão da cirurgia no caso de uma apresentação detida pela immobibilidade, com o fim de evitarmos que o trabalho do parto se prolongue, que a doente se esgote, podendo estes dous factores determinar a infecção e a morte da mulher.

O feto participa de todas estas perturbações e corre grandes perigos. Rompendo-se prematuramente a bolsa das aguas, as contracções uterinas agem directamente sobre elle, comprimindo-o e asphyxiando-o.

Os effeitos nocivos desta ruptura precoce não ficam ahí, vão muito além: a bolsa das aguas não podendo mais tomar parte activa na dilatação do collo, difficulta as intervenções obstetricas e facilita as infecções.

A falta de insinuação da parte apresentada dá ensejo a que o cordão faça procidencia, e graves complicações podem sobrevir, principalmente a ruptura uterina, sempre fatal á mulher, quando a intervenção não é apressada.

Os fibromyomas deformam o utero, perturbando a acomodação natural do feto e conseguintemente favorecendo as apresentações anormaes.

Não explicamos aqui o mecanismo desta complicação, porquanto teriamos muito que dizer sobre este assumpto, muito facil de ser comprehendido, sem explicação previa, por todos aquelles que se entregam a estudos scientificos.

Em um utero fibromyomatoso, as contracções se modificam, perdendo em energia; este orgão age com uma força inefficaz, extenua-se, depois de uma serie de contracções sub-intrantes e mesmo a tetanisação do orgão, vem fatalmente a inercia.

.....

Durante ou depois do delivramento, apparecem algumas vezes menorragias e metrorragias que não existiam antes da gravidez, e estabelecem-se

de uma maneira definitiva com todas as suas consequências.

Estas hemorragias assumem uma gravidade excepcional com os tumôres sub-mucosos, principalmente quando a placenta se insere directamente sobre a mucosa que os reveste.

Além destas hemorragias, tem sido observada algumas vezes, a retenção da placenta, e se tracções mais ou menos fortes são exercidas sobre o cordão, pode-se produzir a inversão uterina; se os cuidados de antiseptia não presidirem a todas as intervenções, é quasi certa a infecção da area placentaria.

Tem-se assignalado depois do parto, o desaparecimento completo de alguns tumôres fibrosos, e esta regressão é a consequencia da degeneração gordurosa do fibromyoma.

Tem-se observado algumas vezes a evolução rapida de alguns fibromyomas depois da gravidez; mas dous factos são frequentes e devem merecer a nossa attenção: depois do parto normal, no caso de utero fibromyomatoso, a involução uterina se faz menos rapidamente e menos regularmente; as causas de infecção no momento do parto são maiores, donde resulta que o utero fibromatoso é mais exposto á infecção que o utero normal.

Muitas vezes os fibromyomas sub-peritoneaes e os polypos intra-uterinos pediculados, não apre-

sentando uma regressão parallella ao utero, despertam complicações durante o puerperio. Assim é que as hemorragias podem persistir pelo espaço de alguns dias, sobrevindo ainda outros accidentes mais funestos, como septicemias pyohemia, peritonites, phlebites, lymphatites, etc.

O tumôr, sendo comprimido, pode mortificar-se, grãngrenar-se, occasionando embolias septicas e mecanicas que determinam á distancia, endocardites, phlebites, abcessos e thromboses vasculares, e ainda, por effeito das compressões, accidentes de maior gravidade como sejam: rupturas da bexiga, perturbações nervosas e por fim eclampsias.

.

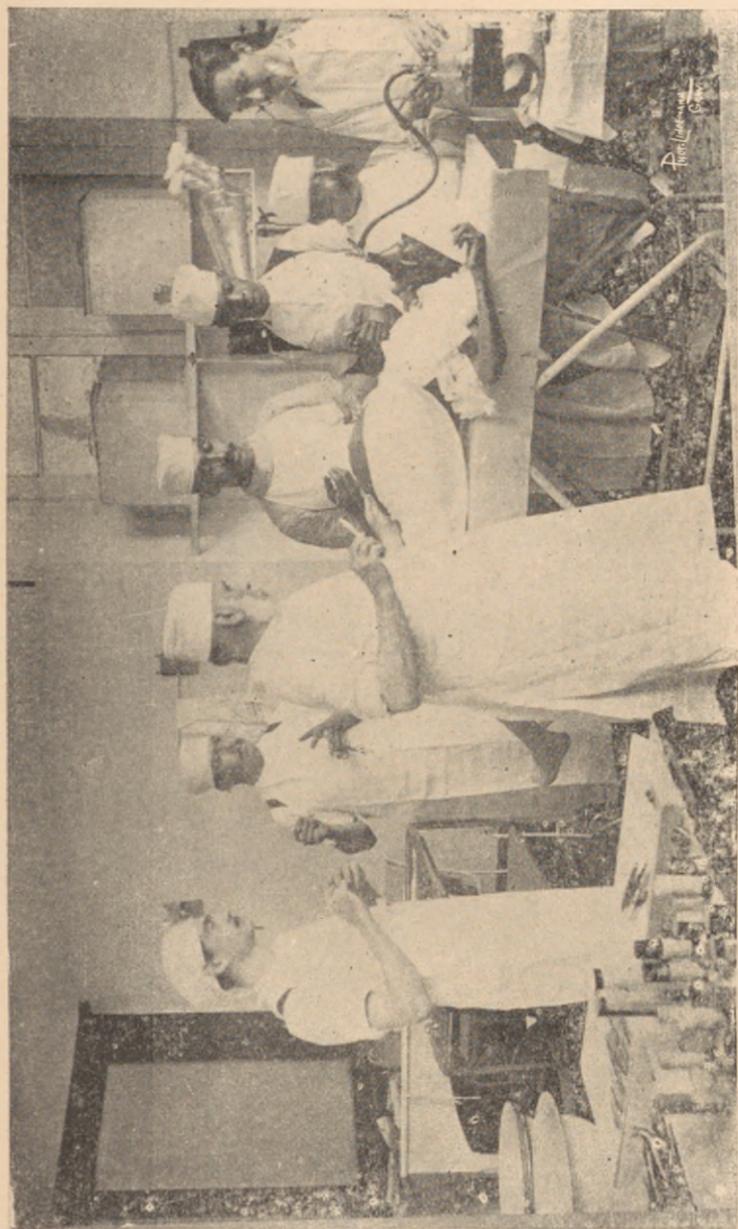
Na enfermaria de Santa Martha, no Hospital Santa Izabel, observamos um caso de prenhez ectopica com fibromatose uterina.

Pela operação cesarianna feita pelo Dr. Pacheco Mendes encontrou-se um feto morto, putrefeito, adherente a uma enorme massa do tecido fibroso e, a despeito do prognostico fatal formulado por todos, a doente sahio curada após alguns dias.

Desejariamos muito perlustrar o nosso modesto trabalho com o sello de muitas observações pessoaes neste assumpto, mäs o nosso meio clinico não permittiu, embora tivessemos tido occasião de encontrar innumerous casos de observações em varios trabalhos

que compulsamos, um dos quaes muito recente, publicado nos *Annales de Gynecologie et d'Obstetrique* de Maio deste anno, sobre um fibromyoma do utero necrosado e edemaciado no curso de uma gravidez, alem de outras complicações.



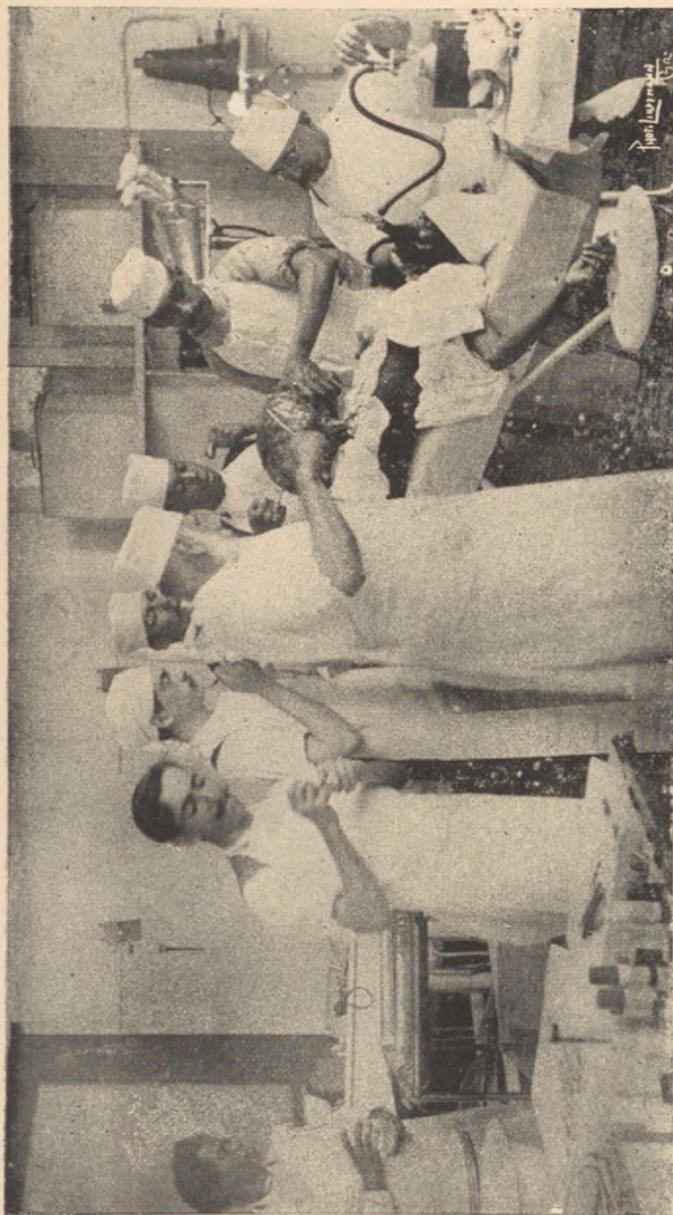


TIPO PARA OVARIANO

Laparo-ophoro salpingotomia. Fibromyoma telangiectasico ovariano intra-ligamentoso direito. Adherencias epiploicas, intestinaes e appendiculares. Peso do tumôr 8 kylos. Cura em 20 dias.

No começo da operação

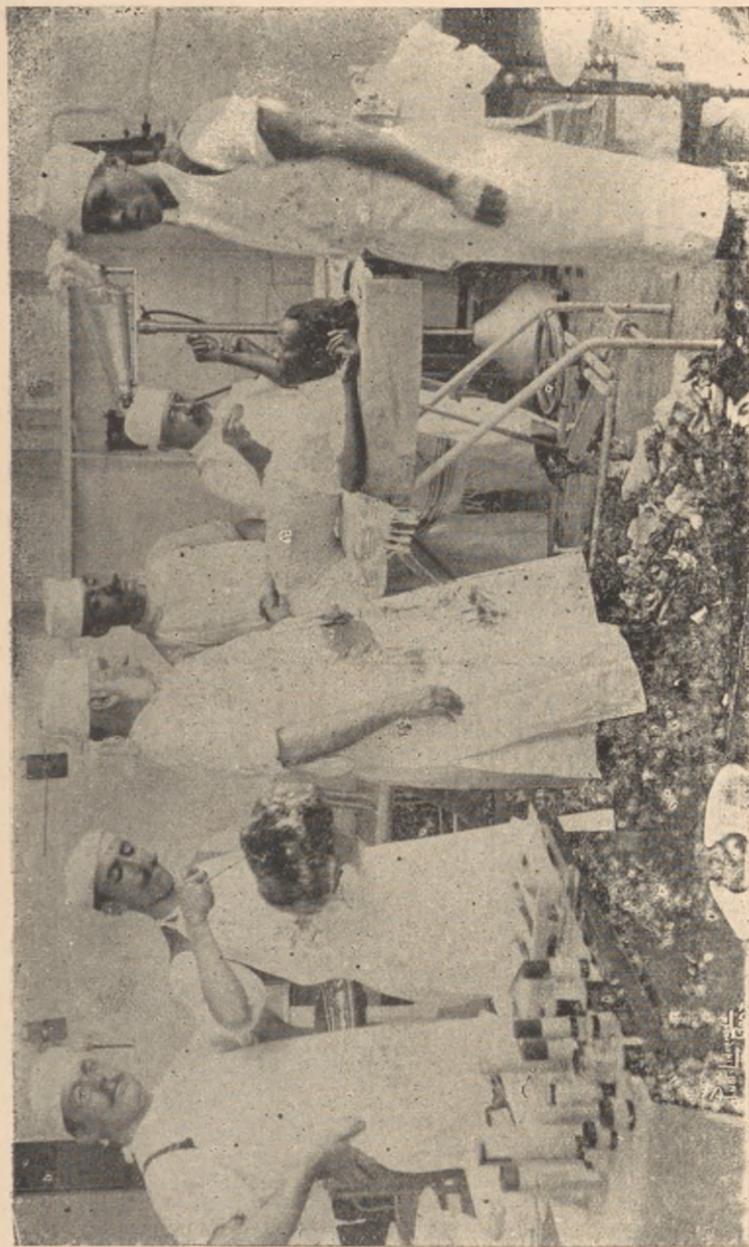




TIPO PARA OVARIANO

Laparo-ophoro salpingotomia. Fibromyoma telangiectastico ovariano intra-ligamentoso direito. Adherências epiloicas, intestinaes e appendiculares. Peso do tumor 8 kylos. Cura em 20 dias.

No meio da operação



TYPO PARA OVARIANO

Laparo-oophoro salpingotomia. Fibromyoma telangiectasico ovariano intra-ligamentoso direito. Adherencias epiploicas, intestinaes e appendiculares. Peso do tumor 8 kylos. Cura em 20 dias.

A operação terminada

Terceira Parte

TERCEIRA PARTE

Tratamento dos fibromyomas do utero

É um assumpto muito interessante este de que vamos tratar. Diremos algumas palavras a respeito da therapeutica dos fibromyomas uterinos; depois, de um modo muito succinto, discutiremos processos de cura e, em seguida, daremos a nossa opinião.

.....

Muitas têm sido as indicações therapeuticas nos casos de fibromyomas. Estes tumôres não são malignos; é somente pelas complicações que o prognostico pode tornar-se sombrio, e muitas vezes fatal, quando ellas se tornam muito accentuadas; por isso numerosas estatisticas nos têm mostrado não pequeno numero de casos fataes, originados destas complicações.

As operações que permittiam a ablação destes neoplasmas eram muito graves até certo tempo. Por isto, podemos comprehender a origem do tratamento medico, puramente symptomatico, que visava uni-

camente as manifestações temíveis, deixando persistir o tumôr.

Tem-se preconizado o uso de grande numero de medicamentos: o arsenico, o phosphoro, o chlorureto de calcio, o bromureto e o iodureto de potassio, o mercurio.

Contra as hemorragias, tem-se prescripto: a tintura de Cannabis Indica, o extracto fluido de Hydrastis Canadensis, a antipyrina, a adrenalina, e a ergotina administrada em injeções sub-cutaneas pelo methodo de Hildebrandt, que consiste em fazer injeções hypodermicas de ergotina, durante diversos mezes. Estas injeções são repetidas duas ou tres vezes por semana; a solução é titulada é ao quinto, e injecta-se de cada vez cinco centigrammas.

Ainda é empregado o tratamento balneario, pelas aguas chloruradas sodicas, que têm acção sobre as congestões pelvianas e sobre os fibromyomas, alem da vantagem sobre o estado geral. Temos finalmente um outro methodo: o tratamento electrico.

A electricidade já tinha sido empregada por Cutter, na America, por Ciniselli, na Italia, por Tripier, em França; porém é a Apostoli a quem se deve grande parte das modificações deste methodo que, por isso, tem seu nome.

O methodo de Apostoli é superior aos outros empregados e que não pretendemos expôr. Realmente elle se recommenda por sua unidade e pre-

cisão. O que, caracteriza é sua acção intra-uterina e o emprego de altas intensidades.

Este methodo é baseado *theoricamente* no conhecimento de dous effeitos distinctos e successivos das correntes: 1.º um effeito tangivel, que é a cauterisação chimica (não thermica), variavel para o polo negativo e para o positivo; 2.º uma acção intrapolar que determina effeitos mais ou menos duraveis de desintegração dos productos morbidos, atravez dos quaes passa a corrente.

O polo positivo, onde se accumulam o oxygenio e os acidos, produz escaras solidas; duras e o polo negativo onde, se accumulam o hydrogenio e as bases, determina a formação de escaras volumosas e molles. Portanto não devemos empregar indifferente-mente os dous polos. Se se trata de reprimir hemorrhagias, é o polo positivo que se deve collocar no utero. Se se quer a *reabsorpção* dos tumôres, é o negativo que é indicado. Apostoli colloca um dos electrodos no interior da cavidade uterina; algumas vezes mesmo, elle o introduz por uma punção no meio do tumôr, pratica perigosa e que deve ser abandonada.

O outro electrodo é collocado sobre o ventre; em todas as applicações elle não dispensa um galvanometro bem regulado, que permite apreciar a cada instante a intensidade da corrente. São estes os traços geraes do methodo de Apostoli, o mais

empregado de todos os conhecidos e dos quaes não trataremos por não estar comprehendido em nosso programma.

*
*
*

Qual o effeito destes diversos tratamentos?

A acção dos medicamentos já citados, sobre os fibromyomas, não está bem demonstrada.

Segundo a opinião de Gusserow é muito provavel que, nos casos de desaparecimento completo dos tumôres, se tratasse de erros de diagnostico; tinha-se tomado restos de pelvi peritonite ou de-hematocele, por fibromyomas.

Sobre o valôr da Cannabis Indica, do extracto fluido de Hydrastis Canadensis e da antipyrina, no tratamento das hemorragias, muitas duvidas pairam em nosso espirito. Heinricius affirma, apoiando-se em pesquisas experimentaes, que estes medicamentos não têm acção nenhuma sobre as contracções do utero. O mesmo diz Reclus da hamamelis virginica, pois este medicamento não lhe tem dado o menor resultado.

A ergotina, administrada em injeccões sub-cutaneas pelo methodo de Hildebrandt, tem dado resultados muito variados.

Com o seu emprego, Martin não tem tirado resultado em caso algum. Gusserow não tem visto a diminuição do tumôr, embora tenha notado que o effeito sobre as hemorragias não pode ser contestado.

Schröder não viu ainda um só caso de cura, apesar de ter feito estas injeções em numero muito elevado, e chegou a observar que ellas determinavam muitas vezes dôres vivas e ás vezes abcessos.

Alguns auctores como Delore, Jaures, têm feito estas injeções, não mais no tecido cellular subcutaneo, porém directamente no tumôr, e este methodo apenas tem dado resultados deploraveis: intoxicação, inflammação, suppuração do fibromyoma e morte por peritonite.

Comtudo não podemos qualificar o methodo de Hildebrandt de inefficaz. Melhoramentos têm sido observados por gynecologos experimentados, todas as vezes que procuram combater as hemorragias; porém, mesmo com o emprego methodico da ergotina, tem-se notado divergencias nos resultados, que se explicariam, segundo a opinião de Spiegelberg. Este auctor nos diz que a ergotina não tem acção senão sobre algumas variedades de fibromyomas, os que, mais musculares e mal encapsulados, estão em connexões intimas com o tecido uterino.

Mas pouco nos adianta saber isto, porque, infelizmente, ainda não chegamos ao ponto de diagnosticar, pelos meios fornecidos pela Propedeutica, as diversas variedades de fibromyomas, sobre as quaes o tratamento em questão possa dar resultado. Seria preciso para isto que o medico tivesse raios X nos dedos, nos olhos, para diagnosticar atravez da

opacidade frequente dos symptomas, as relações destes neoplasmas com o utero, para obter a cura (?)

Que dizermos da electricidade?

Pelo que nos ensinam alguns mestres no assumpto, a electricidade tem valôr therapeutico como hemostatico, reductor e sedativo. Pozzi, em seu tratado de *Gynecologia*, affirma que a maioria dos observadores reconhece no tratamento electrico, a diminuição das dôres, a parada das hemorragias, e a melhora do estado geral da doente. Outro gynecologo, cujo nome nos escapa, diz que o tratamento electrico tem como padrão de gloria o seu grande poder hemostatico, cuja existencia a pratica assevera e com razão, embora se queira oppôr á acção do tratamento, a eventualidade de uma menopausa, cujos beneficios tinham sido usurpados pelo meio therapeutico.

A diminuição das dôres, dizem outros, é facto observado, embora em numero menor de vezes do que a hemostasia. Está ligada, segundo a opinião dos entendidos, á reabsorpção dos exsudatos e á vaso-dilatação que combatem a stase, determinando diminuição do volume e livrando os fletes nervosos comprimidos.

Até aqui parece que este meio de cura (?) é o ideal, o sonhado por todos aquelles que temem qualquer intervenção cirurgica. Mas, o humilde

auctor deste trabalho, talvez por falta da experiencia necessaria, se oppõe ao tratamento electrico.

De facto, a não ser como meio palliativo, de resultados pouco satisfactorios em numero limitado de tumôres, ou nas proximidades da menopausa, a electricidade não pode ser admittida com prerogativas de therapeutica racional. E' um absurdo, incompativel com o aperfeiçoamento da technica operatoria, alguns medicos deixarem, em serviços clinicos, todas as doentes portadoras de fibromyomas, entregues á monotonia de uma electrisação de longa duração e de resultados incompletos e mesmo fataes, como veremos adiante,

A diminuição do volume do tumôr é facto contestavel. Não nos referimos á redução apreciavel, mas á redução anatomica pela acção trophica tendo como causa os phenomenos interpolaes.

Que se acredite na diminuição do tumôr pela reabsorpção dos exsudatos, é acceitavel; mas parece controversa a theoria da destruição intima do tecido muscular e neoplasico, quando nada ha que a justifique, pois a experiencia de Weiss (acção prolongada da corrente continua determinando atrophia da fibra muscular) é fallivel, uma vez que a adaptação da experiencia á clinica é difficil, attendendo-se á diversidade de condições que não existem na experiencia, mas que pullulam no caso clinico.

A electricidade pode remover o symptoma dôr,

pode debellar o corrimento hemorrhagico, como dizem os seus partidarios, mas somente enquanto dura o tratamento; porém ella não previne a degeneração do tumôr e portanto não impede que elle continue a ser uma ameaça para o doente.

M. Bouilly chamou a attenção de alguns collegas seus, na Sociedade de Cirurgia, em 19 de Junho de 1889, sobre a marcha dos fibromyomas, que elle classificou de marcha das mais irregulares, porquanto notava, ora a presença de metrorrhagias, ora dôres, phenomenos de compressão, etc., que desappareciam muitas vezes *sem tratamento*. O grande mestre procurava tambem provar que os resultados, que pareciam provir da electrotherapia, não eram senão devidos a estas irregularidades na marcha destes tumores.

Vamos dar a palavra ao nosso mestre Reclus— é elle que nos diz, que em 1892 rejeitava já a electricidade para os fibromyomas sub-mucosos e para os sub-peritoneaes pediculados, e a acceitava e applicava no tratamento dos fibromyomas intersticiaes, e que actualmente (estamos em 1899) elle pensa que não se deve mais empregar-a nem mesmo nos intersticiaes.

Se, de facto, a electricidade dá ao utero fibromyomatoso um pouco de vitalidade, como elles affirmam, ainda assim este resultado pode ser prejudicial. E' por exemplo, o caso em que, por effeito deste tra-

tamento, o utero fibromyomatoso torna-se compativel com a evolução de uma prenhez; não é necessario accentuar a severidade do prognostico nestas condições

A applicação de uma corrente constante dá lugar quasi sempre a correntes diffusivas, que vão impressionar os orgãos a distancia, e principalmente o systema nervoso. Assim se explica a acção geral que resulta de uma applicação local e os phenomenos accessorios que podem attingir o estomago, o intestino; dahi as diarrhéas que Apostoli tem assignalado no começo do tratamento.

A galvano punctura, methodo perigoso, e os methodos intra-uterinos, determinam, na doente, dores horriveis, sendo necessario por vezes o emprego do chloroformio. Elles expõem a infecção.

Louis Bisch, em sua These, sustentada perante a Faculdade de Medicina de Paris, em 1901, menciona quatro casos de gangrena em fibromyomas, determinada pela electricidade.

Com a punção negativa tem-se visto sobrevirem hemorrhagias mais ou menos rebeldes.

Contam-se em numero elevado os accidentes inflammatorios nos annexos e no peritonéo, provocados pela electrisação. Accidentes mortaes têm sido observados, devido provavelmente a erro de diagnostico, porquanto pelvi-peritonites, salpin-

gites, kysto do ovario tinham sido diagnosticados por fibromyomas.

Em 659 casos de fibromyomas tratados pela electricidade, e observados por Duplay e Reclus foram contadas 17 mortes.

Em 61 em que se applicou este *tratamento, 36 aggravaram-se. Emfim, em muitos outros, o resultado obtido tem sido mais ou menos nullo ou apenas momentaneo. As dôres reaparecem e com ellas todos os symptomas communs aos fibromyomas e os doentes reclamam intervenção.

Estudando as contra-indicações do tratamento electrico, Zimmern liga-as á doente e ao tumôr. No primeiro caso as molestias do coração constituem uma condição desfavoravel, porquanto o orgão da circulação doente pode ser impotente para lutar contra as variações de pressão, produzidas pelo tratamento, no systema vascular, e em alguns casos, correntes muito intensas tem produzido uma paralysis cardiaca.

Algumas molestias, alguns estados physiologicos, mesmo, constituem ainda uma contra-indicação ao emprego da electricidade; com relação á prenhez a contra-indicação é absoluta.

Do mesmo modo apresentam-se como contra-indicações: a nephrite aguda, a congestão do figado, a hemophilia e algumas formas graves de chloroanemias e de diarrhéas, ligadas a uma inflammação

chronica do intestino, que se aggravam por causa da irritação das glandulas ou dos movimentos peristalticos que a passagem da corrente determina.

O mesmo acontece em alguns estados nervosos, na hysteria, nos estados hyperesthesicos, nos quaes uma corrente intensa poderia produzir ataques hystericos, e nas mulheres predispostas, vertigens, vomitos e dôres de cabeça.

Ha ainda uma contra-indicação absoluta para a applicação da electricidade, quando existe uma lesão annexial qualquer, revelada ou pela presença do puz, ou por lesões apenas inflammatorias.

As contra-indicações quanto ao tumôr são em numero consideravel: a electricidade é apontada como improfiqua sempre que a marcha rapida do tumôr levantar a suspeita de uma degeneração maligna; quando houver phenomenos de compressão muito accentuados; nos tumôres multilobulados com grandes adherencias e nos neoplasmas antigos e duros tendo soffrido a degeneração calcarea, e ainda nos tumôres kysticos.

Foi o conhecimento completo de tudo isto que levou Lawson Tait a se declarar inimigo accerrimo da electricidade, dando-lhe o qualificativo de therapeutica charlatanesca.

Deante deste conjuncto de accidentes, somos obrigado a qualificar de irraccional o tratamento pela electricidade. Quantas vezes, com um fibromyoma,

evolue simultaneamente uma lesão cardiaca silenciosa que ainda não se manifestou com a sua symptomatologia propria, e uma lesão arterial que bem podem ser a consequencia das perturbações provocadas pelo proprio tumôr, e outro stantos que contra-indicam em absolucto este tratamento! E o medico partidario apaixonado do emprego da electricidade, submette uma infeliz doente, completamente ignorante dos desastres provaveis que a esperam, a um tratamento incompleto, permittindo que o tumôr continûe a evoluir, que complicações serias sobrevenham com tal intensidade de modo a contra-indicar mesmo uma intervenção cirurgica.

Assim, tem-se visto fibromyomas perfurarem a bexiga, o recto, quando deixados ao abandono ou tratados pelos meios expectantes; outros, determinarem a explosão de peritonites mortaes, de oclusões intestinaes; não pequenos numero dos que dirigem os seus ataques para o apparelho urinario e até, pensam alguns, para o apparelho cardio-vascular.

E todos estes temiveis accidentes são o resultado, muitas vezes, da expectativa dos partidarios do tratamento electrico, na teimosia systematica de aguardar a aggravação da enfermidade, para então dar-lhe combate muitas vezes infuctifero, quando aliás, em seu inicio, podia ser debellada de modo proficuo e menos doloroso, com o tratamento radical.

Realmente não é digno de encomios o medico que, procurando fazer reclame de um meio de cura qualquer que seja o cirurgico, deixa de praticar uma operação, para curar uma molestia evidentemente diagnosticada, quando o estado geral da mulher pouco alterado, a ausencia de symptomas alarman-tes, a pouca extensão do mal, tudo emfim, são promessas de um triumpho, para aguardar o momento em que tudo se mude, em que as complica-ções mais horrorosas appareçam, impondo-se, de um modo iniludivel, as contra-indicações opera-torias.

Procurando conhecer a opinião valiosa do Dr. João Gonçalves Martins, distincto cirurgião, e assis-tente da 1.^a Cadeira de Clinica Cirurgica em nossa Faculdade, elle nos disse que não emprega o trata-mento electrico na cura dos fibromyomas do utero, porquanto visitando o Velho Mundo encontrou o attestado mais eloquente da sua inefficacia, nas cli-nicas de Bertazzoli, Mangiazolli, Mazzoni, Alban Doran (Londres), Pozzi, Fourt, Postempsky (Italia), Bouilly Bouglé, Le Bec.

No nosso Hospital Santa Izabel, onde existe, a esforços do nosso sabio mestre e ex-director Dr. Alfredo Britto, um bem montado gabinete de elec-trotherapia, não nos consta que uma só doente tenha se submettido ao tratamento electrico, apezar

do grande numero de fibromyomas que têm procurado esta casa de caridade.

E' preciso, portanto, curar um fibromyoma uterino, recorrendo á intervenção cirurgica, unico methodo que merece o qualificativo de therapeutica curativa, de resultado certo, sem os inconvenientes dos tratamentos incompletos. Só o tratamento cirurgico cura, porque só elle faz desapparecer o tumôr.

E' Labadie Lagrave que nos diz: «On doit poser en principe aujourd'hui que *toute tumeur fibreuse doit être opérée* (o grifo não é nosso).

Quem compulsar as numerosas estatisticas sobre estes neoplasmas uterinos, verá o grande numero de operações praticadas com o fim curativo, o que até certo ponto prova a fallibilidade do tratamento pela electricidade, porque realmente, se houvesse um meio ou um medicamento poderoso que os curasse, raramente encontraríamos uma doente que se submettesse ao processo operatorio, refractarias como são, geralmente, ás intervenções cirurgicas.

..... ,

.....

E' portanto a exerése o verdadeiro tratamento dos tumôres fibrosos do utero. Porém, antes de fallarmos das diversas maneiras de a realisar, devemos expôr alguns methodos cirurgicos preconizados por alguns, no tratamento destes neoplasmas

como sejam: a curetagem, a redução do tumôr, a dilatação do canal cervical, a castração e a ligadura das arterias.

A CURETAGEM do utero tem sido empregada por Winckel, Coe e Max Runge, no tratamento das metrites hemorrhagicas produzidas por fibromyomas, e este ultimo faz seguir a curetagem de injeções de tintura de iodo. Quanto aos resultados obtidos, as opiniões são contradictorias.

Não é scepticismo nosso, mas julgamos um methodo muito duvidoso e de resultados muitas vezes funestos. No tratamento das metrites o effeito dura pouco; a operação deve ser repetida diversas vezes porque a suppressão das hemorrhagias é temporaria.

Não é um methodo innocente; pode ter por consequencia a infecção, a suppuração e o esphacelo do tumôr; as lesões coexistentes de salpingo-ovarite podem-se aggravar; o seu emprego é difficil em uma cavidade uterina deformada e irregular.

Duplay e Reclus aconselham a proscricção da drenagem uterina nos fibromyomas sub-mucosos porque poderia determinar o esphacelo.

.....

A DILATAÇÃO do canal cervical tem sido posta em pratica por Terrier e Kaltenbach. Ella facilita a evacuação dos productos septicos do utero; é prin-

principalmente empregada nos casos em que ha uma stenose do collo.

.....

A REDUCÇÃO do tumôr é um recurso precioso, contra os accidentes de compressão grave determinados pelo encravamento do fibromyoma.

Nestes casos, porém, as indicações do tratamento radical são mais justificaveis ainda, porque uma vez o tumôr encravado e reduzido, as complicações são mais frequentes.

.....

A CASTRAÇÃO é hoje uma operação abandonada. Foi empregada por Trenholme em 1876 pela primeira vez, e depois por Hegar e Battey em casos de fibromyomas acompanhados de dysmenorrhéas dolorosas.

Elles pretendiam com esta operação provocar uma menopausa artificial, na esperança de que ella tivesse os mesmos effeitos que a menopausa natural, isto é, a atrophia do tumôr e a cessação das hemorragias.

Nas estatisticas publicadas antes de 1892, a mortalidade era de 11 a 14 por 100. Hegar dá 11 por 100 para sua estatistica pessoal. Tissier em 171 casos conta 25 mortes. Battey em 24 operações contou 4 mortes e assim poderíamos apresentar grande numero de estatisticas, provando a gravidade da operação.

Não negamos que a castração dê resultados satisfactorios, ora fazendo cessar a hemorragia ora fazendo diminuir o volume do tumôr, mas estes resultados são muito menos completos e muito menos satisfactorios que os da hysterectomia.

E' formalmente contra-indicada como insufficiente, nos grandes tumôres que occasionam accidentes de compressão. M. Pozzi acha perigoso o seu emprego nôs fibromyomas telangiectasicos, porque seria expôl-os a thromboses, que lhe dão uma gravidade particular.

AS LIGADURAS ATROPHIANTES ou ligaduras das arterias uterinas têm sido praticadas por Fritsch, nos casos de metrites hemorragicas, por Franklin Martin, Fredet, Tuffier e outros.

Apezar dos resultados obtidos, como sejam: diminuição do volume dos tumôres e cessação das hemorragias, este methodo está muito aquem da exerése como nos affirma Reclus.

Somente podem ser tratados por este methodo, os fibromyomas particularmente vascularizados pelas arterias uterinas, por consequencia, os intersticiaes e principalmente os desenvolvidos na porção inferior e media do utero, pontos em que é a uterina o unico vasò que irriga o orgão.

Nos fibromyomas do fundo do utero e nos intraligamentares que são irrigados e nutridos pelas

arterias utero-ovarianos e pelas do ligamento redondo, a ligadura das uterinas nenhum effeito produziria, nestes casos seria indicada a ligadura de todo o pediculo uterino e utero ovariano. Esta operação é perigosa por causa da possibilidade das hemorragias secundarias muito mais frequentes do que na simples ligaduras das uterinas.

Tratamento cirurgico

Indicações e contra-indicações

Ha alguns annos atraz, quando os medicos e cirurgiões não tinham o menor conhecimento da Bacteriologia, naquelle tempo em que havia ignorancia completa da textura delicada do peritonêo, em que os estudos histologicos existiam em estado muito embryonnario, considerava-se um verdadeiro crime, a abertura da cavidade abdominal, porque a morte éra sempre a consequencia inevitavel e fatal dessa ousadia; e quando qualquer processo morbido evoluia para o lado dessa cavidade, os cirurgiões mostravam-se incompetentes para combater o mal, por que todos os recursos lhe mentiam, e elles não estavam sufficientemente apparelhados e instruidos para enfrentar o inimigo.

Assim é que todas as intervenções que se faziam naquelles tempos, eram sempre seguidas de uma serie de desastres, como mostram as laparo-hysterectomias praticadas em 1825, 1826 até 1863.

Hoje, porém, que conhecemos a Bacteriologia, a Histologia e principalmente a asepsia e a antiseptia estudadas pelo grande Lister, e desenvolvidas

por grande numero de sabios, alem das modificações da technica operatoria, tornando-a mais simples e mais segura, do material cirurgico, da narcose e da anesthesia rachidiana, os diversos processos operatorios e principalmente a cirurgia abdominal muito se aperfeçoaram.

De modo que as intervenções na cavidade abdominal hoje são consideradas operações benignas. O cirurgião moderno dispõe de meios que o habilitam a evitar as surpresas e a vencer as maiores difficuldades.

Realmente, os brilhantes estudos publicados por Quenu sobre a peritonisação; os de Tavel sobre as soluções salinas, em que este cirurgião enaltece os resultados obtidos com a applicação desta solução nas intervenções cirurgicas do abdomen, assignallando o seu extraordinario valor physiologico, nos fallam bem alto, com relação ao tratamento radical dos fibromyomas.

Mas, apezar de tudo, uma grande discussão se estabelece entre os cirurgiões, não só sobre o methodo de tratamento a seguir, como tambem sobre o momento e, epoca mais propicia á intervenção.

Não é, certamente, um assumpto de somenos importaneta este; a questão da opportunidade operatoria tem todo o valor; porque, se a operação é feita no inicio da evolução do tumôr, a benignidade da intervenção é tal, que o cirurgião bem armado

como está actualmente, pode, com o olhar de cientista moderno, desvendar a cortina que cobre o prognostico e vêr quasi sempre o resultado da sua conducta criteriosa, baptisado com o nome de cura radical.

Dartigues é de opinião que o fibromyoma deve ser operado no inicio de sua evolução, «atacado no ovulo» segundo a sua phrase, porque, seu crescimento constante, seu evoluir indefinido, produzindo perturbações funcionaes do organismo, augmentam consideravelmente a gravidade da operação.

Labadie Lagrave diz em seu tratado de Gynecologia: «l'operation doit être précoce, parce que plus la tumeur est petite et moins l'operation est grave»

Embora elle saiba que os fibromyomas são histologicamente benignos, teme as mudanças intimas destes neoplasmas, e as complicações possíveis, de modo que uma intervenção tardia torne-se irrealizavel, devido á evolução maligna de um tumôr em um organismo possuidor de figado gorduroso, rins sclerosados, coração asystolico, etc.

Pellanda, em sua notavel these, estuda as causas de morte por fibromyomas uterinos, e mostra que muitas mulheres succumbem, quando não são operadas, de esgotamento por hemorrhagia, de infecção que dá como causa mais frequente, de cachexia, compressões visceraes, lesão cardiaca, e enumera com commentarios criteriosos todas as

perturbações que caracterizam a ensenação morbida de um corpo fibroso degenerado que ~~traz~~ a morte. Fritsch diz que a não intervenção corre mais perigo que a intervenção.

Boiffin é da mesma opinião que Fritsch, e classifica de deploravel o prognostico dos fibromyomas tratados pela expectação. Para elle a operação deve ser feita logo que seja firmado o diagnostico.

Bedford Fenwick, depois de muitas observações nas quaes procurou estudar as varias perturbações, chegou a conclusão de que o cirurgião deve evitalas, procurando numa intervenção precoce o unico meio de restituir e conservar a saúde da doente.

Alberto Martin mostra os inconvenientes de se contemporisar a operação e combate tenazmente o costume de alguns collegas seus esperarem a menopausa.

.
Alguns cirurgiões e dentre elles muitos de competencia reconhecida, pensam de modo muito diverso.

A. Gilles, cirurgião inglez, não é partidario da intervenção precoce, e julga que a operação somente deve ser indicada, quando apparecerem as complicações, como hemorragias, compressões visceraes e degeneração maligna do tumôr.

Schwartz, Doyen, Lejars, Winter, Delbet, Abel Parente, T. Villar, proclamam a expectação, quan-

do não existem complicações, e este ultimo, em particular, é de opinião que se deve respeitar os fibromyomas pequenos que não produzem embaraço.

Para Muret, a presença do tumôr, por si só não constitue uma indicação, ella apparece com as complicações. E' contrario á opinião de alguns cirurgiões que esperam os resultados problematicos da menopausa; e depois de dissertar longamente sobre as complicações despertadas no organismo e no proprio tumôr, aconselha a operação, embora nenhum accidente tenha apparecido, quando a doente pede formalmente e que a intervenção parece sem gravidade.

O Dr. Telles de Menezes em sua these apresentada á Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o anno passado—Da hysterectomia abdominal no tratamento dos corpos fibrosos do utero—mostra-se partidario da expectação; para elle o simples diagnostico de tumôr fibroso absolutamente não constitue indicação para a sua ablação.

Pierre Delbet, considerando os fibromyomas tumôres benignos que não ameaçam a vida da doente a não ser quando apparecem as complicações, contra-indica a intervenção emquanto o tumôr evoluir silenciosamente, applicando uma therapeutica symptomatica, até que a doente atinja a idade da menopausa, epoca em que quasi sempre se observa a regressão do tumôr (?).

Muitos cirurgiões, como vemos, pensam que só se deve tratar radicalmente o fibromyoma, isto é, que se deve usar do tratamento cirurgico, quando perturbações motivadas por causas diferentes, se manifestam no curso da evolução do neoplasma.

Não sabemos se será ousadia nossa, mas discordamos dos eminentes cirurgiões que pensam deste modo; achamos inconveniente esperar que as complicações se manifestem, por quanto podem ser de gravidade tal que contra-indiquem a operação.

Em innumeradas estatísticas que compulsamos, tivemos a prova mais cabal da benignidade das operações precoces, o que nos alimenta a convicção de que, sempre que forem empregadas opportunamente e com perfeita indicação, os resultados são os melhores possíveis.

O cirurgião não deve levar em conta somente o estado actual da doente, é preciso que elle ligue a maior importancia ás circumstancias funestas que podem resultar da permanencia dos fibromyomas, que, de um momento para outro, podem dar lugar a uma serie de accidentes muito graves, em consequencia das variadas complicações a que estão sujeitos.

A mulher que na flôr da mocidade, é portadora de um fibromyoma do utero, deve submeter-se á operação, mesmo que haja ausencia de symptomas alarmantes.

Supponhamos que uma mulher, tenha em seu útero um polypo, que evoluiu para a vagina.

Supponhamos ainda que este polypo não tenha provocado hemorragias rebeldes, capazes de anemiar a doente, que haja, em summa, ausencia absoluta de accidentes.

Que prejuizo pode causar á nossa doente, tal tumôr, para que seja indicado um tratamento cirurgico radical?

A' primeira vista nenhum; mas se considerarmos que este pequeno polypo, silencioso em seu evoluir, pode inflammarse, infeccionarse, gangrenar e transmittir ao organismo da nossa doente os germens destes males, que poderão attingir o peritonêo, resultando uma peritonite muitas vezes fulminante; ou que poderão, levados pelo sangue, determinar a explosão de uma septicemia, cuja gravidade nós todos sabemos avaliar, então convencer-nos-emos de que uma intervenção precoce é sempre de grande alcance, principalmente no caso por nós figurado, em que a operação foi previamente julgada de uma benignidade extrema.

Supponhamos agora, uma mulher com um polypo uterino, que consultando a um cirurgião, este lhe dê uma medicação sem efficacia therapeutica, aconselhando-lhe a expectação. Um dia o tumôr, illudindo a expectativa do medico, dá lugar a uma ensenação morbida muito grave, dôres lancinantes,

phenomenos de compressão, hemorragias rebeldes etc, etc, e a infeliz volta alarmada a procurar na sciencia do seu medico, um allivio para seus soffrimentos; esta infeliz já não terá a sorte da primeira; a sua vida corre perigo, o cirurgião não agirá com efficacia ante a gravidade do caso, porque mesmo conseguindo eliminar do organismo a causa perturbadora do seu funcionamento normal, os órgãos, cuja integridade physiologica foi profundamente alterada, tornar-se-ão meiópragicos, donde o desequilibrio organico completo, a cachexia com todos os grãos de anemia intermediarios etc.... a vida da pobre creatura se extinguirá, e o unico responsavel por sua morte, o assassino (se nos permitem a expressão) foi o medico sem escrupulos, que, por um systema pouco razoavel, deixou de praticar a operação no momento em que todas as condições da doente promettiam um exito completo.

Em que motivos se fundam os cirurgiões adeptos da expectação, para recearem praticar a erradiação deste polypo, quando nós sabemos que a cavidade abdominal hoje já não é o *nole me tangere* dos antigos e que as laparotomias exploradoras se realisam mui frequentemente com o unico fim, muitas vezes, de esclarecer um diagnostico obscuro!?

E' considerando tudo isto, e baseado em estudos e opiniões dos mestres mais competentes, que ousamos condemnar o procedimento dos que es-

peram as complicações para intervir. Proceder assim, como já dissemos, entregar a paciente ás garras da morte; é esperar que uma destas cavidades kysticas que complicam os polypos, se rompam e derramen o liquido *mortal* nas malhas do peritoneo; que um sarcoma ou um epithelioma empolguem o orgão da gestação, cachetisem a mulher que, raramente, neste estado de miseria organica, poderá salvar-se, mesmo submettendo-se a uma hysterectomia total; emfim, é esperar que qualquer dos accidentes, que tanto aggravam o prognostico destes tumôres, taes como a suppuração, a gangrena, a torsão do pediculo, as adherencias com o intestino etc, contra-indiquem a polypectomia, tornando necessaria uma intervenção mais brutal e que destrúa o orgão uterino.

.....

Conduzir a mulher á menopausa por meio de uma therapeutica pura e exclusivamente palliativa, deixando passar o momento feliz, opportuno, da operação, tambem não é procedimento que deva ser imitado, porque não é impunemente que se traz por muitos annos, um volumoso tumôr abdominal, causa de myocardites (Alberto Martin) que ao mesmo tempo contra-indicam a intervenção e levam a paciente ao tumulo.

Alguns auctores têm visto apparecerem complicações sérias, por occasião da menopausa e se-

gundo outros é justamente nessa idade que a gangrena attinge o maximo de frequencia.

Nos estudos sobre a coexistencia de fibroma e de epithelioma, feitos pelo Dr. G. Piquant e publicados nos *Annales de Gynecologie* de 1905, encontramos uma estatistica que muito nos interessa.

Diz este cientista que um certo numero de condições pode favorecer o apparecimento do *cancer* do corpo do utero nas mulheres fibromyomatosas e que a idade tem uma importancia consideravel. Apresenta elle uma observação de 84 casos de mulheres fibromyomatosas nas quaes, o *cancer* do corpo, excepcional antes dos 45 annos, apresenta seu maximo de frequencia entre 50 e 60 annos, podendo desenvolver-se até uma idade muito avancada; e nos falla ainda de uma doente de Quénu com 77 annos, e que apresentava um epithelioma em seu começo.

Em 57 dos 84 casos citados, as doentes tinham passado a menopausa, no momento do apparecimento dos accidentes indicando o desenvolvimento do *cancer*; e commentando o facto nos diz Piquant: «aujourd'hui encore, il est classique pour un grand nombre de medecins de ne pas opérer les fibromes, mais d'attendre la menopause dans l'esperance de voir la tumeur diminuer et les accidents disparaître; les faits précédents montrent que lorsqu'après des années de souffrances, d'hémorrhagies et de dangers

de toutes sortes la patiente se croit enfin arrivée au bout de son martyre, *elle est encore exposée au développement d'un cancer du corps de l'uterus*».

Alguns estados pathologicos muito communs ao ultimo periodo da vida, constituem serios obstaculos ao bom exito de qualquer operação; e tudo isto nos faz desconhecer por completo as vantagens que alguns cirurgiões julgam obter, contemporisando-a até esta epoca.

Não podemos comprehender o que vae no raciocinio dos que pensam assim. Acreditam elles na regressão ou no desaparecimento completo do tumor? Não sabemos dizer. Apenas uma vantagem descobrimos na menopausa, é que nesta epoca os differentes processos de *hysterectomia* podem ser empregados sem constrangimento. Mas não é isto que aspiramos. A cirurgia moderna, a cirurgica ideal é a conservadora.

O cirurgião tem por obrigação, por dever imposto pela consciencia, conservar o mais possivel a integridade funcional do orgão e somente em caso extremo elle deverá sacrificar-o; e partidario da *hysterectomia*, isto é, do sacrificio do orgão uterino, é todo aquelle que espera pela menopausa ou pelas complicações, deixando passar o periodo das intervenções cirurgicas conservadoras que, além de serem mais benignas, possuem na sua maioria uma technica mais facil.

.....

Não vão, porém, estas considerações que acabamos de fazer, despertar no espirito dos que nos honrarem com a sua leitura, a idéa de que o humilde auctor deste trabalho, prescreva systematicamente uma intervenção. Não.

Sabemos que todos aquelles que se dedicam aos estudos de medicina e cirurgia, nos comprehendem, e sabem tambem avaliar até onde vae o nosso entusiasmo pelas intervenções precoces.

Existem contra-indicações e podemos dizer que ellas são identicas ás que se oppõem a toda operação de certa *gravidade*, cujos resultados dependem da resistencia individual e *ipso facto* das condições geraes do organismo sobre o qual se pretende agir.

Queremos dizer que o cirurgião não deverá dirigir a lamina afiada do seu bisturi para uma doente, cujo estado geral é máo, quer se trate de uma cachexia ou alteração grave do organismo, produzida pelo proprio tumôr, como por exemplo: as degenerações do myocardio, dilatações das cavidades do coração, lesões adiantadas dos rins, do figado, etc., quer sejam as decadencias organicas produzidas por doenças intercurrentes: tuberculose, syphilis, diabetes, etc.

Laparo-hysterectomias

Processos operatorios

Iniciando este capitulo com o titulo de Laparo-hysterectomias, não temos em mente levar aos espiritos dos partidarios das intervenções conservadoras, a idéa de que não somos admiradôr de todos os processos cirurgicos que asseguram a integridade anatomica e funccional de um orgão como o da gestação, que exerce uma das mais nobres funções animaes, a da procreação, que garante a perpetuidade da raça e eleva a mulher á suprema ventura da maternidade.

A cirurgia que sacrifica o utero por tumôres benignos como são os fibromyomas, diz Jaboulay, é a mesma que amputaria os membros por neoplasmas não malignos.

Realmente não podemos applaudir o procedimento do cirurgião que sacrifica o orgão uterino em pleno vigôr de seu funcionamento physiologico, quando são manifestas todas as condições que indicam uma intervenção conservadora.

Quando dissemos no capitulo das indicações e contra-indicações operatorias, que se deve operar

todo o fibromyoma clinicamente reconhecido, presidia ao nosso modo de pensar a idéa de que esta operação deve ser quasi sempre conservadora, em virtude da precocidade da intervenção.

Mas, se ha indicações de enucleação dos fibromyomas com conservação do utero, existe incontestavelmente, e em maior numero, condições pelas quaes devemos renunciar este methodo, e praticar a hysterectomia.

A multiplicidade dos tumôres é uma contra-indicação ao tratamento conservador, porque, depois da enucleação, o utero ficaria muito mutilado e o cirurgião estaria sujeito a não fechar convenientemente uma das çavidades resultantes; o mesmo se dá com os tumores de volumes muito consideraveis.

Uma vez aberta a cavidade abdominal o operador deve explorar os annexos, vêr se elles estão doentes e qual o gráo das lesões. Muitas vezes as perturbações apresentadas pelas doentes são mais dependentes destas lesões perimetricas ou salpingianas que do fibromyoma; e o unico meio a aconselhar é a ablação dos annexos doentes, e a hysterectomia total ou sub-total é o complemento necessario desta primeira operação.

Parece que, nos casos de lesões annexiaes de um só lado, poderíamos tentar algumas vezes a conservação do utero. Porém estes casos de unilatera-

bilidade das lesões são extremamente raros. Alguns cirurgiões têm visto voltarem ao hospital mulheres operadas ha um ou dous mezes antes por uma salpingite unilateral, nas quaes a apparencia de integridade dos annexos do lado opposto tinha levado o cirurgião á conservação: neste lado tinha-se desenvolvido uma outra salpingite.

Concluimos destes factos que a bilateralidade das lesões deve ser admittida como regra, isto é, que uma trompa aparentemente sã, é doente e deve ser tirada, quando existe uma salpingite manifesta do lado opposto.

Portanto, em presença de casos semelhantes, fibromyoma uterino e lesões annexiaes unilateraes, o tratamento conservador não pode ser tentado; e somente a ablação bilateral dos annexos e a hysterectomia abdominal total ou sub-total põem a doente ao abrigo de qualquer accidente posterior.

A hysterectomia é ainda o unico tratamento racional para os fibromas degenerados ou suppurados.

Existe emfim algumas variedades de fibromyomas que contra-indicam qualquer intervenção conservadora. Queremos fallar destes tumôres de limites não definidos, mal encapsulados, que se infiltram no parenchyma uterino por prolongamentos multiplos. Nestes casos não devemos hesitar: é a hysterectomia que deve ser empregada.

Sem pretendermos discutir com certo rigôr o emprego das myomectomias e das hysterectomias, devemos annunciar alguns accidentes a que estão sujeitas as operadas por enucleação dos fibromyomas. As hemorragias podem se produzir durante a operação e até mesmo nos dias que se seguem.

Os cirurgiões dizem que a condicção essencial e unica para se obter a ausencia destas hemorragias, é fazer uma incisão uterina rigorosamente mediana.

Mas em uteros deformados por diversos fibromyomas, torna-se muito difficil conhecer o eixo do orgão.

A abertura da cavidade uterina, no momento da operação, é um accidente frequente e muito difficil de ser previsto pelo operador, pois que é impossivel precisar de ante-mão a espessura do parenchyma que separa a cavidade da loja fibromyomatosa, e este facto constitue um perigo serio e de alguma gravidade, porquanto uma fonte de infecção é largamente aberta.

Quando se tem enucleado, de um utero fibromyomatoso, um ou diversos tumôres fibrosos, não se pode affirmar que todos os fibromyomas tenham sido tirados; disto resulta que, depois de uma operação deste genero, o cirurgião expõe a doente aos

mesmos accidentes que têm necessitado a intervenção

Suppondo mesmo que todos os nucleos fibrosos tenham sido retirados, este utero pode, para o futuro, *fabricar* novos fibromyomas.

No Hospital Santa Izazel, poucas operações por enucleação de fibromyoma têm sido executadas, pelo menos durante os quatro annos que frequentamos as clinicas dos eminentes cirurgiões Drs. P. Mendes e Lydio de Mesquita. Não tem sido por falta de competencia a estes operadores e muito menos porque sejam pouco communs os casos de fibromyomas nesta capital, em cuja população o elemento negro exerce notavel predominio.

Queremos acreditar que o motivo do abandono do methodo conservador é explicado pela existencia das lesões annexiaes, desenvolvimento consideravel dos tumôres, etc., como vemos em nossas observações, em consequencia da repulsa ou do pavôr que têm ao Hospital as pessoas do povo que, na sua maioria, só o procuram em artigo de morte; ou quando as lesões são de ordem tal, que contraindiquem qualquer processo conservador.

Feitas estas considerações, tratemos das laparohysterectomias como meio de cura dos fibromyomas uterinos.

.

Assumpto de grande importancia é este, em

vista do desenvolvimento constante que tem experimentado, nestes ultimos annos, a cirurgia abdominal.

Em muitas associações scientificas grande numero de cirurgiões e de gynecologistas tem deduzido e discutido os processos e as technicas mais efficazes e mais rapidas, para a execução das laparo-hysterectomias.

Sem procurarmos estudar toda a evolução soffrida pela laparo-hysterectomia, dizemos que os processos de hysterectomia abdominal são muito numerosos. Elles differem uns dos outros principalmente sob os tres pontos de vista seguintes: pelo ponto de ataque do utero; pela maneira de tratar os annexos, e pela extensão da exeresé uterina.

Alguns cirurgiões começam a atacar o utero em sua parte superior, proseguindo de cima para baixo e terminando pela desinserção ou secção do collo. Outros agem de baixo para cima.

Quando não ha lesão de especie alguma nos annexos, podemos retiral-os com o utero ou conserval-os. E' sempre preferivel conservar pelo menos um ovario são, nas mulheres ainda moças, para evitar as perturbações devidas a insufficiencia ovariana.

Quando porém tivermos de praticar uma hysterectomia por fibromyoma e nos acharmos em presença de annexos alterados, nos casos de salpingi-

tes bilateraes por exemplo, devemos retirar ao mesmo tempo o utero e os annexos ou extirpar successivamente cada orgão.

Quanto á extensão da exeresé uterina, elle permite fazer a distincção em hysterectomia total, na qual é feita a retirada do utero na totalidade e hysterectomia sub-total, tambem denominada supra-vaginal, na qual o utero é cortado ao nivel do collo, immediatamente acima da inserção da vagina. Este ultimo processo é empregado pelo professor Pozzi, que foi um dos primeiros defensores da via abdominal.

A escolha destes dous methodos tem feito divergirem os cirurgiões; uns apontam o sub-total como uma operação mais facil, mais rapida e de mais prompta hemostasia; outros são partidarios do total que, embora não apresente as vantagens do primeiro, todavia, em compensação, evita a degeneração maligna do côto.

Richelot, defensor intransigente da total, abandonou por completo a sub-total, em vista da possibilidade da degeneração do côto, como mostra pelo estudo que tem feito e em algumas observações.

Baldy é de opinião que a unica operação para os fibromyomas é a hysterectomia abdominal total. O Dr. Freitas Borja, competente cirurgião e assistente da 2.^a Cadeira de Clinica Medica, em nossa Faculdade, diz em sua These que quando um tumôr

fibroso do utero indica uma hysterectomia, esta deve ser total, quer vaginal, quer abdominal.

O professor Pozzi, estudando os resultados operatorios dos dous methodos, aconselha a hysterectomia sub-total, por ser mais simples, mais rapida e menos grave.

Faure, baseado nos mesmos fundamentos de Pozzi, abraça a sua opinião, suplantando todas as objecções de Richelot; com effeito, estudando todos os casos de degeneração, chega a conclusão, que elles se manifestam na proporção de um por cento, cifra muito pequena para se abandonar um methodo mais simples, mais benigno e mais rapido, em favor de um outro mais complicado e de resultados mais duvidosos.

Karl Kober, Herbert Spencer, Alban Doran e outros acham os dous methodos igualmente recommendaveis porém com indicações differentes: o abdominal total, todas as vezes que o collo é suspeito de degeneração cancerosa ou quando participa do processo fibromyomatoso; em todos os outros casos a sub-total é indicada por ser de melhor execução.

O grande mestre e eminente cirurgião Dartigues acha os dous methodos racionaes no tratamento dos fibromyomas: emprega a hysterectomia abdominal sub-total, nos fibromyomas uterinos, nas pio-salpinges extirpaveis, na gravidez ectopica; a total, nos

casos de cancro epithelial do collo e do corpo do utero, nos sarcomas, na tuberculose utero annexal, e em certas suppurações annexaes.

Muitas opiniões de gynecologos modernos poderiamos ainda citar, mas, seria isto um trabalho enfadonho; e nos contentaremos apenas em expôr o nosso modo de pensar com relação a este assumpto.

Nas intervenções modernas, os dous methodos não são applicados indifferentemente, mas obedecem a indicações emanadas da natureza das lesões.

Acreditamos que a existencia de um fibromyoma indica somente o emprego da hysterectomia sub-total, e a convicção que temos neste nosso modo de pensar é grandemente fortalecida pelos numerosos argumentos que passamos a apresentar:

Em primeiro lugar não nos parece racional que os argumentos do professor Richelot tenham o valor que alguns scientistas lhes querem dar, ao ponto de se banir systematicamente a hysterectomia sub-total, porque uma porcentagem tão diminuta não pode diminuir as vantagens de um methodo, que apresenta resultados magnificos, em favor de um outro mais complicado e que nos dá uma mortalidade maior.

E' o proprio Richelot que é forçado a concluir, de seus estudos sobre a degeneração do collo, que a hysterectomia total não deixa nenhum resultado

satisfactorio, e nem evita a degeneração, porque em alguns casos elle tem observado a degeneração epithelial após a hysterectomia total, devido simplesmente a proliferação da mucosa dos *culs-de-sac* vaginaes em consequencia da propagação das lesões primitivas do cóllo.

Encaremos esta questão da degeneração post-operatoria do coto, sob o ponto de vista anatomo-pathologico, e veremos que razões não nos faltam para provarmos a fraqueza dos argumentos de Richelot, tornando-nos, consequentemente, mais adepto da hysterectomia sub-total.

Já vimos que o fibromyoma predispõe mais ou menos ao *cancer* do corpo e do collo, isto é, particularisando a esta ultima região, que a mucosa do collo é quasi sempre alterada, hypertrophiada, apresentando lesões de inflammação, de hypertrophia glandular, que dão em resultado muitas vezes a degeneração atypica, ao epithelioma. Sem entrarmos em commentarios, este facto parece fortalecer os argumentos de Richelot, porque depois da hysterectomia sub-total, a mucosa, alterada, persiste e pode degenerar, produzindo um epithelioma, e nisto é que se funda Richelot que conseguiu reunir 14 casos de degeneração epithelial do coto uterino.

Porem Quénu, em 200 ou mais hysterectomia sub-totales, não observou nenhum caso de degeneração do coto; Lauwers, em 200 casos, Bouilly e

Thomas em 100, Abel em 65, não encontraram um só côto degenerado.

Esta raridade da degeneração parece não ser compatível com o que já ficou dito; mas nós explicamos: com effeito, o fibromyoma, causa da inflammação e das alterações da mucosa, sendo suprimido, as lesões desta mucosa não tendem a augmentar, mais ao contrario, diminuem e desaparecem, e somente em casos muito excepçoes ellas podem evoluir e degenerar em epithelioma.

Parece-nos que em muitas observações apresentadas pelo professor Richelot, não se trata de degeneração do côto após a hysterectomia sub-total, mas do desenvolvimento de um *cancer* cavitario que passou despercebido no momento da operação.

Vem a-proposito um facto muito interessante citado por Bland Sutton: trata-se de uma mulher de 49 annos que se submetteu á uma hysterectomia abdominal total por fibromyoma; tres mezes após a intervenção, appareceu-lhe um *cancer* na cicatriz vaginal.

Fazendo-se então o exame da peça que tinha sido por accaso, conservada, encontra-se, pelo exame hystologico, um *cancer* da cavidade cervical, que tinha passado completamente desconhecido até aquelle momento.

Agora perguntamos: quem seria capaz de du-
s. 20

vidar tratar-se de uma degeneração do côto se tivesse sido feita a hysterectomia supra-vaginal?

Ninguém. Donde concluímos que muitos casos em que a degeneração do côto tem apparecido algum tempo depois da hysterectomia, não são mais do que semelhantes a este citado por Bland Sutton.

A hysterectomia total nem sempre previne e evita a degeneração, porque as lesões que acompanham o fibromyoma nem sempre se limitam á mucosa do collo, porém se estendem á mucosa vizinha dos culs-de-sac vaginaes, e mesmo depois da hysterectomia total, esta mucosa pode continuar a proliferar e soffrer a degeneração epithelial, como provam as observações de Guinard, Quénu, Martin e do proprio Richelot.

A simplicidade do methodo sub-total é manifesta; quando são empregados processos apropriados ás lesões, além de ser uma operação mais simples e mais facil, gasta apenas alguns minutos (Faure).

E' muito mais facil seccionar o utero ao nivel do isthmo, que cortar-o nas inserções vaginaes.

Evita-se perfeitamente ferir os ureterios, em vista do affastamento grande em que se acham estes conductos do campo operatorio, na pratica deste methodo.

Na sub-total a hemostasia é de uma facilidade e rapidez extremas; evita-se a perda de uma gotta

de sangue, collocando-se uma pinça de cada lado do collo, sobre a crossa das uterinas; com a total não se notam as mesmas vantagens, porquanto são cortados, durante a desinserção da vagina, numerosos ramos arteriaes e venosos que deixam sair grande quantidade de sangue, exigindo numerosas ligaduras, e a operação torna-se tão demorada que Faure diz levar-se mais tempo na hemostasia que em toda a operação pelo methodo sub-total.

A conservação do collo nas sub-totales, respeita as inserções dos ligamentos utero-sagrados. O collo fica suspenso no centro da bacia em sua posição normal e a statica pelviana conserva sua integridade.

Com o emprego deste methodo a vagina conserva sua conformação natural, e este facto não merece pouca importancia, porque não podemos negar que é preferivel a uma mulher ter uma vagina com um fundo constituido por um collo normal, a ter, em vez disto, uma cicatriz que pode tornar-se dolorosa e fragil

Este processo dispensa abrir a vagina de modo que muito se approxima do typo das operações asepticas, porque é quasi impossivel, antes ou no momento da intervenção, esterilisar de uma maneira perfeita a mucosa vaginal.

Um factor, que apresentam contra este methodo, é a drenagem vaginal, que não se pode execu-

tar; este assumpto é muito bem discutido por Faure, que mostra a drenagem abdominal ter a mesma vantagem que a vaginal. Assim é que o Dr. Lydio, illustre cirurgião, e o Dr. Pacheco Mendes competente professor da nossa Faculdade, têm sempre adoptado a drenagem abdominal com os resultados mais satisfactorios.

Depois de todas estas considerações não trepidamos em affirmar que, no tratamento dos fibromyomas, se deve empregar systematicamente o methodo sub-total, e que o total deve ser reservado para os casos em que o collo estiver seriamente doente ou suspeito da degeneração maligna.

Hysterectomia sub-total

A technica da hysterectomia sub-total, adoptada e exposta pelo professor Pozzi em sua obra de gynecologia é hoje a mais seguida, embora modificada ligeiramente por alguns cirurgiões.

A operação se executa em dez tempos:

1. Incisão—Colloca-se a doente sobre uma meza apropriada, em posição de declive, posição de Tredelenbourg: depois de retirado o penso antiseptico, collocado previamente, para proteger a parede abdominal de qualquer contaminação microbiana que possa vir do exterior, limita-se o campo opera-

torio com compressas, collocadas de cada lado da linha media.

Pratica-se uma incisão mediana de extensão menor possível e proporcional ao volume do tumor. A não ser em circumstancias excepcionaes, a cicatriz umbelical não deve ser attingida. Deve-se ter o cuidado de orientar o tumor de maneira que o seu diametro menor coincida com a linha de incisão, e provocar moderadamente o afastamento dos labios da ferida.

Incisa-se a pelle, o tecido gorduroso sub-cutaneo e depois a linha branca aponevrotica, fazendo a hemostasia das pequenas arteriolas que possam dar sangue; abre-se com cuidado em toda a extensão a bainha de cada um dos musculos rectos para permittir, no fim da operação, a sutura dos dous musculos que não devem constituir senão um só.

Incisa-se o peritonêo entre duas pinças, e a serosa até então applicada contra as visceras, desprende-se, o ar penetra com um ligeiro ruido e vê-se cahirem logo sobre o diaphragma as ansas intestinaes que o vasio intra-abdominal mantinha contra a parede.

Protege-se as ansas intestinaes com compressas mornas de gaze esterilisada, com o fim de evitar os traumatismos e resfriamentos muitas vezes prejudiciaes.

Grandes discussões tem-se levantado em torno

do modo pelo qual se deve abrir a cavidade abdominal.

Porém, por mais razoáveis que tenham sido as objecções apresentadas, não conseguirão occultar as vantagens da incisão da linha media; vimol-a por diversas vezes praticada em muitas intervenções, sem que inconveniente algum post-operatorio viesse prejudicar o resultado final da operação.

Que affirmem por nos os resultados obtidos pelo Dr. Lydio de Mesquita que tem sempre adoptado a incisão média, fazendo systematicamente a destruição da linha alva. E só assim elle tem conseguido dar maior segurança á cicatriz, que se oppõe a qualquer eventração.

2.º EXTRACÇÃO DO UTERO—«O tumôr ou o fundo do utero é apprehendido por uma pinça de dous dentes ou por um *tire-bouchon* e mantido suspenso fóra do ventre».

3.º PINÇAMENTO E SECÇÃO DOS LIGAMENTOS LARGOS —«Em seguida o ajudante inclina o utero para um dos lados de modo que o operador possa examinar os ligamentos largos, vêr seu estado, as condições em que se acham, observar se ha para traz alguma anza intestinal e procurar para adiante o fundo de sacco-vesico uterino. Colloca-se em seguida uma pinça grampo, recta ou ligeiramente curva, entre o utero e os annexos até o cul-de-sac vesico uterino».

São empregadas de preferencia as pinças de

Kocher, de vinte e dous centímetros, a do professor Pozzi, pinça dentada com ramos arqueados, podendo-se exercer com ella uma forte pressão. Deve-se tambem collocar entre esta pinça e o collo uterino, uma outra do mesmo modelo, e seccionar com o escalpello o ligamento entre as duas evitando assim a hemorrhagia.

As mesmas manobras devem ser feitas no lado opposto.

4.º CONFECÇÃO DE UM RETALHO PERITONEAL ANTERIOR E RECALCAMENTO DA BEXIGA—O utero livre á direita e a esquerda, lançado para fóra da ferida abdominal, incisa-se transversalmente o peritonéo acima do cul-de-sac vesico uterino e das pinças grampos, collocadas lateralmente. Coiffando o dedo com uma compressa, o cirurgião calca o peritonéo e a bexiga, afim de bem desembaraçar a porção supervaginal do collo.

5.º PINÇAMENTO E SECÇÃO DAS UTERINAS—Depois das manobras anteriores a região das uterinas fica desembaraçada e isolada. Pela vista ou pelo toque reconhece-se facilmente a arteria, prende-se este vaso entre os ramos de uma pinça, o mais isoladamente possivel. Para auxiliar esta manobra, colloca-se o utero inclinado para o lado opposto e secciona-se.

6.º SECÇÃO DO COLLO—Secciona-se o collo immediatamente acima da ligadura da arteria uterina,

seguindo uma direcção obliqua de cima para baixo e de deante para traz. Esta secção ordinariamente não é feita de uma só vez, corta-se em primeiro lugar a parte anterior e depois, lançado o utero para adiante, sobre a symphise pubiana, incisa-se posteriormente.

7.º SUTURA DO COLLO—Logo acima da mucosa e sem atravessal-a, colloca-se um fio profundo de cat-gut n. 1, de preferencia, com uma agulha de Hagedorn; completa-se a coaptação dos retalhos cervicaes com um segundo fio, não comprehendendo para adiante o peritonêo.

A obliteração deve ser completa e sendo feita, dispensa a cauterisação cervical que altera muitas vezes a vitalidade dos tecidos e evita uma cicatrização segura.

8.º HEMOSTASIA—O cirurgião que comprehende a responsabilidade que pesa sobre seus hombros deve ter todo o cuidado neste tempo da operação; deve cautelosamente substituir as pinças hemostaticas por ligaduras bem feitas, para evitar complicações, principalmente as hemorragias post-operatorias.

9.º PERITONEOPLASTIA—E' este um tempo operatorio de maxima importancia e muito bem estudado por Quenu. Foi este cirurgião quem constituiu em verdadeiro methodo a autoplastia peritoneal e fez della um tempo especial nas intervenções abdomino-

pelvianas, de maneira que o intestino repouza como no individuo são, em uma superficie lisa e coberta de endothelio, e as condições physiologicas são assim estabelecidas.

Os cirurgiões modernos, conhecendo as grandes vantagens da peritonisação, tornam-se systematicos no emprego deste tempo, principalmente quando resultam superficies cruentas, rugosas e asperas, nas extirpações de tumôres e resecções de órgãos.

Quenu e Judet que desde 1896 praticam systematicamente a peritonisação nas operações abdominaes, não se cançam de preconisar o seu emprego em vista dos numerosos resultados obtidos.

Realmente, com o seu emprego tem-se notado vantagens numerosas, como sejam: o abaixamento consideravel da mortalidade nas suppurações pelvianas; a drenagem abdominal pôde ser suppressa depois de dous, tres ou quatro dias; as colicas que perseguem quasi sempre as operadas se atenuam; não ha perturbação das funcções da defecação e da micção; evita as adherencias post-operatorias, as compressões visceraes e as oclusões intestinaes, o derramamento sanguineo, tão prejudicial á asepsia ulterior e á perfeita cura das feridas; evita ainda a infecção e consequentemente as peritonites mortaes apressando a absorpção dos exsudatos.

A prova cabal de todas estas vantagens nós

temos nas operações realisadas pelo Dr. Lydio de Mesquita. Este cirurgião, que já conta em mais de 50 as intervenções abdomino-pelvianas, tem em todas ellas praticado a peritonisação como um tempo operatorio, sem ter notado em caso algum os mais ligeiros incidentes inflammatorios, nem a menor infecção no campo cirurgico.

Referindo-se a este processo de autoplastia peritoneal nos diz Pozzi: «*A peritoneoplastia será em geral obtida a custa de fios de catgut n. 0 que reunirão por sutura continua as duas folhas peritoneaes, partindo de um ligamento largo ao outro do lado opposto, passando pelo collo. E' necessario, ás vezes, recorrer á aproximação de dous orgãos pelvianos, isto é, suturar o colon pelviano á bexiga; fica então abaixo desses orgãos um espaço sangrento que é directamente drenado pela vagina.*»

10. RECONSTITUIDO O PERITONÊO PELVIANO, FECHA-SE A CAVIDADE ABDOMINAL—Após a execução de todos os tempos operatorios já descriptos o cirurgião não deve passar immediatamente á execução deste ultimo.

Antes de fazel-o, precisa dispensar á cavidade abdominal alguns cuidados exigidos por uma technica criteriosa, pondo-se desta maneira em guarda contra a eminencia dos accidentes septicos. Para isso, depois de ter collocado a doente em posição horisontal, restabelecendo-se a circulação

normal, deve verificar por um exame minucioso, se a hemostasia é completa, se existe alguma arteriola que sangre e alguma ligadura mal feita, se ha no campo operatorio alguma compressa ou pinça.

Afim de evitar o mais possivel as causas de infecção, além destes cuidados, deve-se fazer o asseio do peritonêo. O sangue, liquidos diversos e até mesmo pús, podem se derramar no campo operatorio, obrigando o cirurgião a praticar o asseio da cavidade com compressas molhadas em sôro artificial. O Dr. Lydio de Mesquita em todas as suas intervenções tem empregado as soluções salino physiologicas e salgada sodica de Tavel.

Em alguns casos, quando ha extravasamento de liquidos, as compressas humidas são insufficientes, recorre-se então ás lavagens que devem ser feitas com muito cuidado para evitar que germens infecciosos se espalhem pela cavidade abdominal.

A reposição dos orgãos que foram desviados de suas posições normaes, é um cuidado que não se deve desprezar, principalmente em relação ao intestino e ao epiploon; a este ultimo os physiologistas e histologistas attribuem um papel phagocytario importante.

Quando se tem necessidade, por uma circumstancia qualquer, de retirar visceras para fora da cavidade abdominal, é de boa regra envolvê-las em compressas embebidas em solução de Tavel ou sôro

physiologico, convenientemente mornas, que serão substituídas a medida que forem perdendo o calor, afim de evitar o resfriamento, causa constante de choque.

Desde o começo até o fim da operação, deve-se usar de toda a delicadeza, evitar sempre os traumatismos, recalcando, nos casos de necessidade, as visceras com brandura.

Somente depois de todas estas cautelas o cirurgião consciencioso se dispõe a fechar a cavidade, e para isto elle tem á escolha diversos processos de suturas autoplasticas, cada qual mais vantajoso na opinião do seu auctor, e cuja efficacia não contestamos; mas seja-nos permitido dizer que, por melhores que sejam os resultados obtidos, nunca poderão ser superiores aos da sutura em massa de Jonnesco e da sutura em planos cuja technica passamos a descrever:

Na sutura em planos, a reunião do peritonêo é com catgut em surjet, passa-se em seguida á camada musculo aponévrotica que deve ser suturada em surjet ou com pontos separados; não é indifferente um ou outro modo de sutura; achamos que de preferencia se deve adoptar a sutura com pontos separados, porque se houver, por qualquer circumstancia, um despedaçamento de um destes pontos, em qualquer parte da ferida, a desunião só se fará neste ponto; muito ao contrario acontece com a

sutura em surjet em que o desaffrontamento se dá em toda a extensão.

E' recommendavel o emprego dos fios de catgut, em vista de sua facil reabsorção, e com o fim de evitar de algum modo as infecções; e muitas vezes, apesar dos cuidados maismeticulosos, não é raro vêr-se a suppuração apparecer nestas suturas, como já tivemos occasião de observar em uma doente na enfermaria de Santa Martha.

Para suturar a pelle deve-se empregar os fios de crina de Florença em pontos separados. Pozzi faz lembrar a vantagem de reforçar esta sutura com fios de sêda ou de prata, passados profundamente na espessura da parede abdominal.

Não aconselhamos a sutura intra-dermica, por ser muito demorada e de mais difficil execução.

A sutura em massa de Jonnesco, com fio de prata, que vimos empregar innumeradas vezes, executa-se do seguinte modo: «cada um dos labios seroso, aponevrotico e muscular é nivelado distintamente. O cirurgião, armado com a agulha de Jonnesco, perfura, de fóra para dentro, um dos labios cutaneos, a alguma distancia da borda, atravessando successivamente a pelle, a folha anterior da bainha a folha posterior e o peritonêo do labio correspondente; depois symmetricamente o peritonêo do labio opposto; as folhas posterior e anterior da bainha, sem atravessar a pelle; prende-se em seguida

na agulha uma das extremidades do fio metallico e retira esta que traz consigo o fio. Desembaraçada a agulha, faz-se atravessar novamente de fóra para dentro o mesmo labio cutaneo num ponto mais proximo da incisão abdominal, e somente à folha anterior da bainha do mesmo lado. Colloca-se na agulha a outra extremidade do fio e este atravessa as camadas descriptas. Estes fios em U são torcidos em serie sobre um dos lados da incisão, por cima de um rôlo de gaze.»

Com estes dous meios de suturas podemos garantir que as consequencias posteriores são muito satisfactorias.

.

Existem diversos processos de hysterectomia abdominal, mas não têm todos o mesmo valôr.

Um processo que daria muito bons resultados em presença de certas lesões anatomicas, poderá tornar-se inefficaz e até mesmo detestavel em face de lesões differentes.

Segundo a opinião do professor Faure, não devemos, na escolha dos processos operatorios, nos deixar guiar pelos nossos habitos ou nossas preferencias individuaes, mas pela natureza das lesões que temos sob as nossas vistas e pela disposição anatomica das partes doentes que queremos sacrificar.

Uma hysterectomia que se torna muito simples, quando se sabe escolher o processo melhor apropriado ás lesões em face das quaes nos achamos, pode tornar-se muito difficil e mesmo quasi impraticavel quando se persiste em empregar um outro.

Deixando de parte a descripção dos processos antigos, apenas nos occuparemos dos mais modernos.

PROCESSO DE KELLY—Tambem chamado americano ou por secção continua, executa-se do seguinte modo: aberto o ventre, inclina-se o utero com um *tire-bouchon* ou com uma pinça, para um dos lados (é indifferente); procura-se o bordo superior do ligamento largo de um lado, liga-se a arteria utero-ovariana, corta-se o ligamento largo de cima para baixo e de fóra para dentro e recalca-se a bexiga para baixo, de maneira a descobrir a porção supra-vaginal do collo.

Ligadura e secção da arteria uterina de um lado. Secção transversal do collo do utero com bisturi ou thesoura acima da inserção da vagina. Ligar os vasos correspondentes do lado opposto e fazer a ablação do utero. Sutura ao collo uterino, peritonéoplastia e sutura da parede abdominal.

PROCESSO POR DEGOLLAÇÃO DE FAURE—Faure descreveu sob este nome um engenhoso processo de hysterectomia sub-total por secção primeiro do collo. A manobra que o caracteriza consiste, com effeito,

na degollação do utero, quer de deante para traz, quer em sentido inverso, deduzindo dahi a hysterec-tomia por degollação anterior e posterior. Executa-se esta operação nos seguintes tempos: incisão da parede; apprehensão do utero; degollação (anterior ou posterior); abertura do cul-de-sac vesico uterino; pediculisação e secção dos ligamentos largos; hemostasia e sutura do collo, do peritonêo e da parede abdominal.

PROCESSO DE TERRIER—Principalmente indicado nos casos de annexites duplas adherentes, executa-se do seguinte modo: com uma pinça agarra-se o fundo do utero e o suspende; colloca-se uma pinça longa de Kocher de cima para baixo contra o bordo do orgão, desde o pediculo annexial até a região do isthmo; um pouco para fóra, sobre toda a altura do ligamento largo, colloca-se uma segunda pinça. Secciona-se o ligamento no intervallo comprehendido entre estas duas pinças. Repete-se a mesma manobra do lado opposto, de sorte que o utero, separado dos annexos de ambos os lados, fica somente preso pelo collo; incisa-se na parte anterior deste, um retalho peritoneal que servirá ulteriormente para cobrir o côto. As uterinas são presas por pinças de Kocher, e secciona-se o collo ao nível do isthmo; toca-se a cavidade cervical com o thermocauterio, sutura-se o côto e faz-se a peritonisação.

Como vemos, com o emprego deste processo,

obtem-se um espaço livre no centro da bacia, onde a mão do cirurgião pode manobrar facilmente e atacar de cada lado os annexos adherentes.

Quando tivermos de praticar uma hysterectomia e fôrmos levados pelas circumstancias a retirar tambem os annexos, e dando-se a hypothese de se acharem elles adherentes ás paredes pelviannas, aos intestinos e ao utero, caso em que é muito difficil separal-os, é de grande vantagem empregar-se o processo que Faure e Kelly descreveram com o nome de hemiseccção uterina e que consiste no seguinte: pega-se o fundo do utero com duas pinças de garra collocadas de cada lado da linha mediana e puxa-se o mais possivel o utero para cima.

Depois, entre as duas pinças faz-se uma secção mediana de cima para baixo, do fundo para o collo. O centro da bacia é assim desobstruido e torna-se então possivel atacar de dentro para fóra e de baixo para cima os annexos doentes, que se descollam em geral facilmente e que se retiram com a metade uterina correspondente, depois de ter seccionado o collo, pinçado e ligado a arteria uterina.

Devemos notar que com este processo pode-se fazer a hysterectomia sub-total ou total.

Quanto a objecção que alguns auctores fazem a este processo de abrir a cavidade uterina, nenhum valór tem, porquanto ella é muito facil de ser este-

rilisada de uma maneira absoluta com o auxilio do thermo-cauterio.

.....

O conhecimento da technica da hysterectomia sub-total simplifica muito a descripção da technica da hysterectomia total, de que não pretendemos tratar, obedecendo ao titulo que demos ao nosso humilde trabalho. Procede-se primeiramente como se se fosse fazer uma sub-total e todos os tempos operatorios são identicos até á secção do collo. O ponto capital é incisar a vagina rente do collo, afim de reduzir a hemorrhagia ao minimo; a uma certa distancia expõe-se, com effeito, a ferir arterias muito importantes.

.....

Como vemos são numerosos os processos operatorios para a extirpação do utero e seus annexos. O cirurgião nunca deve estabelecer previamente a sua conducta, porque nada é mais complexo que a disposição dos orgãos abdominaes em presença dos fibromyomas ou de qualquer estado pathologico utero-annexal, e levando em consideração esta circumstancia é que actualmente já ha tendencia a se considerar a laparo-hysterectomia uma operação atypica.

DRENAGEM—A drenagem abdominal systematicamente empregada pelos Drs. Lydio de Mesquita e Pacheco Mendes nas laparo-hysterectomias, é feita

por tubos de borracha perfurados nas extremidades e na continuidade.

Colloca-se o tubo por uma de suas extremidades na cavidade de Douglas, e a outra no angulo inferior da incisão abdominal e ahi mantida por um fio de crina.

Alguns preferem a drenagem vaginal a esta ultima, por causa da declividade que muito auxilia a eliminação dos liquidos. Nós porém somos de opinião que não se deve confiar muito na vagina por ser um conducto muito impuro e de asepsia difficil.

Mikulicz emprega o tamponamento ou drenagem com gaze que elle executa do seguinte modo: toma um retalho de gaze do tamanho de um lenço, brandamente iodoformado, no centro do qual existe ou está fixado um duplo fio de sêda, para que se possa retirá-lo com mais facilidade. Dobra-se a gaze em forma de cartucho e colloca-se na cavidade abdominal por meio de uma pinça, do modo que a extremidade do fio fique para fóra. Em seguida enche-se com duas a cinco tiras de gaze iodoformadas e com uma das extremidades para fóra da ferida abdominal.

Quarenta e oito horas depois estas tiras são retiradas, e tres dias mais tarde o cartucho.

Este processo que tem a vantagem dupla de drenar e desinfectar, além de hemostatico, suprime

os espaços vãos. O seu auctor o emprega todas as vezes que a peritonisação fór impossivel e nos casos de infecção existente ou presumivel.

Alguns operadores condemnam a drenagem abdominal emprestando-lhe defeitos e vicios que até hoje não conseguimos observar nas innumeradas intervenções abdomino-pelviannas que temos auxiliado e assistido.

Os que assim pensam confiam muito, e achamos que exaggeradamente, no poder absorvente, poderoso realmente, da serosa abdominal principalmente depois de executada a peritonisação. Achamos um erro esta confiança demasiada e temos na clinica do Dr. Lydio de Mesquita a prova mais cabal de sua efficacia.

Este cirurgião empregou a drenagem abdomino vaginal num caso de hysterectomia sub-total, com suppuração, obtendo o resultado mais favoravel.

Em vista de já estar um pouco extensa a nossa dissertação, não nos estendemos mais sobre este assumpto que bem merece a attenção dos estudiosos da cirurgia, analysando as razões que possuem os seus refractarios em banir por completo de sua technica operatoria um meio tão effcaz, unico talvez com que possa contar o cirurgião para obter um resultado satisfactorio.

Seria ainda tornarmo-nos muito extenso se descrevessemos os cuidados pre e post operatorios.

Comtudo, antes de terminarmos este capitulo, dizemos que a asepsia da parte da doente, do instrumental, do operador e dos auxiliares deve ser a mais meticulosa e escurpulosa possivel e feita de accordo com o progresso da cirurgia moderna.



OBSERVAÇÕES PESSOAES

I

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

Constança Lacerda, 26 annos, nullipara. Fleischl 54 %/o. Operada no dia 8 de Junho de 1906, pelo processo de Terrier.

Laparo-hysterectomia sub-total baixa; fibromyomas sub-serosos e intersticiaes. Peso 3 kylos. Peritonisação. Solução de Tavel tepida. Drenagem abdominal. Sutura metallica de Jonnesco. Curou-se em 20 dias, sem accidentes.

II

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

Euphrosina, 42 annos, nullipara. Fleischi 50 %/o. Operada no dia 13 de Julho de 1906 pelo processo americano de H. Kelly.

Laparo-oophoro hysterectomia sub-total baixa. Utero fibromyomatoso; grandes kystomas do ovario esquerdo e grande kysto hematico de longo pediculo do ovario direito, contornando a neoplasia pela parte posterior e localisando-se á esquerda ao lado dos kystomas. Largas adherencias epiploicas. Peso 10 kylos. Peritonisação. Solução de Tavel. Drenagem abdominal e sutura metallica de Jonnesco. Curou-se depois de 24 dias de tratamento, sem accidentes. Chloroformisação com o aparelho de Ricard.

III

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

Maria da Gloria, 31 annos, nullipara. Fleischl. 42 ‰. Operada em 12 de Agosto de 1906, pelo processo francez de Terrier.

Laparo-hysterectomia sub-total baixa. Fibromyoma uterino. Peso 2 kylos, Peritonisação. Solução de Tavel. Drenagem abdominal e sutura metallica de Jonnesco. Curou-se no fim de 18 dias, sem acci-dentes. Chloroformisação com o aparelho de Ricard.

IV

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

Francisca, 24 annos, nullipara. Fleischl 47 ‰. Operada em 19 de Agosto de 1909. Laparo-oophoro hysterectomia sub-total, atypica. Conservação de um ovario. Multiplos fibromyomas intersticiaes e sub-serosos e hemato-salpingite direita. Peso 5 kylos. Adherencias epiploicas e pelvianas Um verdadeiro bloco utero-annexal adherente. Intervenção muito laboriosa: abertura da bexiga desviada por um fibromyoma do isthmo; sutura vesical Bazzi-Lambert. Larga peritonisação. Solução de Tavel. Drenagem abdominal. Sutura metallica de Jonnesco. Curou-se em 25 dias, sem accidente. Chloroformisação com o aparelho de Ricard.

V

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

G. . ., 20 annos, nullipara. Operada em 3 de Novembro de 1906, pelo processo francez de Terrier.

Laparo-hysterectomia sub-total. Fibromyoma uterino; 5200 grammas. Peritonisação. Drenagem abdominal. Solução Tavel. Sutura metallica de Jonnesco. A cura teve lugar depois de 19 dias de tratamento, sem accidentes.

VI

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

C. Barbosa, 39 annos, nullipara. Operada em 7 de Novembro de 1906, pelo processo de degollação posterior de Faure.

Laparo-oophoro hysterectomia sub-total. Fibromyoma uterino e degeneração sclero-kystica ovariana. Peso 3 kylos. Peritonisação. Solução de Tavel. Drenagem abdominal. Sutura metallica de Jonnesco. Curou-se depois de 20 dias de tratamento, sem accidentes.

VII

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

Silvana Rosa, 46 annos, nullipara. Operada em 5 de Dezembro de 1906 pelo processo de degollação posterior de Faure.

Laparo-oophoro hysterectomia sub-total. Fibrosarcoma uterino. Peso 8 kylos 300 grammas. Peritonisação. Solução de Tavel. Drenagem abdominal e sutura metallica de Jonnesco. Curou-se no fim de 24 dias, sem accidentes.

VIII

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

L. Amelia, 27 annos, nullipara. Operada em 11 de Dezembro de 1906, pelo processo americano de H. Kelly.

Laparo-oophoro hysterectomia sub-total. Fibromyomas intersticiaes e ligamentosos do lado direito. Peso 2 kylos 700 grammas. Peritonisação. Solução de Tavel. Drenagem abdominal e sutura metálica de Jonnesco, Curou-se no fim de 19 dias de tratamento, sem accidentes.

IX

SERVIÇO DO DR. PACHECO MENDES

Umbelina Alves, 40 annos, preta, solteira. Operada em 13 de Abril de 1907 pelo processo francez de Terrier.

Laparo-hysterectomia sub-total e ovariectomia dupla. Fibromyoma uterino. Peso 3 kylos 900 grammas. Sahiu curada no dia 14 de Maio, sem accidentes.

X

SERVIÇO DO DR. PACHECO MENDES

Collecta Maria, 40 annos, preta, solteira. Operada no dia 18 de Junho de 1907.

Laparo-hysterectomia sub-total. Fibromyomas multiplos do utero. Sahiu curada no dia 14 de Julho. Rachistovainisação.

XI

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

Amelia, 43 annos, nullipara. A intervenção teve lugar no dia 4 de Junho de 1907, pelo processo americano de H. Kelly.

Laparo-oophoro hysterectomia sub-total. Fibromyoma uterino. Peso 1 kilo 200 grammas. Peritonisação. Solução de Tavel. Drenagem abdominal. Sutura metallica de Jonnesco. Curou-se depois de 18 dias de tratamento, sem accidentes.

XII

SERVIÇO DO DR. PACHECO MENDES

Perpetua, 40 annos. Operada em 5 de Julho de 1907.

Laparo-hysterectomia sub-total. Fibromyomas multiplos do utero com degeneração calcarea e gordurosa. Sahiu curada em 11 de Agosto.

XIII

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

Leosina, 33 annos, nullipara. Operada no dia 15 de Julho de 1907 pelo processo francez de Terrier.

Laparo-hysterectomia sub-total. Fibromyoma intersticial. Adherencias. Peso 1 kilo. Peritonisação. Solução Tavel. Drenagem abdominal. Sutura metallica de Jonnesco. O tratamento dura 18 dias, sem accidentes. Sahiu curada.

XIV

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

Valeriana, 40 annos, nullipara. Operada em 22 de Julho de 1907, pelo processo americano de H Kelly.

Laparo-oophoro hysterectomia sub-total. Fibromyoma uterino e ovarite sclero-kystica dupla. Peso 2 kylos. Peritonisação. Solução de Tavel. Drenagem abdominal. Sutura metallica de Jonnesco. Sem accidentes. Depois de 20 dias sahiu curada.

XV

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

Etelvina, 48 annos, nullipara. Esta doente foi operada no dia 26 de Julho de 1907 pelo processo de Terrier.

Laparo-hysterectomia sub-total. Fibromyoma uterino. Peso 5 kylos 500 grammas. Peritonisação. Solução de Tavel. Drenagem abdominal. Sutura metallica de Jonnesco. Cura depois de 22 dias de tratamento sem accidentes.

XVI

SERVIÇO DO DR. PACHECO MENDES

Leonidia Francisca, 40 annos, parda, de Sergipe Operada a 30 de Julho de 1907.

Laparo-hysterectomia sub-total. Fibromyoma uterino. Peso 9 kylos. Peritonisação. Sahiu curada a 31 de Agosto.

XVII

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

Maria da Cruz, 34 annos, nullipara. Operada no dia 1º de Agosto de 1907, pelo processo de Terrier.

Laparo-hysterectomia sub-total. fibromyomás sub-serosos. Peso 1 kylo. Peritonisação. Solução de Tavel. Drenagem abdominal e sutura de Jonnesco. Curou-se depois de 20 dias de tratamento. Não houve accidentes.

XVIII

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

Prudencia, 36 annos, nullipara. Operada no dia 2 de Agosto de 1907 pelo processo de Terrier.

Laparo-hysterectomia sub-total. Fibromyoma sub-mucoso e intersticial. Peso 400 grammas. Peritonisação. Solução de Tavel. Drenagem. Sutura com cat-guts e crinas. Sem accidentes. Curou-se depois de 20 dias de tratamento.

XIX

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

Maria Felicia, 38 annos, nullipara. Operada no dia 3 de Agosto de 1907 pelo processo de degollação posterior de Faure.

Laparo-oophoro hysterectomia sub-total. Fibromyoma uterino e degeneração sclero-kystica ovariana. Peso 5 kylos. Peritonisação. Soluções de Tavel e physiologicas tepidas. Drenagem abdominal e sutura metálica de Jonnesco. Não houve accidentes. Tratamento de 20 dias seguido de cura.

XX

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

Maria Carolina, 46 annos, nullipara. Operada em 4 de Agosto de 1907 pelo processo americano de H. Kelly

Laparo-oophoro hysterectomia sub-total. Fibromyoma uterino muito adherente ao epiploco e á ansa pelviana. Peso 11 kylos. Intervenção muito laboriosa. Abertura da bexiga, sutura muscular vesical dupla de Lambert. Peritonisação. Soluções de Tavel e physiologicas tepidas. Drenagem abdominal. Sutura metallica de Jonnesco. Choque operatorio. Injecção de 1000 grammas de serum cafeinado. Nenhum accidente durante o tratamento que durou 20 dias. Cura.

XXI

SERVIÇO DO DR. PACHECO MENDES

Julia Pereira da Conceição, com 32 annos. Operada em 23 de Agosto de 1907 pelo processo de Terrier.

Laparo-hysterectomia sub-total. Fibromyoma uterino. Peso 1 kylo 900 grammas. Sahiu curada em 14 de Setembro. Rachistovainisação.

XXII

SERVIÇO DO DR. PACHECO MENDES

Glyceria, 28 annos, parda. Operada em 28 de Outubro de 1907,

Laparo-hysterectomia sub-total. Fibromyoma uterino. Peso 1 kylo. Sahiu curada em 1º de Dezembro. Chloroformisação.

XXIII

SERVIÇO DO DR. PACHECO MENDES

Guilhermina, 38 annos, lavadeira. Operada em 7 de Dezembro de 1907.

Laparo-hysterectomia sub-total. Fibromyomas sub-serosos e intersticiaes, adherencias do utero á pequena bacia formando com os annexos uma só massa. Drenagem de Mikulicz. Rachistovainisação e chloroformio. Sahiú curada em 8 de Janeiro de 1908.

XXIV

SERVIÇO DO DR. PACHECO MENDES

Córa, 32 annos. Operada em 23 de Janeiro de 1908.

Laparo-hysterectomia sub-total. Fibromyoma sub-seroso do utero. Peso 3 kylos 900 grammas. Rachistovainisação e chloroformisação. Sahiú curada em 11 de Fevereiro.

XXV

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

J. M. S., 50 annos, parda, solteira, entrou para o Hospital em 25 de Março de 1908, foi operada em 2 de Abril e sahiú curada em 21 do mesmo anno.

Laparo-hysterectomia sub-total pelo processo americano. Fibromyoma uterino. Peso do tumôr 6 kylos. Fez-se a drenagem e fechamento da cavidade abdominal em 2 planos. Peritonisação. Solução de Tavel. Cicatrisação por primeira intenção. Não houve accidentes. Chloroformisação com o apparelho de Ricard.

XXVI

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

E. L. B. 42 annos, parda, solteira, costureira, entrou para o Hospital em 17 de Março de 1908, foi operada em 4 de Abril. Achava-se doente ha 5 annos.

Laparo hysterectomia sub-total pelo processo americano e ovariectomia direita. Fibromyoma uterino e kysto do ovario direito. Peso 3200 grammas. Peritonisação. Drenagem. Fechamento da cavidade em 2 planos. Solução de Tavel. Sahiu curada em 3 de Maio. Não houve accidentes. Chloroformisação com o aparelho de Ricard.

XXVII

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

M. D., com 27 annos, preta solteira, engommadeira, entrou para o Hospital em 4 de Maio de 1908, foi operada em 13 do mesmo mez.

Laparo-hysterectomia sub-total. Processo Terrier. Fibromyoma uterino. Peso do tumôr 500 grammas. Drenagem. Sutura metallica de Jonnesco. Solução de Tavel. Peritonisação. Sahiu curada em 31 de Maio. Não houve accidentes. Chloroformisação com o aparelho de Ricard.

XXVIII

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

B. F. S., com 40 annos, preta, casada, entrou para o Hospital em 14 de Maio de 1908, foi operada em 18 do mesmo mez.

Laparo-hysterectomia sub-total pelo processo americano. Fibromyoma do utero. Peso do tumôr 3 kylos. Drenagem abdominal. Peritonisação. Sutura metallica de Jonnesco. Solução de Tavel. Sahiu curada em 8 de Junho. Não houve accidentes. Chloroformisação com o aparelho de Ricard.

XXIX

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

A. M. A., 28 annos, parda, solteira, entrou para o Hospital em 21 de Maio de 1908 e foi operada no dia 27.

Laparo-hysterectomy sub-total pelo processo de Terrier. Fibromyoma uterino. Peso 2 kylos. Drenagem abdominal. Sutura de Jonnesco. Peritonização. Solução de Tavel. Sahiú curada em 29 de Junho. Não houve accidentes. Chloroformização com o aparelho de Richard.

XXX

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

M. V. M., 36 annos, preta, solteira, entrou para o Hospital em 27 de Maio de 1908, foi operada em 3 de Junho.

Laparo-hysterectomy sub-total pelo processo de Kelly. Fibromyoma uterino. Peso 1 kylo. Drenagem abdominal. Sutura de Jonnesco. Solução de Tavel. Sahiú curada em 21 do mesmo mez. Não houve accidente.

XXXI

SERVIÇO DO DR. PACHECO MENDES

Prediliana, 39 annos, parda, solteira, entrou para o Hospital em 10 de Setembro de 1908 e foi operada em 15 do mesmo mez.

Laparo-hysterectomy sub-total. Fibromyoma
S. 24

uterino. Peso 10 kylos 500 grammas. Falleceu no dia seguinte de syncope cardiaca.

XXXII

SERVIÇO DO DR. PACHECO MENDES

Emessiana, 29 annos, parda, solteira, operaria, entrou para o Hospital em 10 de Setembro de 1908, e foi operada no dia 24.

Laparo-hysterectomia sub-total processo de Terrier. Fibromyoma uterino. Peso 2 kylos 300 grammas. Peritonisação. Drenagem. Sahiu curada em 18 de Outubro. Sem accidentes.

XXXIII

SERVIÇO DO DR. PACHECO MENDES

Maria Elisa, 40 annos, preta, solteira, entrou para o Hospital em 14 de Setembro de 1903, foi operada em 28 do mesmo mez.

Laparo-hysterectomia sub-total. Fibromyoma uterino. Peso 5 kylos 300 grammas. Peritonisação. Drenagem. Cicatrisação por primeira intenção. Sahiu curada em 24 de Outubro.

XXXIV

SERVIÇO DO DR. PACHECO MENDES

Laurentina, 38 annos, preta, solteira, entrou em 21 de Setembro de 1908.

Laparo-hysterectomia em 1º de Outubro. Peso 4 kylos 300 grammas. Fibromyoma uterino. Sahiu curada no dia 25 de Outubro.

XXXV

SERVIÇO DO DR. PACHECO MENDES

Adelaide, 35 annos, parda, solteira, entrou em 29 de Dezembro de 1908, foi operada em 2 de Janeiro de 1909.

Laparo-hysterectomia sub-total. Fibromyoma uterino. Peso 6 kylos 200 grammas. Sahiu curada em 28 do mesmo mez.

XXXVI

SERVIÇO DO DR. PACHECO MENDES

Maria Christina, 45 annos, preta, solteira, entrou para o Hospital em 25 de Janeiro de 1909, foi operada no dia 4 de Fevereiro.

Laparo hysterectomia sub-total pelo processo de Terrier. Fibromyomas intersticiaes e sub-seroso. Peso 4 kylos 500 grammas. Sahiu curada em 2 de Março.

XXXVII

SERVIÇO DO DR. PACHECO MENDES

Laurentina Paula, 38 annos, parda, casada, entrou para o Hospital em 9 de Março de 1909, foi operada no dia 15.

Laparo-hysterectomia sub-total alta. Fibromyoma intersticial. Peso 2 kylos. Sahiu curada no dia 7 de Abril.

XXXVIII

SERVIÇO DO DR. PACHECO MENDES

Jovita, 39 annos, preta, solteira, entrou em 22 de Marco de 1909, foi operada em 2 de Abril.

Laparo-hysterectomia sub-total. Fibromyoma intersticial. Peso 2 kylos 300 grammas. Sahiu curada em 30 de Abril.

XXXIX

SERVIÇO DO DR. PACHECO MENDES

Maximiana, 38 annos, preta, solteira, costureira, entrou para o Hospital em 17 de Abril de 1909, foi operada em 22 do mesmo mez.

Laparo-hysterectomia sub-total. Fibromyoma uterino. Peso 2 kylos 500 grammas. Sahiu curada em 18 de Maio.

XL

SERVIÇO DO DR. PACHECO MENDES

Severiana Rodrigues, 50 annos, preta, solteira, entrou para o Hospital em 5 de Maio de 1909, foi operada no dia 24.

Laparo-hysterectomia sub-total e ovariectomia direita. Fibromyoma uterino complicado de kysto para-ovariano unilocular. Sahiu curada em 6 de Julho.

XLI

SERVIÇO DO DR. PACHECO MENDES

Maria Emilia, 42 annos, preta, solteira, entrou em 30 de Junho de 1909. Foi operada em 3 de Julho.

Laparo-hysterectomia sub-total. Peso do tumor 1 kyo 200 grammas. Fibromyomas sub-serosos do utero. Paresia intestinal dois dias depois da intervenção, applicação de clysteres electricos. Morte no dia 9 de Julho,

XLII

SERVIÇO DO DR. PACHECO MENDES

Maria Anisia, 47 annos, preta solteira, entrou em 16 de Agosto de 1909 e foi operada em 20 do mesmo mez.

Laparo-hysterectomia sub-total. Fibromyoma sub-seroso. Peso 8 kylos. Processo Terrier. Sahi curada no dia 18 de Setembro. Sem accidentes.

XLIII

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

Honorã Silva, 35 annos, preta, solteira, entrou para o Hospital em 27 de Setembro de 1909 e foi operada no dia 30 do mesmo mez.

Doente ha 5 annos, começando o tumor do lado esquerdo do ventre. Nullipara. Fez a laparo-hysterectomia sub-total pelo processo de Kelly. Peso do tumor 2500 grammas. Diagnostico: degeneração fibromyomatosa do utero e hemato-kystica do ovario esquerdo e do ligamento largo direito. Não houve accidentes. Sahi curada no dia 22 de Outubro.

XLIV

SERVIÇO DO DR. LYDIO DE MESQUITA

Adelaide F. Nobre, 34 annos, parda, solteira, nullipara, entrou para o Hospital em 28 de Setembro de 1909 e foi operada no dia 2 de Outubro.

Fez a hysterotomia. Peso do tumôr 700 grammas. Sahiu curada no dia 20 de Outubro, sem accidentes.

PROPOSIÇÕES

TRES SOBRE CADA UMA DAS CADEIRAS DO CURSO DE
SCIENCIAS MEDICO-CIRURGICAS

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

O utero é um órgão de paredes espessas e contracteis, destinado a servir de receptaculo ao ovulo após a fecundação.

II

E' mantido em posição por seis ligamentos, dispostos symetricamente: dous lateraes, os ligamentos largos; dous anteriores, os ligamentos redondos; dous posteriores, os ligamentos utero sagrados.

III

Seis são as arterias que nutrem o utero: tres de cada lado, uma arteria principal, a uterina, e duas accessorias, a utero-ovariana e a do ligamento redondo.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

A atresia do orificio do collo uterino serve de obstaculo ao corrimento do liquido menstrual, produz uma dysmenorrhéa ás vezes muito dolorosa, e pode ser uma causa de sterilidade.

II

Nas mulheres que têm tido filhos, o orifício do collo é alargado, o que permite muitas vezes reconhecer pelo toque se a mulher é nullipara ou não.

III

As cauterisações profundas do collo podem ser seguidas de um estreitamento cicatricial do orifício, que torna uma causa de desmenorrhéa e infecundidade.

HISTOLOGIA

I

As paredes do utero são constituídas por tres tunicas superpostas: peritoneal, muscular e mucosa.

II

A tunica muscular forma a quasi totalidade da espessura do órgão e compõe-se de fibras musculares lisas, cujo conjuncto constitue o *musculo uterino*.

III

A estrutura desta tunica não é a mesma no utero em estado de vacuidade e no utero gravido.

BACTERIOLOGIA

I

O *micrococcus gonorrhæe* ou gonococcus de Neisser é o agente específico da blenorrhagia.

II

O gonococcus se propaga muitas vezes aos órgãos genito-urinarios, produzindo cystites, epididymites, metrites, salpyngites.

III

Não se deve responsabilisar somente o *gonococcus* pelas complicações da blennorrhagia; elle vive frequentemente associado ao *staplylococcus*, ao *streptococcus* e ao *coli-bacillo*.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

Os fibromyomas do utero são neoplasmas histologicamente benignos, compostos desegualmente do tecido muscular liso e de tecido conjunctivo.

II

Originam-se sempre do parenchyma uterino, evoluem quer para a cavidade, quer para o peritônio, donde a divisão em intersticiaes, sub-mucosos e sub-serosos.

III

Estão sujeitos a muitas complicações que concorrem para agravar o prognostico.

PHYSIOLOGIA

I

A menstruação é uma hemorragia uterina physiologica, periodica, que apparece na mulher pelo orificio externo dos orgãos da geração, desde o momento em que ella entra na puberdade, até a epoca em que deixa de ser fecunda. Este phenomeno coincide com a maturidade e a ruptura de uma ou de diversões vesiculas de Graaf.

II

As moças das capitaes tem uma mentruação mais precoce que as do campo, e isto depende das condições individuaes e do meio hygienico. A miseria e as privações retardam a primeira erupção menstrual; uma constituição forte, uma alimentação substancial, uma bôa hygiene emfim, a acceleram.

III

Uma vez desaparecidos os phenomenos mens-truaes, a actividade do ovario e o seu volume diminuem; as vesiculas de Graaf desaparecem pouco a pouco da camada ovigéna. Muito embora a aptidão á fecundação tenha tambem desaparecido, a sensação voluptuosa da união sexual persiste.

THERAPEUTICA

I

O opio é o succo espesso das capsulas ao *Papaver somniferum album*.

II

E' empregado como somnifero e sedativo do systema nervoso; analgesico, antispasmodico, tonicardiaco e anti-dyspneico, anexosmotico e modificador das secreções, modificador das trocas nutritivas.

III

E' contra-indicado nos estados inflammatorios e congestivos do systema nervoso central; nos estados adynamicos; nas affecções renaes; no edema do pulmão e dilatação do coração direito; e deve ser manejado com muito cuidado nas creanças.

HYGIENE

I

O ar não tem microbios especiaes; os que nelle vivem proveem do solo, dos corpos dos animaes ou das habitações.

II

As poeiras organicas, quando estão em suspensão, levam consigo grande quantidade de microbios, dos quaes alguns saprophytos e outros pathogenos.

III

E' por essa razão que nas grandes e verdadeiras salas asepticas, o ar que nella penetra, deve passar por uma camada de algodão, affim de que sejam reti-

dos, na sua entrada, os microbios, que do contrario poderiam produzir a infecção nas intervenções cirurgicas.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I

A ausencia do hymen não é incompativel com a virgindade da mulher.

II

A integridade desta membrana não exclue a integridade do coito.

III

Não é facil em taes emergencias, se decidir criteriosamente o medico legista.

PATHOLOGIA GIRURGICA

I

Na genese dos deslocamentos uterinos, o fibromyoma pode entrar como elemento etiologico de grande importancia. Estes deslocamentos se fazem segundo os planos verticaes ou horizontaes. O utero ainda pode virar sobre si, de maneira que o fundo venha proeminar no exterior, fóra dos labios do collo, constituindo a inversão ou invaginação.

II

Os deslocamentos segundo os planos verticaes são chamados desvios e comprehendem as versões e as flexões, conforme o orgão é desviado totalmente ou não; neste ultimo caso somente o corpo é desviado e dobrado sobre o collo. Conforme o desvio se faça para adiante, para traz ou lateralmente, temos a ante-versão ou ante-flexão, retro-versão ou retro-flexão, latero-versão ou latero-flexão.

III

Quando o utero é deslocado em totalidade segundo o plano horizontal, diz-se que ha deslocamento propriamente dito. Este pode se fazer para adiante, para traz, de lado, para cima ou para baixo, e as posições anormaes que resultam são: a ante-posição, a retro-posição, a latero-posição, a elevação e o abaixamento ou prolapso da madre.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

A côxa pode ser amputada acima dos condylos, no terço inferior, na parte media e abaixo do pequeno trochanter.

II

A operação pode ser feita pelos processos: circular, de dous retalhos iguaes; de retalho unico ou de dous retalhos deseguaes.

III

A amputação sende feita no terço inferior, pelo processo de dous retalhos iguaes, a arteria femoral deve ficar no retalho posterior; no terço superior ella deve ficar no retalho anterior; no terço medio. deve ser collocada no retalho posterior, devendo-se fazer neste caso o retalho anterior um pouco externo.

CLINICA CIRURGICA (1.^a CADEIRA)

I

A hysterectomia abdominal pode ser *total*, quando se faz a extracção de todo o utero, ou *sub-total*, quando se extrae somente o corpo do orgão, seccionando-o ao nivel do isthmo e deixando o collo.

II

A não ser nos casos de *cancer*, salvo excepções, deve-se sempre praticar a sub-total.

III

Ella aprésenta sobre a hysterectomia total vantagens numerosas.

CLINICA CIRURGICA (2.^a CADEIRA)

I

A secção dos tendões ou dos musculos é geral-

mente praticada com o fim de corrigir os desvios devidos á retração muscular.

II

Pode ser executada *a céu aberto* ou por via sub-cutanea.

III

A tenotomia sub-cutanea é cega e expõe á ferida dos órgãos que estão na vizinhança dos tendões ou dos musculos a seccionar, mas apresenta a vantagem de deixar traços insignificantes.

PATHOLOGIA MEDICA

I

A lithiase renal nem sempre provoca a colica nephretica, principalmente com os calculos volumosos que não podem passar nos ureterios, e ficam immobilisados nos calices ou encravados no bassinete.

II

Estes calculos immoveis do rim se manifestam ordinariamente por dous symptomas: a dôr e a hematuria.

III

A anuria calculosa tem sido observada, apesar da integridade de um dos rins.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

O diagnostico de tumôres fibrosos uterinos no inicio de sua evolução é muito difficil.

II

Neste periodo, a inspecção, a palpação, a percussão, a auscultação e o toque vaginal não nos dão ensinamentos precisos.

III

Mesmo quando o tumôr fibroso uterino attinge o ultimo periodo de sua evolução, o diagnostico ainda pode tornar-se de grande difficuldade.

CLINICA MEDICA (1.^a CADEIRA)

I

A obliteração permanente do canal choledoco se traduz por um syndroma icterico invariavel, qualquer que seja a causa da obliteração.

II

Este syndroma comprehende a coloração caracteristica da pelle e das mucosas, a presença consideravel de pigmentos biliares nas urinas e o descorramento das materias fecaes.

III

As causas mais frequentes da obliteração são: a ictericia catarrhal prolongada; o *cancer* da ampolla de Vater; o *cancer* primitivo das vias biliares; a compressão das vias biliares por um tumôr da vizinhança: o *cancer* da cabeça do pancreas e os calculos biliares, sendo as duas ultimas as mais cumuns.

CLINICA MEDICA (2.^a CADEIRA)

I

A dyspnéa é o symptoma de mais valôr na bronchite capillar.

II

Ella é o resultado da estreiteza e da obstrução das pequenas ramificações bronchicas pela inflamação da mucosa que se espessa, e pelos productos morbidos, difficultando a passagem do ar e produzindo mesmo a asphyxia.

III

Quando a bronchite capillar vae se terminar favoravelmente, a cura é annunciada pela facilidade da expectoração; os escarros tornam-se mais abundantes, amarellados, viscosos, a febre baixa ou cede e a dyspnéa diminue gradualmente. Mas é preciso desconfiar das remissões, que são ás vezes tempo

rarias e seguidas da recrudescencia da phlegmasia.

MATERIA MEDICA PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

O methodo hypodermico é o meio mais perfeito de assegurar e medir os effeitos dos medicamentos: sua acção é prompta e certa.

II

As substancias empregadas em injeccões hypodermicas são na maioria dos casos substancias solueis. Algumas vezes, entretanto, pode-se injectar medicamentos insolueis.

III

Na preparação das soluções, os vehiculos que dissolvem ou suspendem as substancias injectaveis, devem preencher as condições seguintes: ser tolerados pelos tecidos sub-dermicos; não soffrer alterações que modifiquem a solução; dissolver os corpos activos que se quer injectar ou tel-os em suspensão.

HISTORIA NATURAL MEDICA

1

O ankylostoma é um verme cylindrico de peque-

na dimensão; o maxo mede apenas 6 a 8 millímetros de comprimento; a femea pode attingir a 10 e a 20 millímetros.

II

A bocca deste parasita é notavel pela presença de quatro dentes fortes por meio dos quaes o nematode se prende ao intestino do homem.

III

Ella se abre ao lado da cabeça, particularidade que justifica o nome de ankylostoma, e faz o papel de sugador por meio do qual o parasita se nutre com o sangue do seu hospede.

CHIMICA MEDICA

I

O ar atmospherico é um gaz sem cheiro, sem sabôr, sem *côr*, constituido por uma mistura de oxygenio, azoto, argon, gaz carbonico e vapôres dagua.

II

Pelo oxygenio que contem goza da importante propriedade de sustentar a combustão e de prestar-se aos misteres da respiração.

III

Pode-se obter a liquefação do ar atmospherico perfeitamente constituido. O professor Dewar apre-

sentou em 1892 ao Real Instituto de Londres um calice de ar liquido exposto á pressão ordinaria.

OBSTETRICIA

I

A placenta é o lugar onde se operam as trocas entre a mãe e o feto; estas trocas não se fazem por communicação directa do sangue materno com o sangue fetal, mas unicamente por phenomenos de endosmose e de exosmose.

II

Para que os principios nutritivos contidos no sangue materno possam ser absorvidos ao nivel das villosidades fetaes, é preciso que elles estejam em dissolução.

III

Uma das funcções importantes da placenta, é servir de reservatorio á *materia glycogena* fabricada no organismo fetal, e mesmo produzir esta materia, enquanto o figado não tem adquerido um desenvolvimento sufficiente para preencher esta funcção.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

Os fibromyomas do utero podem constituir em-

baraço á concepção e complicar a prenhez, o parto e o post-partum.

II

Elles deformam o utero, perturbando a acomodação natural do feto e creando apresentações anormaes.

III

Quando assestados no segmento inferior e no collo, têm influencia direcia sobre os phenomenos mecanicos, perturbando os diversos tempos do parto.

CLINICA PEDIATRICA

I

O rachitismo é uma affecção que ataca o systema osseo dos meninos particularmente nos primeiros annos de vida, e ahi provoca um amollecimento seguido de deformações temporarias ou permanentes.

II

Esta affecção ataca todos os ossos, principalmente os de crescimento rapido, os ossos longos.

III

Entre as causas efficientes estão a alimentação defeituosa e as molestias contagiosas.

CLINICA OPHTHALMOLOGICA

I

Nem sempre é facil distinguir as opacidades do corpo vitreo das opacidades do cristallino, e este facto tem determinado erros de diagnostico pela confusão do reflexo cinzento do cristallino que se encontra nas pessoas velhas e nos glaucomatosos, com a catarata.

II

E' preciso então recorrer-se á dilatação da pupilla, levar em consideração o deslocamento da opacidade durante os movimentos do olho e examinar o cristallino com um espelho e uma lente.

III

O oculista, ao examinar um doente de cataracta, deve procurar reconhecer o periodo e o gráo de maturidade em que está a affecção. Intervindo muito cedo expõe-se a deixar massas corticaes que provocam uma cataracta secundaria, muito tarde encontra-se muitas vezes graves difficuldades operatorias, o cristallino pode luxar e a zonula romper-se no curso da operação.

CLINICA DERMATOLOGICA E
SYPHILIGRAPHICA

I

A face é a séde de predilecção das nodosidades

leprosas, muitas vezes precedidas de manchas congestivas telangiectasicas e cujo conjuncto constitue o *facies leonin*.

II

Nos leprosos, não é raro observar-se, em um ou dous pontos, a anesthesia dolorosa e phenomenos de dysesthesia.

III

Parece-nos resultar deste estudo um facto importante: é que o conjuncto das perturbações sensitivas pode constituir um precioso auxiliar para estabelecer um diagnostico nos casos difficeis e anormaes.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

A syringomyelia é uma affecção da medulla espinhal caracterisada anatomicamente pela presença de espaços lacunares na substancia cinzenta.

II

O symptoma constante e especifico consiste em uma dissociação da sensibilidade cutanea, limitada a um membro ou a um segmento do membro.

III

A sensibilidade á dor, ao calor e ao frio, é abolida, havendo, porém, conservação da sensibilidade táctil e do sentido muscular.



*Visto. Secretaria da Faculdade de Medicina da
Bahia, 30 de Outubro de 1909.*

O Secretario,

DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES.

W4
S18
1909

~~Salles~~
Salles, G

G. S. S

