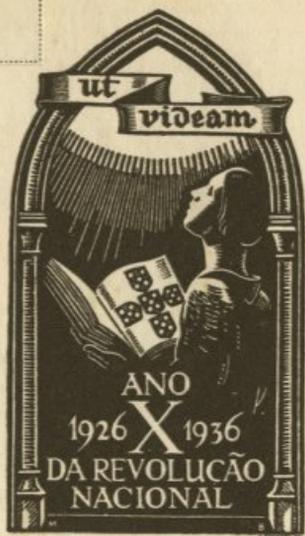


Sala 5  
Gab. —  
Est. 56  
Tab. 8  
N.º 10

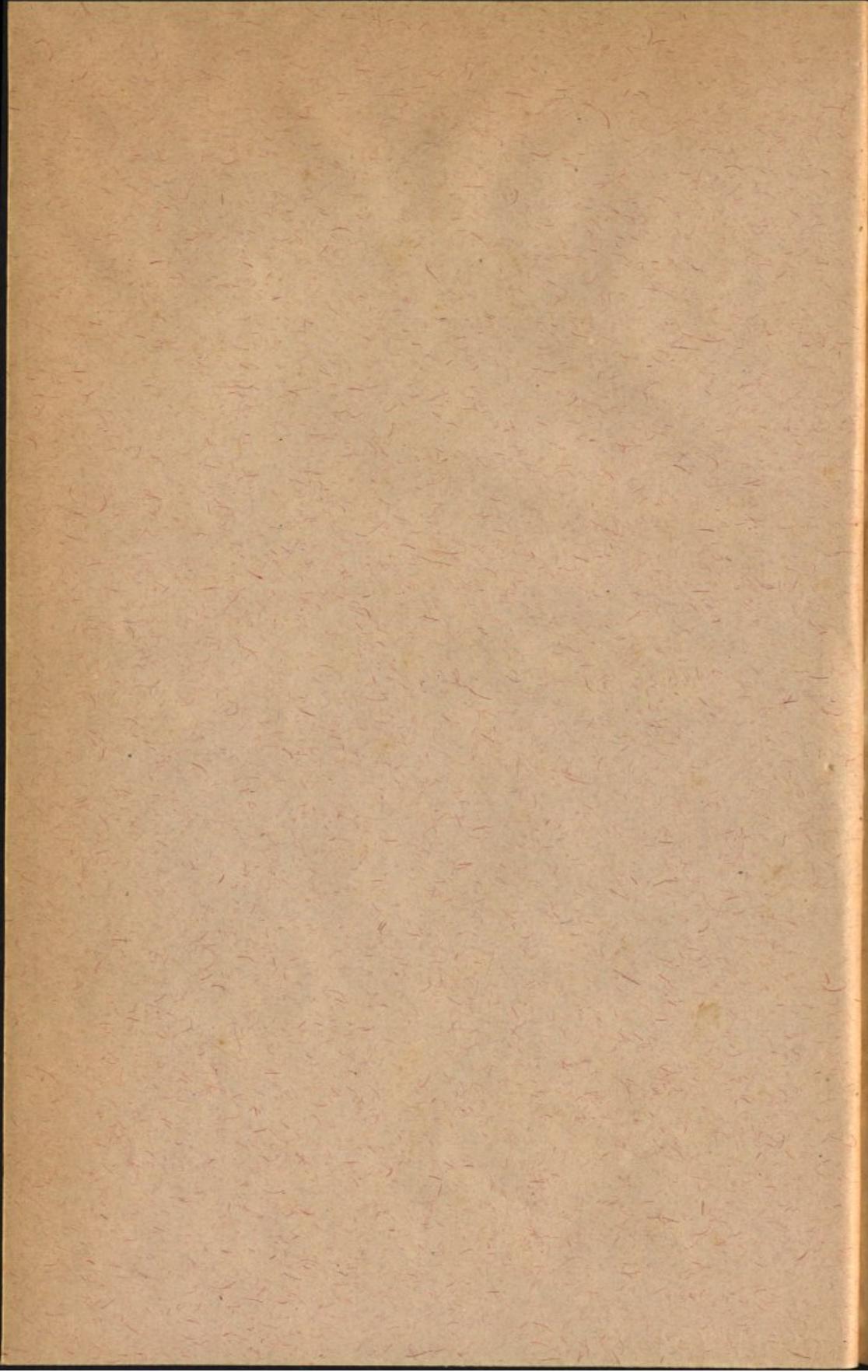


UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
Biblioteca Geral



1301500477

b 24498701



FIBROMYOMĀS UTERINOS

SERGIO CALISTO

Licenciado em Medicina

# FIBROMYOMAS

## UTEROS

### HYSTERECTOMIA

#### UTERO-ANEXA

COMBROS  
UNIVERSITY OF TORONTO  
1910

SERGIO CALISTO

Licenciado em Medicina

# FIBROMYOMAS UTERINOS

HYSTERECTOMIA OU CASTRAÇÃO  
UTERO-ANNEXIAL?



24 MAI. 11

COIMBRÆ  
IMPRESA DA UNIVERSIDADE  
1910

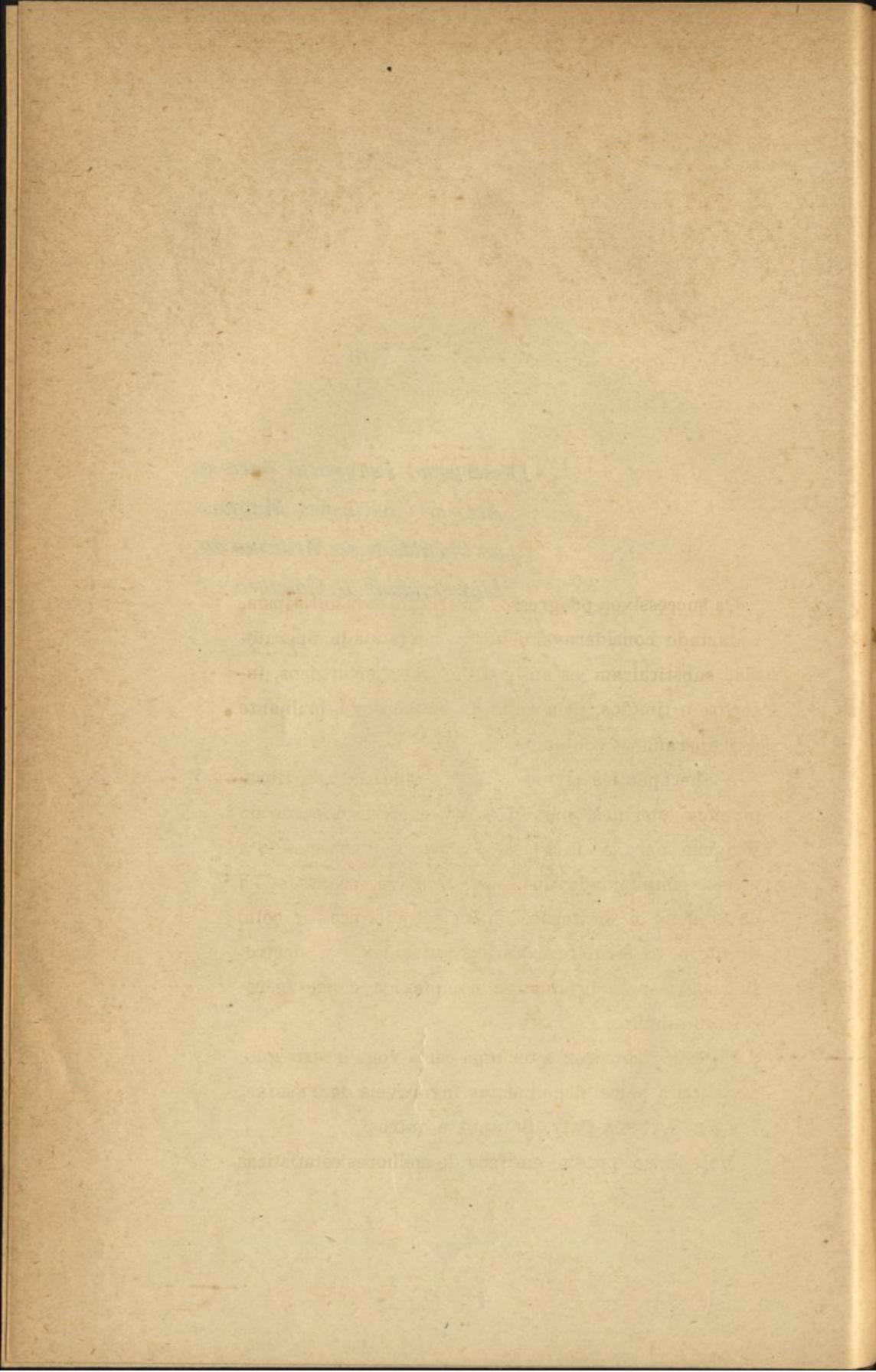
FIBROMYOMAS

UTERINI

o m...  
Magnas  
de  
Cumbria



*Dissertação Inaugural para o*  
*Acto de Conclusões Magnas*  
*na Faculdade de Medicina da*  
*Universidade de Coimbra.*



## PREFACIO

Os successivos progressos da asepsia e da antisepsia, reduzindo consideravelmente a mortalidade operatoria, substituiram os antigos processos c irurgicos, incertos e timidos, pela cirurgia methodica e brilhante dos operadores contemporaneos.

A therapeutica gynecologica applicada aos fibromyomas uterinos, passou afoitamente do dominio da pequena para o da grande cirurgia, abandonando a esteril simplicidade dos seus primitivos recursos — a curetagem, a dilata o e a incis o bilateral do collo do utero, as escarifica es intra-uterinas e a electrotherapia — pela productiva complexidade das opera es mutilantes.

D'estas, come ou a ter uma certa voga a *castra o*, acreditada pelos depoimentos favoraveis de TESSIER, HEGAR, LAWSON-TAIT, BOUILLY e outros.

Mais tarde, por m, em face de melhores estatisticas

e da verificação ulterior dos seus resultados therapeuticos, esta intervenção cirurgica foi perdendo os primitivos credits e o seu emprego ficou reduzido aos casos em que o estado da doente torna perigosa uma intervenção mais radical.

Actualmente reinam em gynecologia, com o attributo de suprema efficacia, as operações de exereses — ou só do neoplasma (*myomectomy*) ou do utero neoplasico (*hysterectomy*).

Divergem as opiniões sobre quem foi o cirurgião que, com diagnostico prévio de fibromyomas e com fim therapeutico assente, effectuou a primeira hysterectomy. Mas, ou fosse KIMBALL em 1853, como dizem uns, ou fosse HEATH em 1843, como affirma BAROZZI, fundado nas especiaes indagações que a tal respeito fez, o que é certo é que a technica da hysterectomy foi, pela contribuição scientifica de muitos, melhorando progressivamente até attingir a perfeição actual, que o professor FAURE didacticamente regista no seu livro «*L'Hysterectomie*».

No que respeita á applicação therapeutica da hysterectomy, ha entre os cirurgiões actuaes divergencias varias, dando uns preferencia á vaginal, votando outros porque se faça sempre a abdominal e, ainda neste ultimo caso, opinando uns pela total e outros pela sub-total.

Mas tambem o dilemma enunciado na interrogação que serve de sub-titulo a este trabalho traz extremados em dois campos os operadores contemporaneos. Querem uns — os conservadores — que sempre que haja de extirpar-se um utero fibromyomatoso se conservem os ovarios, ao menos parcialmente; pretendem outros — os radicaes — que se abranjam sempre os ovarios na exeresse genital, isto é, que em vez da hysterectomia se faça a castração utero-annexial.

Assenta a opinião dos primeiros em que os ovarios são órgãos de secreção interna, que não podem suprimir-se sem grave perigo para a saude das operadas; contestam os segundos esta supremacia funccional e alegam que as intervenções conservadoras são insufficientes e expõem quasi sempre as doentes á necessidade de uma nova operação.

Eu vi operar cirurgiões conservadores e cirurgiões radicaes: d'aquelles — ROUFFART e POZZI; d'estes — VAN ENGELEN, FAURE e SOULIGOUX.

Vi nuns o maximo cuidado em conservar ás doentes uma parcella, ao menos, de tecido ovarico; vi noutros a preocupação constante de eliminar todo esse tecido.

E vi em presença as duas opiniões. Foi no hospital COCHIN, numa das sessões operatorias de FAURE, com assistencia de varios medicos, entre elles DARTIGUES, um gynecologista considerado, com especial educação

anatomo-pathologica e convicto partidario do valor physiologico da secreção interna do ovario. FAURE, como sempre, com a mais elegante e rigorosa precisão, abriu em segundos o ventre da operada; afastou os intestinos, olhou rapidamente, palpou um instante e decidiu-se por uma *degolgação posterior*; seccionou o isthmo e, interrompendo o trabalho operatorio, voltou-se para DARTIGUES e perguntou:

— *Dartigues, sains ou malades, ces ovaires?*

— *Mais tout-à-fait sains!* — exclamou DARTIGUES, deixando transparecer no tom da resposta uma certa estranheza pela duvida de FAURE.

E este, sorrindo-se, pediculou com a mão o ligamento largo e, com uma rapidez que se não descreve, deu uma tesourada á direita, outra do outro lado, e apresentou na mão esquerda o bloco anatomico utero-annexial pendente de uma pinça!

Quem tinha razão? De quem ouvira eu a verdade? Onde vira eu realizado o preceito tecnico de maior vantagem, de mais certo e efficaz alcance? Como procederia eu quando houvesse de hysterectomisar uma fibromyomatosa?

Comprehende-se a minha duvida que é a justificação d'este livro, em que pretendi resolvê-la por meio de uma investigação scientifica serenamente feita, sem

preconceitos de escola, liberto da suggestão visual da elegancia óperatoria que tanto admirei, sem a coacção, emfim, de qualquer sympathia.

Os fibromyomas uterinos deixam os ovarios sem repercussão anatomo-pathologica ?

A castração importa para as operadas uma vida de soffrimento ?

Quando haja de hysterectomisar-se uma fibromyomatosa devem conservar-se-lhe os ovarios ?

Não — foi a resposta que, na minha investigação, colhi para cada um dos tres quesitos que, por sua ordem, correspondem aos tres capitulos em que vae dividido o livro.

E eu enfileirei, modestamente, mas com uma convicção segura, ao lado dos radicaes.

Coimbra, maio de 1910.

*Sergio Calisto.*



## FIBROMYOMATOSE GENITAL

Os fibromyomas uterinos, tumôres benignos, essencialmente constituídos por tecido conjuntivo fibroso e por fibras musculares lisas, occupam, na generalidade dos casos, o corpo do utero, affectando todavia com este orgão relações topographicas que variam conforme o sentido em que, no seu crescimento, mais se desenvolvem.

Originados na espessura das paredes uterinas, — onde frequentemente se conservam e desenvolvem (fibromyomas intersticiaes) —, evolucionam por vezes para a cavidade abdominal (fibromyomas sub-serosos), para a cavidade uterina (fibromyomas sub-mucosos), ou crescem entre os dois folhetos do ligamento largo (fibromyomas intra-ligamentares).

Mas, qualquer que seja a sua séde, qualquer que seja o sentido do seu crescimento, provocam, nas diferentes partes que constituem o aparelho genital interno da mulher, intensas alterações anatomicas e funcionaes.

O utero fibromyomatoso, essencialmente congestivo, determina perturbações circulatorias da pequena

bacia, dando inicialmente origem a uma congestão passiva que se revela pela existencia do chamado varicocello pelvico e de edemas sub-serosos no utero e nos annexos.

As veias da trompa e do ligamento largo tornam-se flexuosas, dilatam-se e ingurgitam-se de sangue, dando ao tacto a sensação de cordões duros analogos ao varicocello do homem. Mais tarde, as arterias, lutando contra a estase sanguinea, tornam-se mais numerosas, hypertrophiam-se á custa dos seus elementos elasticos e contracteis, e á estase venosa inicial junta-se a congestão activa secundaria.

As mucosas uterina e tubar soffrem uma hyperplasia consideravel; o ovario, volumoso e congestionado, edemacia-se no seu estroma e, por excesso de actividade funcional, produz um numero exagerado de kistos folliculares.

Estas lesões, que caracterisam a primitiva phase de evolução dos fibromyomas uterinos, rariissimas vezes se mantem; na maioria dos casos, este typo anatomopathologico primitivo — a hyperplasia — que parece ser o resultado das perturbações circulatorias causadas pelo processo fibromyomatoso, soffre alterações diversas, geralmente devidas a um processo infeccioso secundario.

São estas diferentes alterações, quer primitivas e dependentes do tumôr fibromyomatoso, quer secundarias e tambem dependentes do tumôr, ou mais geralmente de origem infecciosa, que analysarei neste capitulo, expondo successivamente as lesões do utero e dos annexos e relacionando, a seguir, com os dados da anatomia pathologica, um certo numero de signaes que clinicamente traduzem os fibromyomas.

\*

\* \* \*

O utero é de todos os órgãos genitais da mulher aquelle que, durante a evolução dos fibromyomas, soffre mais intensas modificações. Além dos deslocamentos consideraveis a que está sujeito e que variam com a séde inicial e com os acasos do desenvolvimento do tumôr, o utero é, por vezes, sobretudo no caso de grandes fibromyomas intersticiaes, completamente envolvido e deformado pelo processo fibromyomatoso (BOURSIER).

As paredes uterinas soffrem, seja qual fôr a situação dos tumôres fibromyomatosos, uma hypertrophia, associada a um enorme desenvolvimento vascular; a cavidade uterina, consideravelmente augmentada, attinge por vezes, embora excepcionalmente, 20 centímetros de comprimento.

A estas modificações que facilmente se reconhecem pelo exame macroscopico, correspondem outras, que unicamente se revelam á analyse histologica e que desempenham um papel consideravel na pathogenia das annexites: — são as lesões da mucosa.

As modificações histologicas da mucosa uterina das fibromyomatosas podem apresentar-se sob dois aspectos inteiramente diversos, correspondendo a dois

..

typos anatomo-pathologicos nitidamente distinctos — o *typo hypertrophico* e o *typo atrophico*.

Na fórma *hypertrophica*, a mucosa apresenta-se consideravelmente augmentada na sua espessura que oscilla geralmente entre 5 e 8 millimetros (1). Excepcionalmente lisa, tem, na maioria dos casos, um aspecto irregular devido a pequenas saliencias que correspondem ás glandulas consideravelmente augmentadas de volume. Estas, manifestamente hypertrophizadas, multiplicam-se, e como consequencia d'esta hyperplasia que lhes difficulta o alojamento no estroma, comprimem-se, tornando-se sinuoso o seu trajecto primitivamente rectilineo.

O tecido conjunctivo intersticial é tambem a séde d'uma hyperplasia analogá á que se passa no aparelho secretôr. Os capillares, mais numerosos do que normalmente, mostram-se geralmente dilatados, flexuosos, ingurgitados de sangue; as suas paredes, quando se alteram, — o que só excepcionalmente acontece —, dão logar a hemorragias intersticiaes nas camadas superficiaes da mucosa (2).

As cellulas da camada epithelial participam tambem da hypertrophia dos outros elementos da mucosa; augmentadas de volume, encerram nucleos circulares e maiores do que normalmente.

---

(1) Num caso referido por DEMONS (citado por J. ROCHE, *La muqueuse utérine des fibromateuses*. Bordeaux, 1903, pag. 23) a mucosa uterina attingia um centimetro de espessura.

(2) VON CAMPE e ROCHE (obr. cit., pag. 26) referem em algumas das suas observações, a existencia de pequenos focos hemorragicos separados da cavidade uterina pelo revestimento epithelial da mucosa.

Na fôrma *atrophica* o revestimento epithelial é constituído por cellulas de minimas dimensões, sensivelmente cubicas, com nucleos normaes. As glandulas, muito pouco numerosas, constituídas por cellulas de pequeno volume, estão comprimidas. A atrophia attinge tambem o tecido intersticial que, por vezes esclerosado, é atravessado por numerosos vasos de calibre apertado e cujas paredes são egualmente a séde d'um processo de esclerose.

A natureza d'estas modificações da mucosa, do mesmo modo que as suas relações com a séde dos tumôres fibromyomatosos, é discutida em quasi todos os trabalhos publicados sobre o assumpto.

Em 1878, Gusserow (1), verificando na quasi totalidade dos uteros fibromyomatosos augmento de espessura, congestão e edema da mucosa, sobretudo nitidos nas regiões afastadas da séde dos tumôres fibrosos, filiava estas differentes modificações num processo inflammatorio devido á irritação produzida pelo neoplasma.

No mesmo anno WYDER (2), descrevendo a hyperplasia glandular sob o nome de «adenoma diffuso» parecia não a attribuir a um processo inflammatorio. Todavia, alguns annos depois, (1887), este mesmo autôr concluia, analogamente ao que em 1884 affirmava VON CAMPE (3), que as modificações hyperplasicas

---

(1) GUSSEROW, citado por J. ROCHE, pag. 3.

(2) WYDER, *Die mucosa uteri bei myomen*, citado por SAINTOT, *L'endométrite et les lésions annexielles de la fibromyomatose utérine*. Paris, 1906, pag. 9.

(3) VON CAMPE, *Über das verhalten des endometriums bey*

eram devidas a uma inflamação chronica do endometrio.

WYDER descrevia sob o nome de «endometrite glandular» a hyperplasia do aparelho secretôr da mucosa e sob a denominação de «endometrite intersticial» as lesões do tecido conjunctivo inter-glandular.

Para elle, o typo anatomo-pathologico constituido dependia essencialmente da séde do tumôr fibroso: — «Quanto mais espessa fôr a parede que separa a cavidade uterina do fibromyoma, tanto mais intensa será a proliferação glandular e tanto menores serão as alterações do tecido conjunctivo intersticial. Quanto mais proximo da mucosa uterina estiver o nucleo fibromyomatoso, tanto maior será a proliferação do tecido conjunctivo intersticial; esta proliferação inter-glandular não attinge as glandulas; estas, geralmente intactas, podem, em alguns casos, encontrar-se atrophadas».

As lesões atrophicas eram filiadas por WYDER num processo de esclerose analogo ao que se produz no tecido uterino para constituir a capsula cellulosa do fibromyoma.

CORNIL (1), insurgindo-se contra estas conclusões de WYDER, e considerando as lesões da mucosa como absolutamente independentes da séde do neoplasma, affirmava todavia a natureza metritica d'estas alterações.

---

*myomen*, citado por BOURSIER, *Précis de Gynécologie*, 1903, pag. 507.

(1) CORNIL, *Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites et du cancer de l'utérus*. Paris, 1889, pag. 54.

RUGE (1), PAUL PETIT (2), LÉOPOLD (3) e CURATULO (4), confirmando a opinião de WYDÉR sobre a natureza inflamatória das lesões da mucosa, affirmavam também que, nos fibromyomas sub-serosos ou intersticiaes, as modificações da mucosa uterina consistiam essencialmente numa hyperplasia intersticial e sobretudo glandular; nos tumôres que cresciam para a cavidade uterina, o tecido intersticial e glandular, atrophiado na região do neoplasma, era a séde d'uma manifesta hypertrophia em todos os pontos afastados.

Vê-se portanto que, até 1891, em todos os trabalhos publicados sobre o assumpto, se affirmava a natureza inflamatória das lesões do endometrio; neste mesmo anno, porém, SCHMAL (5) baseando-se no estudo de 15 uteros fibromatosos provenientes da clinica do prof. TREUB, concluia que, sendo a hypertrophia diffusa da mucosa uterina *um estado pathologico independente das inflamações do endometrio*, a denominação de endometrite até ahi consagrada devia ser substituida pela de «hypertrophia da mucosa»; e, referindo-se á influencia da séde do neoplasma sobre as modificações da mucosa, concluia, analogamente aos seus predecesores, que nos fibromyomas sub-serosos ou intersticiaes, a mucosa, por vezes normal, se apresentava num

---

(1) RUGE, citado por J. ROCHE, pag. 4.

(2) PAUL PETIT, *Diagnostic histologique des curettages utérins*. Paris, 1890, pag. 30.

(3) LÉOPOLD, citado por SAINTOT, pag. 10.

(4) CURATULO, *Ricerca istologica e considerazioni cliniche sulle alterazioni della mucosa uterina nei tumori della matrice*. *Annali di ostetricia e ginecologia*, 1891, n.º 1 e 2.

(5) SCHMAL, *L'anatomie pathologique de l'endométrium*. *Archives de tocologie et de gynécologie*, 1891, T. XXIII.

grande numero de casos levemente hypertrophiada ; e que nos tûmôres fibrosos que attingiam a cavidade uterina, a mucosa, atrophiada na parte correspondente ao tumôr, se mostrava hypertrophiada no resto da sua extensão.

Como explicar esta enorme divergencia entre as conclusões de SCHMAL quando nega a natureza inflammatoria das lesões do endometrio e as affirmações categoricas de todos os seus predecessores? A meu vêr, a razão está em que, como foi admiravelmente demonstrado por SEMB, MARCHEZI, RIZZUTI e ainda ultimamente por J. ROCHE, além do processo fibromyomatoso que produz modificações independentes de qualquer estado inflammatorio, existem outras causas capazes de, por seu turno, modificar tambem a mucosa uterina e de imprimir ás lesões iniciaes um caracter puramente inflammatorio. Os resultados das observações de SEMB são, a tal respeito, absolutamente demonstrativos.

Para este autôr (1) existe uma alteração primitiva e caracteristica, unicamente dependente da existencia do neoplasma, — a hyperplasia glandular e conjunctiva, — já assignalada pelos seus predecessores. Todavia, este typo inicial pôde alterar-se secundariamente. Todas as causas susceptiveis de anemiar a mucosa (compressão exercida pelo tumôr sobre a mucosa, sobre os vasos e nervos da região lesada, mudança de posição do utero) podem transformar a fôrma primitiva numa fôrma secundaria, sem apparencia inflammatoria — a

---

(1) SEMB, *Über das verhalten der uterusschleimhaut bey myom*, citado por J. ROCHE, pag. 8.

atrophia pura e simples da mucosa. Em algumas das suas observações, SEMB, á semelhança de WYDER, encontrou nesta fórma atrophica e só excepcionalmente na fórma hypertrophica, vestígios d'uma inflamação antiga, que attribua a um processo inflammatorio secundario de origem exterior.

Esta concepção de SEMB é, como faz notar ROCHE, aquella que melhor explica o polymorphismo anatomopathologico da mucosa dos uteros fibromatosos.

Com effeito, nos fibromyomas afastados da cavidade uterina encontrar-se-ha a lesão primitiva — a hyperplasia conjunctiva e glandular — enquanto não sobrevier uma causa proveniente do exterior ou do proprio utero que altere este typo inicial.

Se a causa secundaria fôr de natureza infecciosa, as lesões inicialmente observadas, com manifesta tendencia para a fórma atrophica, apresentarão todos os caracteres d'um processo inflammatorio.

Nos fibromyomas volumosos, fazendo saliencia na cavidade uterina, o typo primitivo será com probabilidade alterado, quer por influencia da compressão do tumôr, produzindo atrophia simples, quer por influencia d'uma inflamação exogena, produzindo atrophia com esclerose. «Nesta ultima hypothese, diz ROCHE (1) a atrophia pôde generalizar-se a toda a mucosa, mas pôde tambem apresentar o seu maximo de intensidade no ponto em que esta, anemiada pela compressão que sobre ella exerce o neoplasma, offerecer um terreno mais favoravel á infecção».

---

(1) ROCHE, obr. cit., pag. 10.

Os trabalhos de MARCHESI (1) confirmam as conclusões de SEMB.

Da analyse de 14 uteros fibromatosos MARCHESI conclue que :

1) — A presença d'um fibromyoma ou a degenerescencia fibromyomatosa do utero produz na mucosa uterina alterações simplesmente hyperplasicas ou hypertrophicas, que affectam principalmente as glandulas, sem contudo poupar o tecido conjunctivo intersticial. *O aspecto da mucosa não pôde de modo algum ser comparavel ao da endometrite chronica.*

2) — A inflamação que acompanha por vezes estas alterações manifesta-se principalmente no limite inferior da mucosa e é, com toda a probabilidade, devida a uma causa infecciosa secundaria.

3) — Os fibromyomas sub-mucosos produzem inicialmente, e antes de se tornarem endocavitarios, alterações semelhantes ás que se observam nos fibromyomas intersticiaes; todavia, pela compressão que exercem na mucosa visinha, transformam secundariamente o typo hypertrophico num typo atrophico. As regiões afastadas do tumôr conservam a fórma hypertrophica. Quando os tumôres fibrosos passam ao estado de polypos e tenham dilatado o orificio do collo para penetrar na vagina, a sua porção externa adquire um epithelio de revestimento analogo ao do focinho de tenca. Estes polypos, mais do que quaesquer outros tumôres, estão sujeitos á influencia de causas inflammatorias provenientes do exterior e que vão consecutivamente contribuir para modificar o typo inicial das lesões.

---

(1) MARCHESI, *Le alterazioni del endometrio nei casi di fibromiomi del utero. Ann. di ost. e gin.*, 1894, n.º 12.

Em 1898 RIZZUTI (1), na memoria que publicou sobre as alterações da mucosa uterina das fibromatosas, considera igualmente a proliferação do tecido conjuntivo e das glandulas como primitiva, podendo todavia ser posteriormente alterada por simples compressão ou por infecção exogena.

Com os trabalhos de SEMB, MARCHESI e RIZZUTI parecia estar finalmente reconhecida a natureza das alterações da mucosa uterina nos fibromyomas. As modificações hyperplasicas ou hypertrophicas primitivas eram consideradas como a consequencia de alterações nutritivas (congestão) da mucosa em relação intima com o processo fibromyomatoso; a inflamação, quando existia, reputava-se um epiphenomeno, uma simples causa secundaria, que teria como resultado necessario e immediato a alteração do typo hypertrophico ou hyperplastico primitivo.

Todavia, em 1900, surge a these inaugural de CLAISSE (2), em que o autôr, baseando-se em 24 casos que observara, contesta as conclusões de SEMB, MARCHESI e RIZZUTI, affirmando a origem inflammatoria das lesões da mucosa. Descrevendo successivamente o typo anatomo-pathologico caracterisado pela hypertrophia da mucosa e a fórma atrophica, o autôr affirma que no primeiro caso, — o que mais frequentemente se observa —, a mucosa é espessa, as glandulas dilatadas, e o epithelio glandular activamente proliferante; a camada epithelial cylindrica é substituida por varias camadas de cellulas cylindricas; o tecido conjuntivo

(1) RIZZUTI, *Ricerche istologiche sulla mucosa uterina nei fibromiomi*. *Arch. ital. de ginec.*, abril, 1898.

(2) CLAISSE, *Développement des fibromyomes*. Paris, 1900.

interglandular é invadido por *cellulas redondas inflammatorias*. Os vasos de pequeno calibre teem aspecto normal, mas em alguns casos, em que as alterações são comparaveis ás lesões da endometrite hemorragica, adquirem dimensões exageradas.

A *fórma atrophica*, menos frequente, e que deve ser considerada como alteração secundaria do typo hypertrophico primitivo, é, segundo CLAISSE, essencialmente caracterizada pela existencia d'um processo inflammatorio chronico, esclerosante. Neste caso, a mucosa, reduzida a minima espessura, é pouco vascularizada e não infiltrada por *cellulas redondas*. Os vasos são envolvidos por tecido fibroso. «Em resumo, diz CLAISSE, no primeiro typo encontram-se lesões de endometrite; no segundo, lesões de esclerose. O primeiro é um utero inflamado; o segundo é um utero escleroso».

SAINTOT (1), na sua these publicada em 1906, perfilha esta opinião de CLAISSE e affirma o caracter inflammatorio das lesões da mucosa, que, e não obstante a ausencia de microorganismos, reproduzem os traços essenciaes das alterações descriptas por todos os autôres sob a denominação de endometrite.

As lesões por elle observadas no tecido conjunctivo intersticial da mucosa consistem essencialmente numa *infiltração intensa por cellulas que apresentam todos os caracteres dos elementos embryonarios* e que formam grupos nitidamente distinctos. Estas modificações primitivas evolucionam para uma fórma mais diferenciada, apparecendo posteriormente, em diversas re-

---

(1) SAINTOT, obr. cit., pag. 22.

giões, cellulas ramificadas que, em transições insensíveis, se approximam do typo histologico das cellulas embryonarias inicialmente observadas. Os capillares, mais numerosos e dilatados, dão logar a pequenas hemorragias que attingem a cavidade uterina, quer directamente, quer seguindo os canaes excretôres das glandulas. Por vezes tambem, os capillares, cujas paredes, adquirindo maior espessura, soffrem um processo de esclerose, obliteram-se completamente.

Além d'estas modificações observam-se ainda frequentemente numerosos exsudados serosos e sero-albuminosos.

«O conjuncto de todas estas lesões do tecido conjunctivo interglandular caracteriza nitidamente a endometrite intersticial» (SAINTOT).

Entre as lesões do aparelho glandular o autôr descreve a hypertrophia e a multiplicação das glandulas, a proliferação do revestimento epithelial e a hypersecreção; e, depois de considerações diversas, termina por affirmar que todas as modificações do aparelho secretôr correspondem nitidamente á descripção classica da endometrite glandular.

As lesões hyperplasicas e hypertrophicas das glandulas e do tecido conjunctivo intersticial deverão portanto ser consideradas segundo SAINTOT, não como o producto de alterações nutritivas produzidas pelo neoplasma, mas unicamente como a resultante d'um processo inflammatorio, a *endometrite mixta sub-aguda*.

Conhecidas as transições insensíveis que ligam a fórma hypertrophica ou hyperplastica á fórma atrophica, elle considera estes dois typos anatomo-pathologicos como phases diversas na evolução do mesmo processo morbido: — á *infiltração embryonaria que*

*caracterisa o typo inicial, hypertrophico, succede a endometrite esclerosante que caracteriza o typo secundario, atrophico.*

Sem querer contestar as observações de CLAISSE e de SAINTOT, julgo todavia que os uteros por elles observados eram já a séde d'um processo inflammatorio secundario que tinha manifestamente alterado as lesões iniciaes. Com effeito, a affirmação categorica de ROCHE (1), quando diz que nada revela na mucosa uterina a existencia d'um processo inflammatorio; a ausencia completa, nos uteros cuidadosamente observados por este autôr d'essa abundante infiltração embryonaria que caracteriza uma inflamação aguda, e de tecido cicatricial de esclerose que caracteriza a inflamação chronica, parece-me sufficiente para regeitar as conclusões de CLAISSE e de SAINTOT.

Que os autôres que teem estudado as lesões da mucosa uterina tenham observado, por vezes, e até com bastante frequencia, vestigios d'um processo inflammatorio, comprehende-se. O utero fibromatoso, pelas alterações caracteristicas da sua mucosa, é um terreno favoravel á infecção. E se assim é, as lesões primitivas serão, na maioria dos casos, alteradas por causas infecciosas secundarias. Mas, depois das affirmações d'aquelles que, em dezenas de observações rigorosamente feitas, conseguiram verificar a existencia d'essas lesões de hyperplasia primitiva sem character inflammatorio, como affirmar que se trata d'uma endometrite?

Não; para mim, a mucosa uterina das fibromatosas não apresenta inicialmente lesões inflammatorias; estas,

---

(1) ROCHE, obr. cit., pag. 29.

quando existem, — o que frequentemente acontece —, são secundarias e exclusivamente devidas a causas independentes do fibroma.

○ Admittindo portanto com ROCHE que a lesão inicial — a hyperplasia — é independente d'um processo inflammatorio, e unicamente de causa congestiva, accrescentarei todavia que esse typo primitivo favorece consideravelmente o desenvolvimento d'uma endometrite secundaria.

Existe portanto uma hyperplasia primitiva, não inflammatoria, caracteristica do processo fibromyomatoso. Este typo primitivo é, como affirma DANIEL (1), resultante da alteração vascular, da congestão, provocada pelo neoplasma. A fórma atrophica é sempre secundaria; por vezes a simples compressão que o tumôr exerce é sufficiente para a produzir; mas, na maioria dos casos, resulta d'uma inflamação secundaria.

\*

\*

\*

As trompas, num certo numero de casos macroscopicamente sãs ou simplesmente congestionadas, são tambem a séde de lesões microscopicas analogas ás da

---

(1) CONSTANTIN DANIEL, *État des annexes dans les fibromes utérins*. *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, março de 1903.

mucosa uterina. Na ausencia de glandulas, a hyperplasia attinge unicamente o estroma, cujas numerosas franjas, excessivamente desenvolvidas, obliteram completamente o orificio tubar. A este estado hyperplastico da mucosa junta-se, e não raramente, a hyperplasia do tecido muscular e o augmento consideravel de espessura das paredes dos vasos tubares, que se encontram volumosos e ingurgitados de sangue.

Estas lesões são principalmente nitidas na porção intra-uterina da trompa; é que, na realidade, não só pela sua visinhança com a mucosa uterina, mas tambem e principalmente por occupar a espessura da parede do utero, ella deverá resentir-se, mais profundamente do que o segmento extra-uterino, da influencia do processo fibromyomatoso.

Nos fibromyomas intersticiaes, que augmentam consideravelmente a espessura das paredes uterinas, esta porção intersticial, que por vezes se encontra completamente obliterada, attinge frequentemente um comprimento notavel, chegando a medir o duplo ou o triplo do normal (1).

Este typo primitivo — a hyperplasia do estroma e do tecido muscular — rarissimas vezes se observa no estado de pureza que acabei de descrever. Na maioria dos casos, e analogamente ao que se dá com a mucosa uterina, a esta primitiva fôrma pathologica juntam-se

---

(1) GRECO (*Le alterazioni degli annessi nei fibromiomi dell'utero*. Palermo, 1899, pag. 10, observ. 3) refere um caso em que o segmento intersticial da trompa media 4 centimetros de comprimento.

alterações diversas indubitavelmente devidas a um processo inflammatorio secundario proveniente do exterior (1).

Divergentes são as opiniões sobre a via de infecção.

No seu tratado de gynecologia POZZI (2), referindo-se á propagação do processó inflammatorio, invoca, para a sua explicação, a continuidade utero-tubar.

«Para bem comprehender a solidariedade existente entre o utero e as trompas é necessario não esquecer que a origem embryonaria d'estes orgãos é commun. Ao fim do segundo mez da vida intra-uterina, os canaes de MÜLLER, fundidos inferiormente para formar

---

(1) D'ANNA, num artigo sobre lesões das trompas nos tumôres do utero (Nota prev. POLICLINICO, abril, 1896), nega a influencia da endometrite na producção das alterações das trompas, com o fundamento de que, na maioria dos casos, as lesões tubares são simplesmente unilateraes, ao contrario do que se daria se fossem devidas á propagação da infecção uterina.

A meu vêr e analogamente ao que affirma GRECO (obr. cit., pag. 116), o facto de serem, por vezes, unilateraes as lesões tubares não é sufficiente para excluir a hypothese da contaminação das trompas pela infecção do endometrio. MARTIN, citado por GRECO, em 1484 casos de salpingite acompanhada de endometrite, verificou que, em 520-casos as lesões inflammatorias attingiam as duas trompas, em 548 casos só a trompa esquerda estava alterada, e em 441 casos era a trompa direita a única lesada. Mas, sem recorrer a estas observações de MARTIN, quantos casos não conhecemos nós de metrite gonococcica acompanhada de lesões unilateraes da trompa? De nenhum valor é pois a objecção de D'ANNA.

(2) POZZI, *Traité de gynécologie*, 1907, pag. 791.

o utero e a vagina, conservam-se inteiramente distinctos na sua parte superior para constituir as trompas. Ha uma continuidade immediata entre as tunicas d'estes differentes orgãos, d'onde a possibilidade d'uma salpingite ascendente consecutiva á metrite, do mesmo modo que existe uma pyelite ascendente consecutiva á cystite inveterada».

Esta fórmula de propagação por invasão da contiguidade, egualmente sustentada por QUÉNU, TERRIER, ROUTIER, TRÉLAT, TERRILLON e tantos outros, é, a meu vêr, a que menos frequentemente se dará na fibromyomatose uterina, visto que, como affirma GRECO (1), a porção intersticial da trompa se encontra, na maioria dos casos, completamente obliterada. Sendo assim, e não podendo rejeitar a existencia d'uma verdadeira diffusão do processo inflammatorio, d'uma invasão progressiva na continuidade estructural, que será facil quando a obliteração da trompa não fôr completa, julgo todavia que, na grande maioria dos casos, é por via lymphatica que se propaga á trompa a infecção que acompanha os fibromyomas uterinos.

Tal era tambem a opinião já em 1870 sustentada por LUCAS CHAMPIONNIÈRE. Tal é ainda a fórmula de propagação admittida por GRECO, GARTNER, GIGLIO, REYMOND e outros (2).

Por vezes a salpingite é simplesmente catarral.

---

(1) GRECO, obr. cit., pag. 56.

(2) Vej. os trabalhos de POIRIER sobre o papel dos lym-

A mucosa tubar, inicialmente hyperemiada, é séde d'uma intensa infiltração embryonaria, nitida sobretudo na porção intra-uterina da trompa. Na porção extra-uterina as prégas da mucosa augmentam de numero e de volume; em muitos casos o epithelio perde as celhas vibrateis; a serosa peritoneal augmenta consideravelmente de espessura. A trompa, frequentemente englobada em adherencias que a fixam em posição anormal, torna-se volumosa, flexuosa e congestionada. O pavilhão, inflamado, perde a nitidez das suas franjas que se agglutinam sem ordem aparente e, em alguns casos, adherem intimamente ao ovario. Por vezes tambem, embora mais raramente, e não obstante a inflamação de que é séde, a trompa, longe de engrossar, adelgaça-se e torna-se mais comprida, em resultado das trações exercidas pelos fibromyomas com evolução abdominal (1).

Algumas vezes tambem, observam-se na superficie externa da trompa pequenas nodosidades, mais numerosas e nitidas nas proximidades das paredes uterinas, frequentes vezes adherentes ao epiploon e a ansas intestinaes, de côr geralmente branca, de aspecto fibroso e encerrando um liquido seroso, mais raramente purulento. É a variedade *nodulo-kistica* da salpingite.

---

phaticos nas inflamações uterinas. — (*Progrès Méd.*, 1889 n.º 47, pagg. 491 e 492; n.º 48 pag. 509; n.º 49, pag. 527; n.º 52, pag. 590; — 1890, n.º 3, pagg. 41 e 42 e n.º 4, pag. 56). Vej. tambem a recente these de MARCILLE sobre *lymphaticos e ganglios ilio-pelvicos*. Paris, 1902.

(1) FABRICIUS, citado por GRECO (obr. cit., pag. 32), refere um caso em que a trompa media 23 centimetros de comprimento.

REYMOND (1) descreve estes nodulos como lesões primitivas e unicamente devidas ao processo fibromyomatoso. Todavia GRECO, que nas suas 20 observações não conseguiu encontrar esta forma anatomo-pathologica, affirma que ella depende essencialmente do processo inflammatorio secundario. É esta tambem a opinião de CHIARI, SCHAUTA e JAYLE, que a attribuem, na maior parte dos casos, a infecção blennorrhagica (2).

Além da salpingite catarral, acompanhada ou não de alterações nodulo-kisticas, observa-se tambem, por vezes, a salpingite purulenta aguda, a pyosalpingite, a hydrosalpingite e a hematosalpingite.

*A salpingite purulenta aguda rarissimas vezes se*

---

(1) REYMOND, *Contribution à l'étude de la bacteriologie et de l'anatomie pathologique de la salpingo-ovarite*. Paris, 1895.

(2) GRECO, FABRICIUS, PROCHOWNIK e outros, assignalam ainda, além d'estas alterações nodulo-kisticas, a existencia de tumôres fibrosos que, embora excepcionalmente, pôdem attingir consideraveis dimensões.

A sua pathogenia é ainda bastante discutida. Emquanto alguns, com ROBERT BARNES, sustentam serem estes tumôres devidos á emigração dos fibromyomas uterinos, outros, com SIMPSON, baseando-se na presença de tecido muscular na trompa, sustentam a sua existencia independentemente do processo fibromyomatoso uterino. E na realidade, se casos ha em que o fibromyoma é originario do utero, outros se tem

encontra, poisque, se, como diz Pozzi (1), na ausencia de fibromyomas uterinos, ella dá necessariamente logar, pela difficuldade com que o pús se escôa pelo orificio uterino da trompa inflamada e pela rapida obliteração do ostium abdominal, á pyosalpingite, de presumir será que, durante a evolução dos tumôres fibromyomatosos do utero, pela hyperplasia da mucosa, pela infiltração do estroma e ainda e principalmente pela compressão exercida pelo neoplasma sobre a porção intersticial da trompa, — causas estas que produzem não só a diminuição do calibre do canal tubar, mas até e não raramente a obliteração completa do canal, — ella dê logar, com maioria de razões, a uma collecção purulenta (2).

Assim constituida, a pyosalpingite — affecção tubar

---

visto de tumôres da trompa sem ligação alguma com a fibromyomatose uterina e até mesmo na ausencia de tumôres do utero.

(1) Pozzi, obr. cit., pag. 809.

(2) Para REYMOND (obr. cit., pag. 51) a obliteração do ostium uterino não é necessaria para que se produza a pyosalpingite. Em 94 casos de salpingite purulenta enkistada, observados por este autôr, só uma vez existia a obliteração completa do canal tubar. MARTIN perfilha tambem esta opinião. GRECO objecta ás observações e á conclusão de REYMOND que é, não na porção extra-uterina da trompa, como fazia este autôr, que se deverá procurar a oclusão, mas sim no segmento intra-uterino. Com effeito, nas suas numerosas observações, GRECO verificou, ao lado d'uma perfeita permeabilidade da porção extra-uterina da trompa, a obliteração completa do segmento intra-uterino. Quando a obliteração não fôr completa póde, é certo, existir uma pyosalpingite, mas então trata-se da chamada *salpingite profluente*, que precede a salpingite enkistada definitiva.

que mais frequentemente acompanha os fibromyomas uterinos (1), — attinge, por vezes, consideráveis dimensões. Geralmente unilateral esquerda, mais raramente bilateral (2), occupa, na maioria dos casos, os dois terços externos da trompa.

«Logo que, pela destruição espontanea dos germens, o trabalho phlegmasico estaciona, a pyosalpingite, analogamente ao que se dá com os abscessos frios, transformar-se-ha numa collecção serosa, por uma especie de *clarificação do pús*, cujos elementos solidos se depositam sobre as paredes, ao passo que a parte serosa augmenta».

D'este modo, como consequencia da pyosalpingite, se constituem, segundo POZZI, a maior parte das hydrosalpingites.

Alguns autôres todavia, e ainda ultimamente POMPE VAN MEERDERWORT (3) e ROLLAND (4), pensam que a

---

(1) CONSTANTIN DANIEL (*Revue de gyn. et de chir. abdominale*, março de 1903) reuniu 20 casos de fibromyomas acompanhados de pyosalpingite.

Observações numerosas teem sido tambem publicadas por HALL, MIZUCH, RUSSEL, MONLONGUET, MARTIN, DEVAUX, OUI, JESSET, etc.

Durante o tempo em que segui a clinica gynecologica do Prof. ROUFFART (Bruxellas) tive tambem occasião de observar dois casos de tumôres fibrosos do utero acompanhados de pyosalpingite esquerda.

(2) DEVAUX, *Lésions des annexes durant l'évolution des fibromes utérins*. Paris, 1903, observ. 35, pag. 86.

(3) POMPE VAN MEERDERWORT, *Rev. de gyn. et de chir. abdominale*, 1901, n.º 4, pag. 589.

(4) ROLLAND, *Des processus pathologiques non infectieux des annexes et du bassin chez la femme*. Paris, 1907, pag. 38.

hyperemia da mucosa tubar, com simultanea obliteração do *ostium uterino*, — modificações que frequentemente se dão nos fibromyomas uterinos, — são condições pathogenicas bastantes para a hydrosalpingite.

POZZI, e com elle a maioria dos autôres, julgam, porém, que nos poucos casos em que a hydrosalpingite não é o resultado d'uma collecção purulenta enkistada anterior, é condição necessaria para que esta collecção serosa se constitua a intervenção d'uma intensa hypersecreção catarral da mucosa tubar, por vezes talvez de origem simplesmente congestiva, mas, na maioria dos casos, de natureza inflamatória.

A hydrosalpingite pôde ser, como a pyosalpingite, unilateral (casos de MERMET, BERNARD, MARTIN e WOOD) ou bilateral (casos de WHEMER, CHIARLEONI e SIMS).

A hematosalpingite, que por vezes acompanha os fibromyomas uterinos (1), parece ser, na maioria dos casos, a consequencia d'uma infecção ascendente da trompa.

Obliterado o *ostium uterino* e obliterado tambem o *ostium abdominal*, a destruição das paredes dos vasos tubares por influencia do processo inflamatório ou por torção da extremidade interna da trompa dá logar a uma pequena hemorragia, que terá como resultado necessario e immediato a formação d'uma collecção sanguinea enkistada e definitiva.

---

(1) DEVAUX, obr. cit., observ. 7 e 16 e CONSTANTIN DANIEL, obr. cit., observ. 36 e 37.

Todavia, se é certo que, num grande numero de casos, a hematosalpingite é o resultado d'uma infecção ascendente, é necessario admittir tambem que, por vezes, esta collecção sanguinea é de origem puramente congestiva.

Acontece, com effeito, que durante o periodo menstrual se dá na trompa uma extravasação sanguinea analoga á da mucosa uterina. Se o sangue extravasado na cavidade das trompas fôr em pequena quantidade, é provavel que desapareça sem deixar vestigios, quer vasando-se no utero, quer no abdomen; todavia, se a quantidade de sangue fôr consideravel, — o que, com toda a probabilidade, se dará quando fôr intensa a congestão provocada pelos fibromyomas uterinos, — formar-se-ha um coagulo intraperitoneal que, englobando por vezes as franjas do pavilhão, fechará o orificio abdominal da trompa.

Esta, com a sua extremidade uterina tambem obliterada pela compressão exercida pelo neoplasma e pela hyperplasia do estroma, transformar-se-ha assim numa cavidade fechada, encerrando no seu interior uma collecção sanguinea enkistada — a hematosalpingite.

\*  
\*   \*  
\*

Analogamente ao que se observa nas mucosas uterina e tubar, no ovario dão-se tambem modificações de origem puramente congestiva, posteriormente alteradas por um processo infeccioso secundario.

Estas lesões ovaricas eram já consideradas por POPOFF e BULIUS como absolutamente constantes e GRECO affirmava egualmente que no estroma de ovarios mesmo com apparencia de normaes não seria difficil reconhecer lesões de esclerose multiplas e extensas.

Esta esclerose ovarica, acompanhada de um numero por vezes consideravel de kistos folliculares, constitue a affecção mais frequente e que alguns consideram como a resultante immediata do processo fibromyomatoso. Eu julgo porém que, ao contrario do que affirma FRAIKIN (1) e outros, esta ovarite esclerokistica, independente da fibromyomatose, é já uma alteração de natureza inflammatoria de um primitivo typo anatomo pathologico.

Com effeito, analogamente ao que se observa nas mucosas uterina e tubar, no ovario dá-se primitivamente um conjuncto de lesões que constituem certo typo primitivo, independente da infecção e devido unica e simplesmente ás perturbações circulatorias da pequena bacia determinadas pelos fibromyomas uterinos.

O ovario com este typo anatomo-pathologico, denominado por J. ROCHE (2) — ovario *micro-poly-kistico*, — é essencialmente caracterizado por um augmento consideravel de volume, por uma diminuição numerica das fórmas folliculares embryonarias e adultas, pela producção exaggerada de kistos folliculares e pelo augmento quantitativo e dilatação progressiva dos vasos do estroma.

(1) FRAIKIN, *L'ovarite scléro-kystique*. Paris, 1899, pag. 90.

(2) J. ROCHE, *L'ovaire des fibromateuses*. Bordeaux, 1903, pag. 149.

Este *ovario micro-poly-kistico* é, por vezes, séde de um processo inflammatorio agudo, dando logar a abcessos dos kistos folliculares ou dos corpos amarellos; na maioria dos casos, todavia, esse processo inflammatorio, evolucionando lentamente, produz a esclerose do estroma, transformando assim o typo inicial num outro de caracteres inteiramente differentes, — o *ovario esclero-kistico*.

Alguns autôres suppõem antes que as lesões de esclerose precedem e occasionam o apparecimento dos kistos folliculares; o ovario micro-poly-kistico seria portanto, e necessariamente, um ovario esclero-kistico. Julgo todavia as recentes observações de ROCHE sufficientemente demonstrativas para permittirem affirmar que os kistos folliculares são independentes da esclerose e que esta é sempre secundaria e devida a um processo inflammatorio.

Durante a evolução dos fibromyomas uterinos, o ovario, lesado por influencia exclusiva da congestão pelvica, torna-se portanto um ovario micro-poly-kistico. É o typo anatomo-pathologico primitivo que, mais tarde, quando sobrevenha um processo infeccioso, se modificará, passando a uma fôrma anatomo-pathologica secundaria — o ovario esclero-kistico.

O ovario tornado micro-poly-kistico abandona, na quasi totalidade dos casos, a fosseta ovarica e vae occupar uma posição anormal. Os fibromyomas intersticiaes volumosos, de séde inferior á inserção das trompas, avolumando por crescimento, arrastam os

anexos, que deixam a excavação pelvica para ir occupar no abdomen uma situação que varia com as dimensões do neoplasma.

Em algumas observações de ROCHE esta mudança de situação dos ovarios era devida á rotação axial do utero fibromyomatoso; o ovario esquerdo, approximando-se do plano sagittal, occupava a face anterior do utero, tornando-se perceptivel por simples palpação abdominal.

Frequentes vezes tambem, sobretudo nos fibromyomas de pequenas dimensões, o augmento de volume e de peso força os ovarios a descer para a betesga de DOUGLAS. Este augmento de volume era attribuido por POPOFF e BULIUS (1), CONZETTE (2) e FRAIKIN (3) á hypertrophia do estroma e á existencia de kistos folliculares. VAN MEERDERWORT (4) accrescentava a estes dois factores a presença de corpos amarellos hypertrophicos. ROCHE considera-o como essencialmente devido á infiltração edematosa do estroma intersticial.

Os kistos folliculares, geralmente situados á periphèria dos ovarios, constituem ahí pequenas saliencias cuja côr azul sobresaie nitidamente na superficie branca e lisa do ovario. Todavia, nem todos são superficiaes; verifica-se pela secção do tecido ovarico que elles occupam tambem, embora menos frequentemente, a parte profunda da zona cortical e a substan-

---

(1) POPOFF e BULIUS, citados por J. ROCHE, obr. cit. pag. 16.

(2) CONZETTE, *Ovaires à petits kystes*. Paris, 1890, pag. 17.

(3) FRAIKIN, obr. cit., pag. 66.

(4) VAN MEERDERWORT, obr. cit., pag. 595.

cia medullar. Nestes casos o aspecto interior do ovario é absolutamente característico. Quando pouco numerosos, os kistos constituem pequenos vacuolos disseminados no parenchyma. Pelo contrario, quando são muito numerosos, o estroma ovarico é constituído por enorme quantidade de alveolos, de dimensões variaveis, separados por septos de pequena espessura. Algumas vezes até, embora raramente, a parede que separa dois kistos folliculares rompe-se e as duas cavidades kisticas communicam entre si.

Estes kistos folliculares, de volume extremamente variavel e contendo um liquido seroso ou hematico, ou mais raramente uma massa caseosa, são muito adherentes ao estroma e portanto de enucleação muito difficil.

A estas modificações macroscopicas correspondem outras, não menos nitidas, que só a analyse histologica revela e que occupam o epithelio de revestimento, o estroma e os apparatus follicular e vascular.

O epithelio de revestimento ovarico encontra-se quasi sempre destruido, a não ser na parte correspondente ás invaginações normaes, onde geralmente se conserva integro.

Esta ausencia de revestimento epithelial, bem ao contrario do que seria de suppôr, não é um facto pathologico (1). Dada a extrema fragilidade d'esse re-

(1) WALDEYER, em artigo publicado em 1870, considerava

vestimento, é muito provavel que a sua destruição seja simplesmente a consequencia do traumatismo operatorio necessario para a ablação do ovario. Na realidade, a persistencia de epithelio nas invaginações, que mais facilmente escapam á acção do traumatismo, parece confirmar esta hypothese.

As modificações do estroma foram admiravelmente estudadas por J. ROCHE (1) num trabalho recentemente publicado sobre o ovario das fibromyomas.

As alterações do estroma cortical são, na phase inicial, relativamente insignificantes. Na generalidade dos casos essas modificações reduzem-se a um augmento quantitativo dos elementos do estroma, já assignalado por POPOFF e BULIUS e que, analogamente ao que se observa nas mucosas uterina e tubar, participam tambem da hyperplasia caracteristica do processo fibromyomatoso. As cellulas fusiformes que entram na constituição do estroma cortical apresentam-se augmentadas de volume, e os seus prolongamentos estrellados, anastomosados com as cellulas visinhas, formam um tecido muito denso que, em alguns casos, é séde de uma ligeira infiltração edematosa.

O estroma medullar, constituido por elementos histologicos analogos aos que formam a zona cortical, soffre mais intensas modificações. As cellulas fusiformes, comprimidas pelos vasos dilatados, são séde

---

já esta ausencia de epithelio como normal (ROCHE, obr. cit., pag. 110).

(1) ROCHE, obr. cit., pag. 112.

de uma consideravel hyperplasia. A infiltração edematosa attinge aqui enormes proporções. O tecido conjuntivo, distendido e lacerado, é constituído por cellulas edematosas, de nucleo pouco visivel e ligadas umas ás outras por delgadas anastomoses (1).

Vejamos agora quaes as modificações assignaladas no aparelho follicular.

Os primeiros autôres que se occuparam do assumpto citavam, como alteração constante, a diminuição numerica dos folliculos primordiaes, chegando POPOFF e VAN MEERDERWORT a affirmar que, num grande numero de casos, poderia dar-se o seu desaparecimento completo.

PILLET, FRAIKIN, CONZETTE e muitos outros, affirmam egualmente que o desaparecimento total dos folliculos primordiaes se observa com extrema frequencia.

Da leitura das numerosissimas observações publicadas sobre o assumpto não será difficil concluir que, ao contrario do que affirmam estes autôres, o desaparecimento total dos folliculos primordiaes só excepcionalmente se dá no ovario micro-poly-kistico; na grande maioria dos casos este desaparecimento coin-

---

(1) BULIUS (obr. cit. pag. 115) assignalava tambem no estroma bulbar volumosas cellulas ovoides com um ou dois nucleos e um protoplasma grosseiramente granuloso, cuja significação lhe era todavia absolutamente desconhecida.

ROCHE, tendo encontrado frequentemente estas cellulas na ausencia de fibromyomas uterinos, considera-as como elementos normaes do ovario.

cide com vestígios nítidos de um processo inflamatório agudo ou chronico. É o que se deduz claramente de algumas das observações publicadas por J. ROCHE e CONZETTE. Na phase micro-poly-kistica, de origem simplesmente congestiva, só, em regra, se observa uma diminuição numerica dos folliculos primordiaes, diminuição, por vezes, é certo, extremamente consideravel.

Para ROCHE esta diminuição numerica não constitue um phenomeno pathologico; dá-se no ovario das fibromyomasas como em qualquer ovario de evolução physiologica normal.

«Se compararmos, diz o autôr (1), o numero de folliculos primordiaes que povôam o ovario da creança com o numero relativamente restricto dos que attingem a maturação, não se poderá deixar de concluir que esta diminuição numerica, esta atresia, é um processo normal, physiologico».

É tambem a opinião de TESTUT.

Com effeito, a duração media da vida genital da mulher, é, em regra, de 35 annos. Sendo assim e admittindo com SAPPEY que o numero de folliculos primordiaes existente no ovario da creança de dois ou trez annos é de 400:000, chegar-se-ha necessariamente á conclusão de que, rompendo-se geralmente um só folliculo de GRAAF em cada periodo menstrual, só 450 ou 500 folliculos são chamados a preencher o seu destino physiologico e a percorrer as differentes phases da sua evolução. «Os outros não se desenvolvem; desapparecem como elementos inuteis, por uma especie de regressão ou de

---

(1) ROCHE, obr. cit., pag. 137.

atresia. Até mesmo entre aquelles que começam a desenvolver-se alguns ha cuja evolução estaciona e que desaparecem, quer por uma atresia devida a um processo analogo ao que conduz á formação dos corpos amarellos (SLAVIANSKY), quer por um processo puramente degenerativo (PALADINO) (1).

Mas, se é actualmente opinião unanime que, no ovario normal, os folliculos diminuem em numero sem intervenção pathologica, não quer isto dizer, como pretende ROCHE, que a atrophia dos folliculos nos ovarios das portadoras de fibromyomas seja perfeitamente analogo á de um ovario normal. Muito ao contrario: as observações de BULIUS vieram demonstrar que a diminuição numerica dos folliculos primordiales é muito mais intensa no ovario das fibromyomatosas do que em todos os outros de evolução normal. O ovario, sem o mais ligeiro signal de esclerosis, sem o mais insignificante vestigio de um processo inflammatorio, e simplesmente congestionado e edematoso, chega, por vezes, a não conter mais do que algumas dezenas de folliculos primordiales.

E esta atresia não attinge unicamente os folliculos primordiales; vae mais longe, pois attinge muitos outros em completo estado de desenvolvimento.

Não vi registado em nenhuma das observações publicadas sobre o assumpto um numero de folliculos adultos superior a 30. Se compararmos este numero com o de 50 a 100 fixado por OLSHAUSEN para o ovario normal, ver-se-ha que no ovario micro-poly-kistico

---

(1) TESTUT, *Traité d'anatomie humaine*, 1905, 4.º vol., pag. 693.

que acompanha a evolução dos fibromyomas uterinos, a atresia attinge, ao contrario do que se observa no estado physiologico, os elementos folliculares nas diversas phases da sua evolução. Á atrophia da quasi totalidade dos folliculos primordiaes corresponde uma diminuição consideravel dos folliculos adultos (1).

Os folliculos primordiaes persistentes não soffrem notaveis modificações. As suas dimensões são normaes e o diametro do ovulo corresponde precisamente ao que, por NAGEL, é considerado como normal. A granulosa é tambem, como normalmente, constituída por uma só camada de cellulas epitheliaes, cylindricas ou cubicas (2).

Ao desaparecimento e á atrophia da maioria dos

---

(1) Esta diminuição dos folliculos adultos era tambem já assignalada por BULIUS quando dizia que, (obr. cit., pag. 117), na zona cortical existiam *corpora fibrosa*, indubitavelmente devidos á atrophia dos elementos folliculares na ultima phase do seu desenvolvimento.

(2) Factos ha que fazem prever esta ausencia de lesões dos folliculos primordiaes.

Com effeito, embora muitas das fibromyomas sejam estereis, outras ha que teem nos seus ovarios elementos susceptiveis de fecundação, provenientes certamente da evolução physiologica dos folliculos primordiaes persistentes. Por outro lado ainda, conhecida a analogia entre o ovario micro-polykistico que acompanha os fibromyomas uterinos e os ovarios micro-poly-kisticos independentes d'esta affecção, como admitir que, naquelle, os folliculos primordiaes persistentes soffram alterações, quando é certo que nestes elles fornecem até uma idade avançada fórmias intermediarias ou adultas clinicamente provadas por gestações successivas e histologicamente demonstradas por analyses minuciosas?

folliculos corresponde, ao contrario, a hypertrophia de alguns outros que constituem verdadeiros kistos.

A presença de kistos folliculares no ovario das fibromyomasas foi successivamente assignalada por VIRCHOW, SCHÜCKLING, MÜLLER, DUPLAY, CORNIL, LAWSON TAIT, MALCOLM, ROKITANSKY, POPOFF, BULLIUS, GRECO, VAN MEERDERWORT e mais recentemente por CONSTANTIN DANIEL, DEVAUX e ROCHE.

Este ultimo, em 20 observações publicadas no seu recente trabalho, assignala 18 vezes a existencia de kistos, por vezes bastante numerosos, disseminados á superficie do ovario, onde constituem saliencias de volume variavel.

Occupando geralmente a substancia cortical, estes kistos folliculares existem tambem, na maioria dos casos, na substancia medullar.

O seu conteúdo é geralmente seroso, raramente hematico.

Quando seroso, é transparente, fluido, excepcionalmente espesso e caseoso, tendo em suspensão cellulas de fórma irregular, volumosas, com nucleo envolvido por granulações gordurosas. Com estas cellulas, vestigios da membrana granulosa, vêem-se outras, redondas, mais pequenas, tambem granulosas, que deverão corresponder aos leucocytyos provenientes dos vasos que irrigam as paredes kisticas.

Quando hematico, — o que, repito, menos frequentemente se observa, — o conteúdo dos kistos é sempre liquido, jámais coagulado.

«Ao liquido já existente no folliculo mistura-se um derrame sanguineo, por vezes consideravel, que vae assim constituir um verdadeiro kisto sanguineo do ovario. No interior dos folliculos nunca se encontra

sangue puro, nem mesmo coagulos fibrinosos, mas unicamente um liquido sanguinolento (ROLLIN) (1)».

Seroso ou hematico, o liquido contido nos kistos folliculares é, na phase micro-poly-kistica, absolutamente aseptico. De 72 ovarios examinados por FRAIKIN, só um continha kistos de conteúdo septico (2).

Todavia, analysando a observação em que o autôr assignala o resultado positivo do exame bacteriologico revelando a existencia de estaphylococcus, será legitimo concluir que no ovario examinado se estava passando um processo inflammatorio agudo e recente.

O numero de kistos folliculares existente num ovario é extremamente variavel. Variaveis são tambem as suas dimensões; áparte os casos excepcionaes em que chegam a ter o volume de uma noz, o seu diametro oscilla entre 3 e 10 millimetros (ROCHE).

Os kistos folliculares resultam, segundo ROKITANSKY, VIRCHOW, RINDFLEISCH, BEIGEL, HÉGAR, KATENBACH, PROCHOWNICK, MARTIN, CONZETTE e FRAIKIN, de modificações pathologicas do folliculo de GRAAF.

Pelo contrario, para NAGEL, OLSHAUSEN, ZIEGLER, LÉOPOLD, DÉLAUNAY e PICHEVIN, a presença de kistos folliculares no ovario é um estado puramente physiologico.

Os trabalhos recentes de ROCHE parecem confirmar esta ultima opinião, estabelecendo uma completa analogia entre o kisto follicular e a vesicula de GRAAF quando em estado de completo desenvolvimento.

---

(1) ROLLIN, *Hémorragies dans les ovaires kystiques*—*Annales de gynécologie*, novembro de 1893.

(2) FRAIKIN, obr. cit., observ 31, pag. 61.

Vejamos a descripção que faz este autôr da estrutura do kisto follicular.

Histologicamente, diz ROCHE (1), pôde distinguir-se nestes kistos folliculares, além do *cumulus proliger* e do *ovulo* que se apresentam com caracteres de perfeita normalidade, *uma parede propria e um envolucro*.

A *parede propria*, desprovida de vasos e constituida por um numero variavel de camadas de cellulas polyedricas por pressão reciproca, com protoplasma pouco abundante e com grande nucleo central, circumda internamente toda a periphéria do kisto.

Em alguns kistos folliculares esta parede propria tem um aspecto inteiramente differente. Algumas das suas cellulas, completamente desagregadas e fluctuando no interior do liquido follicular, são muito mais volumosas, arredondadas ou ovoides, com protoplasma granuloso e com nucleo pouco visivel.

O *envolucro* do kisto follicular é constituido por duas tunicas: — *uma interna e outra externa*.

A *tunica interna*, vascularisada e com espessura variavel entre 35 e 70  $\mu$ , é constituida por uma camada de cellulas fusiformes, muito delgadas, com prolongamentos ramosos; estas cellulas, com nucleo muito visivel e de direcção geralmente parallela ao contorno do kisto, anastomosam-se entre si, formando um reticulo cujas malhas alongadas encerram cellulas muito semelhantes ás da parede propria. Esta analogia é por vezes tão nitida que é difficil saber onde começa a tunica interna e onde acaba a granulosa.

No interior d'estas cellulas existem pequenos vacuo-

---

(1) ROCHE, obr. cit. pag. 122.

los, por vezes muito numerosos, separados por delgadas trabeculas de protoplasma. Para VAN DER STRICHT (1) representam, como nos folliculos normaes, pequenas gottas de gordura que os reagentes ordinarios dissolvem, mas que são nitidamente visiveis depois de fixadas pelos reagentes osmicos.

Em certos kistos, quando as cellulas da granulosa se encontram desagregadas e augmentadas de volume, as cellulas intersticiaes da tunica interna apresentam um aspecto sensivelmente analogo, podendo até, por vezes, espalhar-se na tunica externa e no estroma ovarico.

A *tunica externa*, que contém capillares, por vezes muito dilatados, que rastejam á superficie do kisto antes de penetrar na zona interna, é egualmente constituida por uma camada fibrillar, composta de cellulas semelhantes ás d'esta e formando tambem feixes pouco espessos, com direcção parallela ao contorno do kisto. Nos intervallos d'estes feixes veem-se espaços alongados, vasioes ou contendo alguns leucocytos.

A espessura e a densidade d'esta tunica externa são extremamente variaveis de um kisto para outro; em geral é mais espessa do que a interna, podendo attingir 250  $\mu$ .

Os limites entre as duas tunicas são geralmente pouco nitidos e, como acabamos de vêr, encontram-se numa d'ellas os mesmos elementos cellulares existentes na outra.

Em volta d'esta tunica externa existe uma zona de

---

(1) VAN DER STRICHT, *La ponte ovarique et l'histogénèse des corps jaunes* — *Bulletin de l'académie de médecine de Belgique*, 1901, pag. 216.

estroma ovarico, cortical ou medullar conforme a situação do kisto, mais denso do que o resto do estroma, mas tendo a mesma constituição histologica. Esta zona é muito rica em vasos que formam uma verdadeira corôa em torno do folliculo e que, mais numerosos e de maior volume no pólo interno do kisto, diminuem de numero e de espessura á medida que se approximam da superficie do ovario, desaparecendo por completo no pólo externo do kisto.

Se compararmos esta minuciosa descrição histologica com a que os histologistas fazem da estrutura do folliculo maduro, encontraremos uma perfeita analogia.

FRAIKIN affirma que a desagregação, que por vezes se observa na camada granulosa e na tunica interna do kisto, jámais se encontra no folliculo maduro; mas NAGEL, VAN BENEDEM e muitos outros citam modificações analogas nos folliculos em completo estado de desenvolvimento, parecendo que realmente não existe differença alguma entre a estrutura do kisto follicular e a da vesicula de GRAAF.

O que é que distingue então o kisto follicular do folliculo maduro, para que não deva considerar-se a presença d'estes kistos folliculares como um facto puramente physiologico?

Para CONZETTE, RITCHIE e WEBB é a ausencia do ovulo; para PILLET e VAN MEERDERWORT são as dimensões exageradas; para PETIT, FRAIKIN e outros é o modo de formação e a evolução futura.

Vejamos o que se deverá pensar d'estas differentes opiniões.

A ausencia do ovulo não póde ser invocada para distinguir o kisto follicular do folliculo maduro, visto

que, ROCHE, nas suas numerosas observações, conseguiu por vezes verificar a existencia d'este elemento absolutamente intacto; e, se compararmos, como diz este autôr (1), as dimensões do ovulo com as do kisto follicular, quantas vezes não terá aquelle passado despercebido aos que assignalam a sua ausencia (2)?

Não me parece tambem que o volume do kysto follicular deva ser considerado como anormal.

As dimensões do folliculo maduro oscillam, segundo LUQUET, entre um centimetro e centimetro e meio; SAPPEY considera ainda como normaes os folliculos do volume de uma noz. Se alguma differença existe então entre o volume dos kistos folliculares e o dos folliculos maduros, *será a favor d'estes, isto é, os kistos são mais pequenos do que os folliculos.*

Vejamos agora se poderá assignalar-se alguma differença no modo de formação e na evolução futura.

Na puberdade, e durante a vida genital da mulher, um certo numero de folliculos primordiaes, desenvolvendo-se, augmentando consideravelmente de volume e modificando-se na sua estrutura, vae constituir os folliculos maduros. A simples camada de cellulas epitheliaes, que primitivamente entrava na sua constituição, soffrendo durante este periodo numerosas

---

(1) ROCHE, obr. cit., pag. 123.

(2) COYNE, (*Traité elementaire d'anatomie pathologique*, 1903, pag. 886) aconselha, para conseguir descobrir o ovulo, que se lave o interior do kisto com uma solução de sulfato de magnesia e que se deixe depositar o liquido proveniente da lavagem. No deposito encontrar-se-ha, com toda a probabilidade, o ovulo com todos os caracteres de perfeita normalidade.

modificações, vae constituir a membrana granulosa follicular.

Na parte interna do folliculo, esta membrana granulosa augmenta consideravelmente de espessura e fórma um tecido verrugoso — *cumulus proliger* — no interior do qual se encontra o ovulo que, primitivamente nú, está já agora revestido de uma membrana propria — *a membrana vitellina*.

Á medida que as cellulas, que inicialmente envolviam o ovulo, se vão multiplicando para constituir a granulosa, algumas d'ellas, mais profundamente situadas, soffrem grandes modificações na sua estrutura. O seu protoplasma liquefaz-se e vae constituir o liquido follicular, amarello, albuminoso, que occupa a cavidade central do ovisaco.

Ao mesmo tempo o folliculo vae pouco a pouco adquirindo um envolvero conjuntivo — *a théca follicular* — constituido por uma camada externa, de natureza fibrosa, e por uma tunica interna, vascular.

O folliculo adulto assim constituido, approximando-se lentamente da superficie do ovario, onde constitue uma saliencia arredondada, cujo ponto culminante — o *stigma* — representa a parte menos espessa da parede follicular, é, na época menstrual, séde de uma intensa hyperemia que se manifesta pela dilatação dos capillares que occupam a camada interna ou vascular. Como consequencia d'esta hyperemia, produz-se um augmento brusco do liquido follicular, devido não só á fusão das cellulas da granulosa, mas tambem e principalmente á transudação através das paredes dos capillares dilatados da tunica vascular; o stigma rompe-se e o ovulo é expulso pela abertura assim constituida.

Tal é a evolução histologica do folliculo primordial para o folliculo maduro e tal é o mecanismo invocado por todos os physiologistas para explicar a dehiscencia.

Vejamos agora como se constituem os kistos folliculares e qual a sua evolução.

Para RINDFLEISCH, VIRCHOW, TRÜKMULLER, BISHOP, PILLET, GALLARD, LAWSON TAIT, etc., o kisto follicular constitue-se á custa do folliculo, quando o envolucro d'este se tenha esclerosado. Esta esclerose, residuo de um processo inflammatorio anterior, impedindo a evolução normal do folliculo até á dehiscencia, transforma-o num kisto follicular.

FRAIKIN perfilha esta opinião.

«Quanto a nós, diz o autôr (1), o elemento preexistente, importante, o factor essencial, é a esclerose. O ovario esclero-kistico é, antes de tudo, um ovario esclerosado; a hydropisia follicular é devida á esclerose em torno do folliculo.

«É certo, todavia, que a theoria que explica por uma retenção a formação dos kistos tem, na época actual, muitos adversarios, e ainda ultimamente DELBET se insurgia contra ella quando affirmava que a obliteração dos canaes excretôres produz sempre e necessariamente a atrophia da porção secretante; mas o ovario não é uma glandula em cacho e, portanto, parece-nos razoavel admittir que, não podendo o folliculo distendido, romper-se, como acontece no estado normal, por causa da esclerose que o envolve, os productos de secreção devidos á degenerescencia das cellulas da granulosa se accumularem na sua cavidade».

---

(1) FRAIKIN, obr. cit., pag. 98.

Da mesma opinião é também ROUSSAN (1):

«...Esta esclerose, irradiando em todos os sentidos na espessura do ovario, enkista os folliculos já completamente desenvolvidos».

Não julgo accetavel tal opinião.

Com effeito, se a esclerose fosse primitiva e peri-follicular era provavel que fosse sobretudo nitida em torno do folliculo. Ora em nenhuma das 20 observações publicadas por J. ROCHE, referentes a ovarios micro-poly-kisticos, se verificava a esclerose peri-follicular. É certo que alguns kistos folliculares são como que envolvidos por um ou dois *corpora fibrosa*, — elementos normaes do ovario —, que num exame superficial podem ser considerados como zonas de esclerose.

Se notarmos que FRAIKIN e os seus adeptos nem sequer assignalam a existencia d'estes *corpora fibrosa*, não repugna admittir que as zonas por elles observadas e descriptas como sendo de esclerose sejam elementos normalmente existentes no ovario.

Mas ainda, admittindo mesmo a possivel existencia d'uma esclerose primitiva, não julgo possivel conciliar esta hypothese com a affirmação que faz FRAIKIN (2) quando diz que «a quantidade de esclerose não está em relação directa com o volume do kisto follicular; kistos relativamente volumosos, são pouco envolvidos pela esclerose; outros, mais pequenos, teem em torno um verdadeiro anel, como se a esclerose, depois de ter causado a dilatação kistica, conseguisse, pelo seu exagerado desenvolvimento, destruir o kisto».

(1) ROUSSAN, *Varicocèle pelvien*. Paris, 1892, pag. 17.

(2) FRAIKIN, obr. cit., pag. 75.

Se, como affirma FRAIKIN, ha kistos volumosos envolvidos por uma esclerose delgada, e se ha pequenos kistos envolvidos por uma espessa camada de esclerose, não será mais logico concluir que esta, pelo seu desenvolvimento ulterior, longe de provocar a hydrophisia follicular, tem pelo contrario, como consequencia immediata e necessaria a atrophia do kisto? E tambem como explicar que a esclerose, aceite como causa efficiente dos kistos folliculares, possa successivamente produzir a dilatação dos folliculos e a sua atrophia?

Positivamente eu não vejo, e aqui concordo com GHAZAROSSIAN (1), pelos caracteres da esclerose, que mecanismo natural possa explicar este facto.

ZIEGLER, PETIT, SEGOND, DÉLAUNAY, BERLIUS e POZZI, rejeitando a hypothese de uma esclerose perifollicular primitiva, affirmam que o enkistamento follicular é o resultado de um trabalho de peri-ovarite, que, produzindo uma camada fibrosa, uma espessura anormal da albuginea, impede a dehiscencia dos folliculos.

CONZETTE (2), e a meu ver com justa razão, combate esta theoria affirmando que nada ha mais frequente do que a existencia de numerosos kistos folliculares fazendo saliencia á superficie do ovario e revestidos de uma delgadissima parede, por vezes de tão pequena espessura que não será difficil reconhecer por simples transparencia o liquido follicular.

É certo que, numa das observações de PETIT, parece que os folliculos se não romperam por causa de

(1) GHAZAROSSIAN, *La pathogénie de l'ovaire scléro-kystique*. Paris, 1903, pag. 49.

(2) CONZETTE, obr. cit., pag. 40.

uma espessa camada de peri-ovarite; mas ainda assim como explicar, por este mecanismo, todos os outros casos em que os kistos existem não obstante a ausência de qualquer causa mecanica peripherica que impeça a dehiscencia (1) ?

Mais razoavel e logica me parece a hypothese emitida por CONZETTE (2) de serem as congestões repetidas que tem o principal papel etiologico na formação dos kistos folliculares. «É nas affecções que congestionam os órgãos genitales da mulher que se produz a chamada degenerescencia micro-poly-kistica do ovario, congestões passivas resultantes da presença d'um tumor no utero ou no ligamento largo, congestões activas provenientes de doenças infecciosas (febres eruptivas), de coitos immoderados, ou até mesmo da perversão do instincto sexual como MARTIN e LAWSON TAIT tem observado.

«Anatomicamente os ovarios micro-poly-kisticos apresentam todos os caracteres de uma congestão intensa ou de congestões repetidas e chronicas. Os vasos sanguineos, muito mais numerosos do que normalmente, e envolvendo por completo as vesiculas de GRAAF, dão frequentes vezes logar, pela ruptura das suas differentes tunicas, a pequenas hemorragias intersticiaes, vestigios evidentes de uma congestão intensa. Os

---

(1) Para COYNE (obr. cit., pag. 886), a indehiscencia do folliculo, e consequentemente a sua transformação em kisto follicular, é devida á secreção insufficiente do *liquor folliculi*. Não é provavel que assim seja, poisque, coexistindo os ovarios micro-poly-kisticos com uma congestão pelvica, de presumir será que o liquido follicular seja, como consequencia do processo congestivo, sufficientemente abundante.

(2) CONZETTE, obr. cit., pag. 41.

folliculos maduros soffrem lesões irritativas diversas, successivamente caracterisadas por alterações epitheliaes, alterações da membrana granulosa, infiltração nuclear na parede dos folliculos, e por ultimo esclerose.

«Tal é a marcha provavel das lesões. Taes são as provas que nos fazem pensar que a degenerescencia micro-poly-kistica é o resultado de congestões repetidas».

FRAIKIN insurge-se contra esta maneira de ver de CONZETTE. «Não vemos, diz o autôr (1), como se possa admittir que um folliculo, por simples congestão, se torne kistico. O mesmo phenomeno se passa no periodo menstrual; é então, quando se produz o erethismo ovarico, que o liquido follicular, accumulado no ovisaco, o distende e rompe.

«Não se comprehende portanto que, rompendo-se este folliculo no periodo menstrual, se não rompa tambem quando outras congestões se produzem. Desde que um folliculo se distende, e que nenhum obstaculo peripherico se oppõe á sua dehiscencia, não ha razão physiologica alguma para que elle se conserve intacto; a consequencia fatal e immediata será a ruptura».

Não me parece de valor a objecção de FRAIKIN.

Na época menstrual a congestão pelvica é muito intensa e extremamente rapida; as paredes folliculares, surprehendidas pelo augmento exagerado e quasi instantaneo do liquido follicular, não offerecem grande resistencia e, consequentemente, rompem-se.

Ora o que é que se passa na congestão chronica ?

---

(1) FRAIKIN, obr. cit., pag. 97.

Nesta, menos intensa e mais lenta, a produção de liquido follicular deverá ser menos rapida tambem, e as paredes dos folliculos poderão adquirir uma maior resistencia que, na generalidade dos casos, as impedirá de ceder. Na tunica interna do kisto follicular a circulação é extremamente activa. Esta super-actividade circulatoria, actuando sobre as fibras conjunctivas que constituem a tunica externa, deverá, analogamente ao que se passa nas mucosas uterina e tubar, produzir uma ligeira hyperplasia e, consequentemente, um augmento de espessura d'esta parede. É o que se poderá verificar por uma analyse histologica minuciosamente feita.

É este ligeiro augmento de espessura, que certamente se não dá na congestão physiologica, que, a meu vêr, deverá explicar a indehiscencia do folliculo. Não se julgue no entanto que considero este augmento de espessura como sufficiente para evitar sempre a dehiscencia. Não e convenço-me até que mais tarde a ruptura se fará. Terá sido assim apenas retardada. Effectivamente, se assim não fosse, se admittissemos, como affirma a maioria dos autôres, que o kisto follicular, uma vez constituido, jamais chegaria á dehiscencia, como explicar então a existencia dos innumerous corpos amarellos que povoam o ovario das fibromyomas?

A duração dos kistos folliculares, exceptuados os casos, não raros é certo, em que o ovario é posteriormente séde de um processo de esclerose, não será indefinida; poderá ser um pouco mais prolongada do que a duração dos folliculos maduros, mas nem por isso o kisto deixará de abrir-se.

Vê-se portanto que, ainda no modo de constituição

como na evolução futura, o kisto follicular é sensivelmente analogo ao folliculo maduro.

Não ha portanto razões de ordem physiologica ou anatomica que me impeçam de concluir com ROCHE, que não existe differença sensivel entre o que os histologistas chamam folliculo maduro, e os anatomo-pathologistas kisto follicular (1).

É certo todavia que, como diz POZZI (2), «se estas pequenas hydropisias folliculares não teem significação alguma pathologica, podem comtudo criar, pela sua multiplicidade, uma verdadeira vulnerabilidade do orgão».

Esta multiplicidade observa-se indubitavelmente no ovario das fibromyomatosas, o que conduz necessariamente á affirmacão, já por mim feita, de que o ovario *micro-poly-kistico* é um orgão em actividade funcional exagerada.

Em resumo: — a existencia de kistos folliculares no ovario das fibromyomatosas não constitue uma affecção e só a multiplicidade d'estes kistos deverá ser considerada como *phenomeno pathologico*.

Para terminar o estudo do aparelho follicular do ovario que acompanha a evolução dos fibromyomas uterinos, resta-me fallar das modificações dos *corpos amarellos* e dos *corpora fibrosa*.

---

(1) Era esta tambem a opinião de PETIT (A. MONJARDINO, *Da conservação em gynecologia*, Lisboa, 1904, pag. 39), quando admittia a existencia de kistos folliculares em ovarios perfeitamente sãos.

(2) Pozzi, obr. cit., pag. 826.

Para PILLET (1), a existencia de kistos folliculares é acompanhada da hypertrophia dos corpos amarelos da gravidez e sobretudo dos corpos amarelos da menstruação (2).

Por vezes, a cicatrização — processo regressivo normal — não se faz; frequentemente, tambem, observa-se na cavidade do *corpo amarello* um derrame, ás vezes fibrinoso, mas geralmente sanguineo, que, em alguns casos, irrompe para o tecido ovarico determinando um verdadeiro fóco de apoplexia.

Os *corpos amarelos*, assim modificados, continuam por vezes a sangrar, podendo attingir, excepcionalmente é certo, o volume de um ovo, de uma laranja, ou até mesmo o volume de uma cabeça de adulto (3).

---

(1) PILLET, *Note sur l'état des corps jaunes dans la fibromatose utérine*, — *Bull. de la soc. anat.*, 1897, pag. 368, e 1898, pag. 293.

(2) As expressões «*corpo amarello* da gravidez ou *corpus verum*» e «*corpo amarello* da menstruação ou *corpus spurium*» tendem a desaparecer. Desde os trabalhos de TOUPET, LUQUET, BEIGEL SOBOTTA e KREISS-RABL, todos os autôres accitam como unica differença entre estas duas ordens de *corpos amarelos*, as dimensões e a duração da evolução: — o *corpo amarello* da gravidez é maior e de evolução mais lenta do que o *corpo amarello* da menstruação.

Conhecidas as dimensões enormes que, fóra da gravidez, e unicamente como consequencia das congestões pelvicas, podem attingir os *corpos amarelos*, demonstrada ainda a existencia de *corpora spuria* com evolução extremamente lenta, a distincção deixa de ter logar.

(3) Nas observações publicadas por HUGUIER, NÉLATON, BECKEL e DENONVILLIERS, (ROCHE, obr. cit., pag. 135), este derrame sanguineo, muito abundante, constituia um verdadeiro hematocello.

Em communicações feitas em 1897 e 1898 á Sociedade de Anatomia de Paris (1), PILLET refere o exame de tres corpos amarellos provenientes de ovarios de fibromyomas; como consequencia das congestões ovaricas permanentes, todos se apresentavam hypertrophiados e hemorragicos.

Numa das observações publicadas por CONSTANTIN DANIEL (2), encontra-se tambem referencia a um corpo amarello consideravelmente hypertrophiado e hemorragico.

ROCHE (3) dá a seguinte descripção dos corpos amarellos por elle observados: «... parecem formados por um envolucro de côr branca ou levemente amarelada e de dois a tres millimetros de espessura.

«Este envolucro, sensivelmente circular, circumscreve uma cavidade cheia por um enorme coagulo que, a maior parte das vezes francamente hemorragico, apresenta algumas vezes, depois da fixação, o aspecto de uma massa gelatinosa, turva, separada do envolucro por uma zona nitidamente hemorragica».

Para VALENTIN, POUCHET, CORNIL, LUQUET e RACIBORSKY, esta hemorragia que se dá nos corpos amarellos não deverá considerar-se um phenomeno pathologico, pois é constante nos corpos amarellos de ovarios absolutamente normaes.

A verdade é, porém, que se a presença de coagulos sanguineos nos corpos amarellos do ovario normal deve ser considerada como um phenomeno physiolo-

---

(1) *Journal de l'anatomie et de la physiologie normales et pathologiques*, 1897 e 1898.

(2) CONSTANTIN DANIEL, *obr. cit.*, observ. 2.

(3) ROCHE, *obr. cit.*, pag. 132.

gico, a hemorragia que se dá nos corpos amarelos do ovario *micro-poly-kistico*, deverá, todavia, pela sua maior abundancia, ser considerada como pathologica.

É, na realidade, indiscutivel que, nestes ovarios, ha uma enorme tendencia para as hemorragias, como provam os focos hemorragicos intersticiaes observados por PILLET e ROCHE.

Os *corpora fibrosa*, — ultima phase de evolução dos corpos amarelos —, mais volumosos do que normalmente, são por vezes nitidamente visiveis a olho nú. Muito numerosos e occupando geralmente a zona medullar, perdem, por vezes, a fórma arredondada ou ovalar, tornando-se alongados e estendendo-se em fórma de crescente em volta da superficie dos kistos folliculares. É esta disposição que, como já foi dito, os faz, por vezes, considerar como zonas de esclerose envolvendo o folliculo.

BULIUS (1) descreve tambem, além d'estes *corpora fibrosa* volumosos, outros, mais pequenos, occupando a zona cortical, e tambem mais numerosos do que normalmente, devidos á atresia dos folliculos que não attingiram a maturação. «Compõem-se d'um tecido sem estructura, tendo soffrido a degenerescencia hyalina, e atravessado por um numero consideravel de cellulas fusiformes».

Vejamos agora, para terminar esta já longa referencia ao ovario *micro-poly-kistico*, as modificações do aparelho vascular.

---

(1) BULIUS, obr. cit., pag. 141.

As lesões vasculares do ovario das fibromyomas foram estudadas pela primeira vez por BULIUS que as considerava como absolutamente constantes e características.

O autôr descreve, como propria da phase inicial, uma intensa hyperemia arterial e venosa. Á medida que esta hyperemia se accentua, as paredes vasculares soffrem intensas modificações, essencialmente caracterizadas pelo augmento de espessura e pela degenerescencia hyalina da tunica media e por uma manifesta proliferação endothelial, por vezes acompanhada de uma infiltração por cellulas redondas inflammatorias.

Nas observações referidas por BULIUS, as lesões vasculares eram principalmente nitidas no hilo do ovario.

GRECO, um pouco mais minucioso nas suas observações, chega a conclusões sensivelmente analogas ás de BULIUS.

Para elle (1), as modificações vasculares que acompanham a evolução dos fibromyomas uterinos, consistem na dilatação e augmento numerico das arterias e das veias, que chegam, por vezes, a constituir a quasi totalidade da substancia medullar.

Os vasos, turgidos, tortuosos, com dilatações aneurismaticas, de paredes excessivamente espessas, são séde d'uma proliferação endothelial que, frequentes vezes, dá logar á sua obliteração completa.

São estas diferentes alterações vasculares que, no dizer de GRECO, occasionam a diminuição numerica dos folliculos primordiaes, a formação dos kistos folli-

---

(1) GRECO, obr. cit., pag. 78.

culares, e a atresia das vesículas de GRAAF com produção de corpos amarelos e de *corpora fibrosa*.

PUIG (1) e VAN MEERDERWORT (2) fazem analogas descrições.

ROCHE (3), no seu trabalho sobre o ovario das fibromyomas, dá-nos uma descrição mais completa e muito mais precisa das alterações vasculares.

Segundo este autôr, as modificações differem consideravelmente nos systemas arterial e venoso.

As arterias, mais numerosas do que normalmente, augmentam de espessura á custa da camada de fibras circulares que entra na constituição das suas paredes; este augmento de espessura parece depender essencialmente dos elementos conjunctivos e elasticos d'esta tunica.

As arterias mais volumosas, que occupam o hilo do ovario, conservam muito tempo um calibre normal; nas arterias menos volumosas, o augmento de espessura das paredes é de tal modo consideravel, que o calibre vascular chega a ser um quarto ou um quinto do calibre normal; as paredes arteriaes são anhystas, hyalinas, com um endothelio constituido por volumosas cellulas em descamação que contribuem para completar a obliteração da lumen vascular quando ainda permeavel.

Estas arteriolas, espessas e obliteradas, disseminadas sem ordem apparente no interior da substancia medullar e attingindo tambem a zona cortical, occupam

---

(1) PUIG, *Lésions inflammatoires de l'ovaire*. Paris, 1893, pag. 35.

(2) VAN MEERDERWORT, obr. cit., pag. 593.

(3) ROCHE, obr. cit., pag. 144.

frequentemente a periphéria dos *corpora fibrosa* e as trabeculas protoplasmaticas que penetram nestas formações.

As lesões venosas são muito menos nitidas do que as arteriaes.

As veias, por vezes muito numerosas, dando ao ovario um aspecto cavernoso, são dilatadas, flexuosas. As suas paredes, á parte uma leve descamação endothelial, são geralmente normaes.

Os lymphaticos encontram-se geralmente dilatados, formando, por vezes, verdadeiros vacuolos alongados e fusiformes, contendo numerosos leucocytos degenerados.

BULIUS, FRAIKIN e PUIG, vêem nestas alterações vasculares o resultado d'um processo nitidamente inflammatorio.

Para confirmar esta opinião fundam-se na existencia d'uma infiltração das paredes vasculares por cellulas redondas inflammatorias.

GRECO, VAN MEERDERWORT e ROCHE combatem esta afirmação. As modificações venosas e lymphaticas são, para estes autôres, de ordem puramente mecanica e causadas por perturbações circulatorias da pequena bacia dependentes da existencia dos fibromyomas uterinos.

Nas arterias ovaricas, ROCHE distingue, no ponto de vista pathogenico, dois grupos.

O primeiro é constituído pelos grossos troncos arteriaes do hilo e pelas arterias do estroma ovarico. Estes vasos, para luctarem contra a estase venosa inicialmente existente, soffrem primitivamente um consideravel augmento de espessura devido á hypertrophia da sua camada muscular; a sua lesão primitiva é portanto

uma hypertrophia de compensação; posteriormente distendem-se e as suas paredes degeneram.

O segundo grupo é constituído pelas arterias do envulcro follicular. Estas, muito activas no momento da maturação e da dehiscencia dos folliculos e da evolução dos corpos amarelos, obliteram-se na passagem d'estes ultimos para o estado de *corpora fibrosa*; esta obliteração é devida á diminuição e consecutiva supressão da sua actividade circulatoria. A parede muscular d'estas arterias obliteradas, desprovida de funções, soffre a degenerescencia hyalina.

Estas diferentes modificações que, devidas unicamente á intensa congestão pelvica, acompanham a evolução dos fibromyomas uterinos, dando origem ao chamado ovario *micro-poly-kistico*, rariissimas vezes conservam a fórma que acabo de descrever.

Na generalidade dos casos, á semelhança do que se observa nas mucosas uterina e tubar, estas modificações primitivas soffrem alterações intensas, por influencia d'um processo inflammatorio secundario que transforma assim o typo anatomo-pathologico inicial, num outro, de caracteres inteiramente differentes.

O processo infeccioso, por vezes muito intenso, produz, rariissimas vezes, a suppuração dos kistos folliculares (1).

---

(1) CONSTANTIN DANIEL, que nunca conseguiu verificar esta suppuração dos kistos folliculares, refere, todavia, no seu trabalho, dois casos devidos a JONES e JACOBS. MAUGER, num

Na quasi totalidade dos casos trata-se d'uma inflamação chronica produzindo esclerose do estroma ovarico e transformando assim o ovario *micro-poly-kistico* num ovario *esclero-kistico*.

Esta ovarite esclero-kistica encontra-se com enorme frequencia durante o desenvolvimento dos fibromyomas uterinos. Se é certo que DANIEL e ainda ultimamente DEVAUX, não conseguiram verificá-la em mais de 56 0/0 dos casos, GRECO considera-a, todavia, como absolutamente constante, não hesitando em afirmar que, *até mesmo em ovarios considerados normaes, não seria difficil reconhecer, no interior do seu estroma lesões de esclerose extensas e multiplas.*

Para SLAVJANSKI (1), ROUSSAN (2), ROLLIN (3), POZZI (4), GHAZAROSSIAN (5) e LAWSON TAIT (6) a ovarite esclero-kistica pôde ser primitiva, independente de um processo inflammatorio, e unicamente devida ao erethismo ovarico, occasionado pela presença dos fibromyomas uterinos.

trabalho sobre ovarite suppurada publicado em 1900 (*Contribution à l'étude de l'ovarite suppurée*. Paris, 1900, pag. 51), cita tambem um caso em que o ovario se tinha transformado num enorme abcesso.

- (1) SLAVJANSKY, *Oophorites—Annales de gynécologie*, 1890.
- (2) ROUSSAN, *Varicocèle pelvien*. Paris, 1890.
- (3) ROLLIN, *Hémorragies de l'ovaire*. Paris, 1899.
- (4) POZZI, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, novembro e dezembro de 1897.
- (5) GHAZAROSSIAN, *Contribution à la pathogénie de l'ovaire scléro-kystique*. Paris, 1903.
- (6) LAWSON TAIT, *Maladies des ovaires*. Paris, 1886.

Para SEGOND (1), DÉLAUNAY (2) e CONZETTE (3), esta congestão inicial teria como consequencia immediata a formação de kistos folliculares; estes, dando logar a uma intensa irritação no tecido conjunctivo intersticial ambiente, provocariam uma esclerose, não inflammatoria, do estroma ovarico.

Não julgo accetaveis taes opiniões.

Das observações publicadas sobre o assumpto deduz-se claramente que, num grande numero de casos, as trompas, embora macroscopicamente sãs, são todavia séde d'um processo inflammatorio, unicamente revellado á analyse histologica e que não tardará a transmittir-se aos ovarios.

O proprio CONZETTE, que affirma não ser a degenerescencia esclero-kistica a consequencia d'uma doença inflammatoria do utero e das trompas, visto que, em muitos casos, estes orgãos se encontram absolutamente sãos, refere todavia, nas suas 37 observações, 28 casos em que as alterações tubares eram manifestas á simples vista.

Se accrescentarmos ainda, com PILLET (4), que as lesões inflammatorias do utero e das trompas podem desaparecer, mantendo-se no ovario o processo pathologico ou as lesões consecutivas, será legitimo con-

---

(1) SEGOND, *Traité de chirurgie Duplay et Reclus*, tomo VIII, artigo salpingo-ovarite.

(2) DÉLAUNAY, *Des opérations conservatrices de l'ovaire*. Paris, 1893.

(3) CONZETTE. *Contribution à l'étude des ovaires à petits kystes*. Paris, 1890.

(4) PILLET, *Étude anatomo-pathologique de l'ovaire scléro-kystique*, — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 29 de novembro de 1890.

cluir que, na maioria dos casos descriptos de ovarites esclero-kisticas, sem lesões inflammatorias do aparelho genital, se trata, na realidade, d'um processo inflammatorio antigo que desapareceu sem deixar vestigios nitidos da sua passagem.

E ainda, se fosse exacta a opinião de que os kistos, de origem simplesmente congestiva, eram os factores originarios da esclerose, seria de presumir que quanto maior numero de kistos existisse tanto mais extensas seriam as lesões de esclerose; ora é precisamente o contrario que se observa. Todos os autôres concordam effectivamente em que quanto mais extensas forem as lesões de esclerose, tanto menor é o numero de kistos folliculares.

Demais ainda, se o kisto fosse a causa da esclerose, esta deveria ser unicamente peri-kistica. Ora, se assim fôsse, como explicar então a existencia de zonas de esclerose sem relação alguma com os kistos folliculares?

Parece-me portanto que a congestão pelvica não póde, por si só, explicar a existencia de ovarios esclero-kisticos.

É certo que os phenomenos congestivos desempenham um papel consideravel na etiologia da ovarite esclero-kistica, mas não até ao ponto de produzirem a esclerose.

*Ao utero fibromyomatoso, essencialmente congestivo, corresponde o ovario micro-poly-kistico. Este, pela congestão intensa de que é séde, torna-se um terreno favoravel para a infecção, mas só por influencia d'esta se transforma em um novo typo anatomo-pathologico — o ovario esclero-kistico.*

Em alguns casos a infecção transmite-se por con-

tiguidade. O processo inflammatorio attinge o pavilhão da trompa e, por intermedio da franja ovarica, a peripheria do ovario.

Nestes casos, o ovario, de superficie primitivamente lisa, cobre-se de adherencias que o ligam aos orgãos vizinhos, chegando, por vezes, a constituir com a trompa uma massa irregular, sem limites nitidos, e onde só uma dissecção minuciosa conseguirá descobrir o que pertence a um e a outro d'estes orgãos.

Immediatamente abaixo d'estas adherencias, a parte externa da zona cortical é tambem frequentemente lesada. «Numa espessura variavel, podendo attingir alguns millimetros, existe uma camada de tecido escleroso, fibroide, com fibras onduladas, onde quasi não ha cellulas. Esta faixa de esclerose, quasi sempre continua, envolve o ovario até ao hilo» (FRAIKIN) (1).

Muito mais frequente é a transmissão por via lymphatica.

Neste caso não ha esclerose peripherica e o ovario apresenta os caracteres de uma normalidade perfeita. A esta normalidade apparente correspondem, porém, intensas modificações que attingem os differentes elementos que constituem o ovario.

---

(1) Para CORNIL e TERRILLON (*Anatomie et physiologie pathologiques de la salpingite et de l'ovaire*, — *Archives de physiologie*, novembro de 1887, pag. 529), estas lesões de esclerose limitam-se, por vezes, a simples adherencias e attingem unicamente a peripheria do ovario. Para LAWSON TAIT (Obr. cit., pag. 202) e ROCHE (Obr. cit., pag. 113), a esclerose invade tambem as camadas profundas da zona cortical, causando frequentemente a destruição completa dos folliculos primordiaes.

O estroma, nas suas porções medullar e cortical, transforma-se num tecido escleroso constituído por placas irregulares, dispostas sem ordem alguma, e por faxas de dimensões variáveis que sulcam o ovario em todos os sentidos.

As tunicas que constituem o envolvero dos folliculos, deformadas, assentam sobre um estroma escleroso, espesso, de dimensões variáveis.

Por vezes, nos ovarios infectados de ha muito ou muito intensamente infectados, os folliculos são completamente destruidos pelas lesões de esclerose, e, o ovario micro-poly-kistico, onde primitivamente existia um numero consideravel de kistos folliculares, torna-se agora um ovario totalmente esclerosado, onde, o exame microscopico, por mais minucioso, não consegue demonstrar a existencia d'um unico folliculo de GRAAF.

Os corpos amarelos são tambem, mais raramente é certo, envolvidos por um verdadeiro anel de esclerose, d'onde irradiam faxas que attingem, por vezes, o seu interior.

As arterias, primitivamente flexuosas e dilatadas, apresentam manifestas lesões de endo-arterite e de peri-arterite.

As veias, menos profundamente affectadas, são todavia séde de lesões de phlebite.

Em artigo publicado em 1888 DIXON JONES e HEITZMANN (1) citam, como complicação frequente da

---

(1) DIXON JONES, *Removal of the uterine appendages* (cit. por REYMOND, *Anatomie pathologique des salpingo-ovarites*. Paris, 1895).

ovarite esclero-kística, a compressão dos filetes nervosos que innervam o ovario.

Este facto, absolutamente logico, foi mais recentemente confirmado pelas numerosas observações de FRAIKIN.

Este ultimo autôr (1), tentando tambem investigar se ao lado d'esta compressão existiriam, á semelhança do que SAWINOFF tinha demonstrado para a salpingite parenchymatosa, lesões de peri-nevrite, não conseguiu todavia obter provas evidentes da existencia d'esta ultima affecção.

É muito provavel comtudo que a acção da esclerose se não limite á simples compressão das terminações nervosas, mas que chegue a determinar alterações anatomo-pathologicas dos filetes nervosos.

Ao terminar esta descripção das diversas alterações devidas a um processo de esclerose ovarica, occorre-me um facto, já mencionado por FRAIKIN, e que não devo deixar de accentuar: — *no ovario, estas lesões de esclerose nem sempre são faceis de reconhecer.*

No figado ou no rim, orgãos cujos elementos são altamente diferenciados, nada mais facil do que reconhecer a existencia de um tecido fibro-escleroso; no estroma ovarico, constituido por tecido conjunctivo, algumas fibras musculares e cellulas fusiformes, a esclerose caracteriza-se, por vezes, unicamente pela diminuição ou ausencia d'estas cellulas e pela pequena vascularização do parenchyma.

---

(1) FRAIKIN, obr. cit., pag. 80.

Mais longe se verá a importancia consideravel que se deverá ligar a este facto para a escolha da interção operatoria.

\*  
\*      \*

A estas alterações anatomicas dependentes dos fibromyomas uterinos, ou da infecção secundaria, tão frequentemente observada, correspondem modificações funcioaes diversas (hemorragias, leucorreia, hydrorreia, dôr, perturbações por compressão e manifestações nevróticas), cujo conjuncto é designado por Pozzi sob a denominação de *syndroma uterino*.

Na symptomatologia dos fibromyomas uterinos, avulta a *hemorragia* como signal que, na generalidade dos casos, primeiro desperta a attenção das doentes e que, pela sua exagerada abundancia, pôde dar ao fibromyoma, tumôr histologicamente benigno, o caracter d'um tumôr extremamente grave (1).

---

(1) PELLANDA, (*La mort par fibromyomes utérins*. Paris, 1905, pag. 33 e segg.), cita 9 casos de morte consecutiva a hemorragias uterinas. MATTHEWS DUNCAN (POZZI, obr. cit., pag. 352), cita tambem um caso de morte consecutiva a hemorragias causadas pela existencia d'um fibromyoma uterino.

Inicialmente reduzida a simples *menorragias*, não tarda a apresentar a fôrma *metrorragica* que, primitivamente accidental e irregular, se torna rapidamente habitual.

Qual é a causa d'estas hemorragias?

Para WYDER estariam ligadas á fôrma anatomica das lesões da mucosa.

No typo anatomo-pathologico por elle denominado «metrite glandular», proprio dos fibromyomas afastados da cavidade uterina, as hemorragias são inicialmente pouco frequentes. Só muito mais tarde, quando a multiplicação e o desenvolvimento exagerado das glandulas tiver comprimido os vasos e, consequentemente, occasionado uma estase sanguinea, é que as hemorragias, como consequencia da ruptura das paredes vasculares, se tornarão frequentes.

No typo «metrite intersticial», correspondente aos fibromyomas que occupam as proximidades da mucosa uterina, esta compressão vascular, mais precoce e mais intensa, produzida pela hyperplasia do tecido intersticial, dará causa a hemorragias frequentes e abundantes.

Esta concepção de WYDER, tambem defendida por BATUAUD (1) e mais tarde erigida em lei por BOUILLY, é actualmente aceite pela quasi totalidade dos autôres.

Nesta conformidade, em dois tratados de gynecologia recentemente publicados, escreveu-se:

«Les *hémorragies* deviennent le symptôme prédominant dans la majorité des cas. Elles revêtent la forme

---

(1) BATUAUD, *Les hémorragies dans les tumeurs fibreuses de l'utérus*. Paris, 1831, pag. 55.

*ménorragique* ou *métrorragique*, c'est-à-dire survient au moment des règles ou dans l'intervalle. Elles paraissent intimement liées, comme WYDER l'a soutenu, aux lésions de métrite interstitielle qui accompagnent toujours les corps fibreux peu éloignés de la muqueuse; le métrite glandulaire, qui coexiste avec les fibromes qui en sont plus distants, ne donne lieu qu'à de la leucorrhée. En générale, le symptôme hémorragie est d'autant plus accusé que le néoplasme est plus rapproché de la cavité» (POZZI) (1).

«D'ailleurs, l'hémorragie n'est pas absolument constante. Elle manque dans les fibromes sous-séreux et dans certains interstitiels; elle est au maximum dans les sous-muqueux. Elle serait d'autant plus importante que la tumeur se rapproche davantage de la muqueuse» (BOURSIER) (2).

Num estudo sobre endometrite e lesões annexias nos fibromyomas uterinos, SAINTOT (3) affirma também que as *alterações vasculares, as rupturas dos capillares e a existencia de focos sub-epitheliaes*, — modificações tão frequentemente observadas na metrite intersticial dos fibromyomas que atingem a cavidade uterina —, são suficientes para explicar a maior frequência das menorragias e das metrorragias nestes tumôres.

Para CURATULO (4), a estase vascular é, á semelhança

(1) POZZI, obr. cit., pag. 352.

(2) BOURSIER, obr. cit., pag. 511.

(3) SAINTOT, obr. cit., pag. 59.

(4) CURATULO, *Ricerche istologiche e considerazioni cliniche sulle alterazioni della mucosa uterina nei tumori della matrice. Annali de ostetricia e ginecologia*, 1891, n.º 1 e 2.

do que pensam WYDER, BOUILLY, POZZI, BOURSIER e SAINTOT, a causa inicial das hemorragias; todavia, ao contrario do que affirmam estes autôres, essa estase resulta, na opinião de CURATULO, não das alterações da mucosa, mas unicamente da compressão vascular causada pelo fibromyoma.

Como as veias são menos resistentes e, consequentemente, mais compressiveis do que as arterias, a compressão exercida pelo neoplasma não tardará a produzir uma congestão intensa e a ocasionar assim a ruptura dos capillares.

Opinião analoga era emittida por RIZZUTI (1) que, não tendo reconhecido na mucosa dos uteros fibromyomatosos, por elle observados, lesões susceptiveis de explicar as hemorragias, considerava como principaes factores d'este phenomeno pathologico, a presença do fibromyoma e a estase consecutiva.

SEMB, numa memoria publicada em 1893 (2), sem rejeitar abertamente a influencia que, no mecanismo das hemorragias, possa ter a estase vascular produzida na mucosa uterina pela hypertrophia do tecido intersticial ou glandular, affirmava todavia que a hypertrophia das paredes musculares do utero e a hyperplasia vascular que acompanham os fibromyomas são, independentemente da séde do tumôr, as causas mais frequentes das perturbações menstruaes symptomaticas do processo fibromyomatoso.

Nesta rapida exposiçãõ de opiniões quanto á origem e mecanismo das hemorragias, vê-se que todas são con-

---

(1) RIZZUTI, obr. cit., pag. 15.

(2) SEMB, obr. cit., pag. 37.

cordes em afirmar que o sangue provem da mucosa uterina e não do proprio tumôr (1) — exceptuando, é claro, os polypos fibrosos ulcerados em que o processo inflammatorio, destruindo as paredes vasculares, é a causa de hemorragias abundantes — mas que divergem quanto á interpretação do mecanismo d'estas hemorragias, do motivo por que a mucosa uterina sangra.

Emquanto que para WYDER, BATUAUD, BOUILLY, POZZI, BOURSIER e SAINTOT, as hemorragias estão sob a dependencia immediata das lesões vasculares produzidas pela metrite intersticial ou glandular; para CURATULO, RIZZUTI e SEMB, é a estase vascular, devida á acção directa do fibromyoma, a causa das hemorragias.

Estas hypotheses, exclusivamente fundadas em dados anatomo-pathologicos, estão, frequentes vezes, em manifesta contradicção com alguns factos clinicos.

Com effeito, acontece, frequentemente, que tumôres de minimo volume, sub-serosos, se acompanham de hemorragias abundantes, ao passo que outros, intersticiaes, volumosos, e em relação intima com a mucosa uterina, evolucionam sem perturbar a menstruação (2).

Ora sendo assim, não poderá invocar-se o volume e

---

(1) «Cette origine muqueuse du sang est démontrée par un fait de polype fibreux né dans le col d'une femme qui avait subi une hysterectomie sus-vaginale et qui malgré son polype n'avait jamais éprouvé d'hémorragie» (BOURSIER, obr. cit., pag. 511).

(2) No anno lectivo de 1905-1906 tive occasião de observar, na clinica escolar do Prof. Dr. DANIEL DE MATTOS, uma doente, com um fibromyoma sub-seroso de pequeno volume, que soffria de enormes hemorragias.

a situação do tumôr como causas necessarias e suficientes dos phenomenos hemorragicos.

Mas, admittindo mesmo que a estase sanguinea produzida nos vasos uterinos como consequencia das alterações da mucosa ou da compressão exercida pelo neoplasma fôsse o factor essencial da hemorragia (1), como explicar que esta causa, permanente, provocasse hemorragias periodicas ou mesmo irregularmente espaçadas ?

Não; para mim, se é certo que o sangue provem da mucosa uterina, o mecanismo das hemorragias deverá ser differente do que invocam os autôres que, limitando-se apenas ao exame histologico da mucosa, accetam, sem discussão, como causa das perturbações menstruaes, a estase sanguinea que alli se dá.

Admittindo com LAWSON TAIT «que ha hemorragias no utero fibromyomatoso do mesmo modo e pelas mesmas razões que ha hemorragias no utero a que estão annexos ovarios esclero-kisticos», julgo poder affirmar que são os ovarios doentes que, produzindo excitações anormaes, dão causa ás menorragias e sobretudo ás metrorragias tão frequentemente companheiras dos fibromyomas uterinos.

As alterações da mucosa unicamente poderão explicar a abundancia das hemorragias; a excitação ema-

---

(1) Para ROCHE (obr. cit., pag. 39), a existencia de hemorragias intersticiaes, por vezes observadas na mucosa uterina das fibromyomatosas, não parece intimamente ligada á das hemorragias uterinas. Num caso por elle observado, em que existiam multiplos fôcos hemorragicos sub-epitheliaes, tratava-se d'uma mulher que nunca tinha apresentado perturbações menstruaes.

nada do ovario, quer nas epochas menstruaes, quer nos seus intervallos, encontra um utero muito rico em vasos esclerosados e uma mucosa alterada; é evidente que um órgão assim modificado sangrará mais facilmente e mais abundantemente do que um órgão normal.

Se esta hypothese da origem ovarica das hemorragias não fosse exacta, e se, pelo contrario, a estase vascular produzida pela hyperplasia da mucosa ou pela compressão que o neoplasma exerce fôsse a causa immediata das perturbações menstruaes, como explicar que deixem de ter hemorragias, — facto aliás de observação corrente —, as portadoras de fibromyomas em cujos ovarios se interrompeu a actividade physiologica ou a quem se fez a castração bilateral?

Não subsistirão nestes casos as lesões da mucosa e a compressão exercida pelo neoplasma? Não continuará, consequentemente, a subsistir a estase vascular uterina?

Contra esta theoria ovarica das hemorragias teem-se levantado como objecções: — os resultados inconstantes da ablação bilateral dos annexos e a suppressão das hemorragias pela simples curetagem da mucosa uterina ou pela simples myomectomia.

A estas objecções respondo eu:

1.º Que quando, depois da castração ovarica, persistem as hemorragias, a ablação bilateral dos ovarios não foi, na maioria dos casos, completa.

Nos casos em que se tem a certeza absoluta de ter feito uma ablação completa dos ovarios, as hemorragias, se persistem, por pouco tempo será.

2.º Que os resultados da curetagem, quanto á suspensão das hemorragias, são pouco duradouros.

3.º Que os resultados favoráveis da myomectomia são naturais, visto que, na grande maioria dos casos, esta operação conservadora do útero é acompanhada de operações conservadoras nos ovários. Todavia, não raras vezes acontece que, não tendo estas operações conservadoras dos ovários suscitado o processo de esclerose, as hemorragias reaparecem passado algum tempo.

De modo que, a despeito dos argumentos até aqui invocados para combater a theoria ovarica das hemorragias, concordo plenamente com LAWSON TAIT quando diz que a causa primitiva das hemorragias das fibromyomas reside numa excitação pathologica originaria d'um ovario alterado; as alterações vasculares da mucosa uterina e a estase sanguinea concomitante, só poderão explicar a sua abundancia.

*Sempre que um fibromyoma se acompanhe de hemorragias poder-se-ha portanto affirmar que os ovários são séde de lesões esclero-kisticas.*

Além d'estas hemorragias, que acompanham a evolução dos fibromyomas uterinos, observa-se também, na quasi totalidade dos casos, um corrimento mucoso ou muco-purulento, por vezes espesso, incolôr ou sanguinolento — é a *leucorreia*.

Frequentemente também, existe um corrimento aquoso, inodoro, muito abundante (*hyrorreia*) e que, como a *leucorreia*, se distingue facilmente do corrimento fetido que acompanha o cancro do útero.

A hyrorreia, que sobrevem geralmente sem signal

premonitorio, pôde ser abundante, intermittente e de curta duração, ou, pelo contrario, continua. Observa-se fóra do periodo menstrual, mas, na generalidade dos casos, está em relação intima com a menstruação, apparecendo quer durante os dias que precedem, quer, de preferencia, durante os 5 ou 6 dias que seguem o fluxo menstrual.

A quantidade de liquido, muito variavel, pôde chegar a attingir um litro ou mais (BOURSIER).

A causa da leucorreia parece residir no enorme desenvolvimento glandular e na existencia, em certos casos, d'uma endometrite secundaria.

É muito mais frequente e abundante — facto que corresponde á concepção de WYDER — nos fibromyomas afastados da cavidade uterina.

De bem mais difficil averiguação é a causa da hydrorreia.

Para HÉGAR, NÈGRE e BOURSIER, é a consequencia da hypersecreção das glandulas hypertrophiadas. Para CHASSINAT resulta da ruptura dos vasos lymphaticos volumosos e dilatados. COUTZARRIDA, fundando-se na ausencia de muco e de destroços epitheliaes no liquido hydrorreico, suppõe tratar-se d'uma transudação do sôro sanguineo atravez das paredes dos capillares dilatados.

Esta ultima hypothese parece-me a mais accetavel.

O apparecimento da hydrorreia na visinhança da epoca menstrual, em que os capillares se deverão encontrar mais ingurgitados de sangue, é, a meu vêr,

um argumento de valor para corroborar tal opinião (1).

Muito menos constante do que as hemorragias, a leucorreia e a hydrorreia, é a *dôr*.

Excepcionalmente devido á compressão dos órgãos pelvicos, particularmente do plexo sagrado, e ás contracções uterinas provocadas pela existencia de polypos volumosos, o symptoma *dôr* é, como affirmam BOULLY (2), CONSTANTIN DANIEL (3) e FRAIKIN (4), devido, na quasi totalidade dos casos, á existencia de lesões annexiaes.

É necessario todavia não esquecer que, nem todos os fibromyomas que se acompanham de lesões annexiaes são dolorosos; estas, embora extensas e profundas, podem evolucionar silenciosamente (5).

Quando existentes, os phenomenos dolorosos, sensivelmente analogos aos da ovarite esclero-kistica, come-

---

(1) DUBOURG e PEPIN, citados por BOURSIER (obr. cit., pag. 512), referem um caso em que a hydrorreia tinha sido a consequencia da evacuação d'uma volumosa hydrosalpingite.

(2) BOULLY, *Manuel de pathologie externe*, t. IV, pag. 417.

(3) CONSTANTIN DANIEL, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, março de 1903.

(4) FRAIKIN, obr. cit., pag. 195.

(5) CONSTANTIN DANIEL cita a tal proposito uma observação de MONLONGUET em que se verificava a coexistencia d'um fibromyoma uterino com uma volumosa pyosalpingite dupla.

Não obstante a lesão annexial, a doente não sentia a mais insignificante *dôr* localisada no aparelho genital.

çam habitualmente um pouco antes do apparecimento da menstruação, attingem o auge em pleno periodo menstrual, e diminuem em seguida, chegando frequentes vezes a desaparecer por completo.

Todavia, nem sempre assim acontece. Numa doente por mim examinada ainda ha pouco na clinica escolar, estes phenomenos dolorosos, persistentes e intensos nos intervallos das epochas menstruaes, exacerbavam-se pelo apparecimento da menstruação, pelo mais insignificante esforço e só desapareciam pelo repouso completo e prolongado.

É mais raro o caso inverso, do desaparecimento da dôr no periodo menstrual e de crises dolorosas maximas nos periodos intermenstruaes (*dôr intermenstrual*).

A dôr localisa-se geralmente nas regiões annexiaes, ao meio d'uma linha que une a espinha iliaca antero-superior á symphise pubica e a trez dedos acima da arcada crural (BOUILLY).

Se os dois ovarios estão affectados, a doente queixa-se de um e outro lado da linha média.

Se as lesões são unilateraes, a dôr, geralmente localisada no orgão doente, póde ser todavia bilateral e até, embora mais raramente, occupar a região opposta ao orgão lesado (*dôr paradoxal de LABBADIE-LAGRAVE*). Este facto é sobretudo frequente nos fibromyomas uterinos que se acompanham de lesões dos annexos direitos, poisque, como affirma FRAIKIN, os phenomenos dolorosos tem uma notavel preferencia pelo lado esquerdo, embora as lesões occupem o lado opposto.

Na generalidade dos casos as dôres irradiam para a linha média,—facto que facilmente se explica pela exis-

tencia da endometrite concomitante —, para os rins, para a região lombar, para a região sagrada, — sobretudo na vizinhança da parte supero-interna das articulações sacro-iliacas —, para a parte superior das coxas, para as nadegas, perineo, anus e coccyx (*coccygodinia* de SIMPSON e SCANZANI) (1).

Como consequencia da ptose dos ovarios que, durante a evolução dos fibromyomas uterinos, abandonam frequentemente a fosseta ovarica para descer para a betesga de DOUGLAS, as dôres são por vezes intoleraveis durante o coito (*dispareunia* dos autôres inglezes) e durante a defecação (*dischezia* de RIGBY). É na realidade facilimo comprehender que a compressão exercida no ovario deslocado pelo contacto sexual mediato ou pelo bolo fecal, duro e volumoso, occasionese esses phenomenos dolorosos intensissimos.

A existencia d'estas dôres annexiaes, indubitavelmente dependentes das salpingo-ovarites que acompanham a evolução dos fibromyomas uterinos, é facilmente explicavel pelos dados anatomo-pathologicos já estabelecidos neste capitulo.

Os filetes nervosos que innervam as trompas são, como consequencia do processo inflammatorio que attinge estes orgãos, séde de manifestas lesões de perinevrite, já mencionadas e descriptas por SAWINOFF; estas lesões, de origem puramente inflammatoria, auxiliadas pela compressão resultante da hyperplasia ou da esclerose dos elementos conjunctivos, deverão contribuir consideravelmente para o apparecimento dos

---

(1) As irradiações para a região lombar são frequentemente despertadas pela compressão dos ovarios.

phenomenos dolorosos. Mas, além d'isto, o ovario é, como ficou demonstrado, séde de manifestas alterações que, na generalidade dos casos, correspondem á existencia d'uma ovarite esclero-kistica. O tecido esclerosado, por vezes consideravelmente desenvolvido, comprimindo as terminações nervosas intra-ovaricas, contribuirá tambem poderosamente para o apparecimento dos phenomenos dolorosos.

Conhecidas as relações do plexo nervoso genital com o grande sympathico, por intermedio do plexo hypogastrico, e com a medulla, pelo nervo vergonhoso interno, não será para estranhar que esta compressão dos filetes nervosos do ovario se acompanhe de diversas irradiações dolorosas.

Ao contrario do que se dá nas salpingites, em que a analyse histologica das trompas revela a existencia d'uma manifesta nevrite, os estudos anatomo-pathologicos de DIXON JONES e mais recentemente de FRAIKIN não permitem affirmar a existencia de lesões analogas nas terminações nervosas intra-ovaricas.

Mas, a despeito d'estas verificações anatomicas extremamente difficeis num orgão como o ovario em que as terminações nervosas são ainda tão mal conhecidas, inclino-me todavia a acceitar, como muito provavel, que os nervos, primitivamente comprimidos pela esclerose, degenerem e sejam, posteriormente, séde de uma nevrite que poderá, por vezes, alcançar os troncos nervosos do hilo e do ligamento largo.

Na realidade, se estas lesões de nevrite se encontram nas trompas lesadas, porque não existirão ellas tambem nos filetes nervosos do ovario? Sendo assim, facil será comprehender que este processo degenerativo ascendente atinja não só os troncos nervosos do

hilo, mas tambem os que occupam o ligamento largo. Esta hypothese, que julgo muitissimo provavel, coaduna-se com o facto da persistencia das dôres depois da ablação bilateral dos ovarios (1).

Contra este mecanismo (compressão e nevrite) que, á semelhança de FRAIKIN e outros, invoco para explicar os phenomenos dolorosos, poder-se-ha objectar que doentes com lesões de esclerose ovarica pouco extensas soffrem horrivelmente, ao passo que outras, cujos ovarios estão totalmente esclerosados, não sentem a mais insignificante dôr.

Se a esclerose, dir-se-ha, pela compressão e degenerescencia consecutiva dos filetes nervosos, fosse a causa da dôr, os phenomenos dolorosos deveriam ser, nestas ultimas, com ovarios completamente esclerosados, bem mais intensos do que nas primeiras.

A esta objecção responderei, todavia, que é necessario attender ao temperamento das doentes, ao terreno mais ou menos irritavel sobre que se desenvolvem as lesões.

É, com effeito, muitissimo provavel que, em doentes facilmente impressionaveis, lesões, por minimas que

---

(1) A persistencia dos phenomenos dolorosos depois da ovariectomia dupla, excepção feita das doentes hystericas, parece, com effeito, dever explicar-se pela existencia de lesões degenerativas nos filetes nervosos que, atravessando o ligamento largo, penetram no hilo do ovario. Duas razões militam em favor d'esta hypothese. Por um lado, as dôres são sobretudo nitidas de um e de outro lado do utero, á altura dos côtos da oophorectomia; por outro lado ainda, quando á ablação dos ovarios se junta a hysterectomia, isto é, quando se faz a ablação total dos nervos que se distribuem á trompa e ao ovario, as dôres não persistem.

sejam, produzam uma reacção excessiva, enquanto que noutras, menos excitaveis, lesões mais intensas evoluem silenciosamente.

Os *phenomenos de compressão*, quasi constantes nos volumosos fibromyomas pelvicos, são, pelo contrario, extremamente raros nos fibromyomas com evolução abdominal.

A compressão attinge, na maioria dos casos, a *urethra* e a *bexiga*, dando logar a retenção de urina, dysuria e cystalgia com pollakyuria.

É principalmente no momento da congestão periodica resultante da menstruação que estas perturbações vesicaes se accentuam, adquirindo, por vezes, quer pela estagnação permanente da urina, quer pelos catheterismos repetidos e não rigorosamente asepticos, a importancia de verdadeiras cystites (POZZI) (1).

A *compressão dos uretères*, bastante frequente nos volumosos fibromyomas intraligamentares ou intersticiaes, foi assignalada em 1849 por MURPHY (2) e posteriormente estudada por POZZI (3) e HUBERT (4).

---

(1) Num caso referido por BUDIN (POZZI, obr. cit., pag. 353), a compressão do collo da bexiga tinha produzido uma distensão chronica d'este orgão que simulava um volumoso kisto do ovario.

(2) MURPHY, cit. por Pozzi, obr. cit., pag. 353.

(3) POZZI, *Annales de gynécologie*, julho de 1884 pag. 1.

(4) HUBERT, *De l'albuminurie dans les fibromes utérins*. Bordeaux, 1898.

Na quasi totalidade dos casos, esta compressão tem como consequencia immediata o apparecimento de lesões renaes, por vezes extremamente graves (1), traduzidas clinicamente pela existencia de albuminuria.

Esta póde ser devida a uma simples congestão renal causada pela compressão incompleta do uréter (experiencia de HUBERT), ou, pelo contrario, occasionada por lesões renaes extremamente graves causadas por compressões ureteraes completas e prolongadas (BOURSIER).

A compressão do intestino e principalmente do recto produz frequentemente uma tenaz prisão de ventre, hemorroidas, por vezes mesmo, pela reabsorpção das toxinas fecaes, uma verdadeira toxemia (*copremia* de BARNES).

Por vezes tambem, esta compressão póde dar logar a oclusões intestinaes extremamente graves.

Em communicação feita em 1873 á Sociedade de ci-

---

(1) MURPHY (PELLANDA, obr. cit., pag. 154), cita um caso de uremia mortal causada pela compressão exercida sobre os uretères por um volumoso fibromyoma.

LEE e SKENE (*Amer. Journ. of Obstetr.*, junho de 1886, pag. 606), SALIN e WALIS (*Centr. f. Gyn.* 1887, n.º 25, pag. 407), CABOT (*Boston medical and surg. journ.*, junho de 1887, pag. 517) e outros, citam casos de uremia, de pyelites, e de pyelonephrites ascendentes, provenientes da compressão ureteral exercida pelos fibromyomas uterinos.

HUBERT (obr. cit., pag. 71 e segg.) e PELLANDA (obr. cit., pag. 165 e segg.), publicam tambem varias observações de accidentes uremicos mortaes consecutivos á compressão bilateral dos uretères.

rurgia de Paris, FAUCON (1) refere cinco casos de oclusão intestinal consecutiva a compressões exercidas por volumosos fibromyomas pelvicos.

Factos semelhantes foram referidos por SCHWARTZ, FOURESTIÉ, GUÉNIOT, LAMARRE, ROUTIER, PERCY PATON, DELORE, CULLINGWORTH, DUCHAUSSOY, GINGEOT, PÉAN, BOEKEL, BOYER e outros.

Mas, embora a compressão exercida pelos fibromyomas uterinos sobre os órgãos pelvicos e particularmente sobre o recto, seja um phenomeno pathologico de mecanismo facilmente comprehensivel, é certo, todavia, que os casos de oclusão intestinal referidos na litteratura medica são, felizmente, bastante raros (2).

Esta oclusão intestinal, resultante na maioria dos casos da simples compressão exercida pelo fibromyoma sobre o recto (casos de BOEKEL, BOYER, FOURESTIÉ (3)

---

(1) FAUCON, *D'une variété d'étranglement interne qui reconnaît pour cause la compression de l'intestin par les hystéromes*, cit. por PELLANDA, pag. 173.

(2) PELLANDA, (obr. cit., pag. 183 e segg.) só conseguiu reunir vinte casos de oclusão intestinal produzida por fibromyomas.

Este numero parece corresponder á totalidade dos casos publicados até 1905.

(3) Julgo interessante transcrever a observação de FOURESTIÉ, não só pelo facto da oclusão intestinal ter sido produzida por um fibromyoma de pequeno volume, — facto sem duvida excepcional—, mas tambem e principalmente pela existencia de lesões concomitantes na bexiga, nos uretères e nos rins.

«Pequeno fibromyoma intersticial, occupando a face posterior do utero. Retroversão uterina ; compressão do recto e

e LAMARRE), ou sobre o intestino delgado (casos de CULLINGWORTH e ROUTIER), é por vezes devida também á acção de pregas ou de adherencias creadas pela existencia de phenomenos inflammatorios peri-uterinos (casos de GINGEOT, PÉAN e PERCY PATON).

A compressão dos vasos iliacos, que por vezes se observa durante a evolução dos fibromyomas uterinos, traduz-se frequentemente, por edemas dos membros inferiores e por varizes.

Algumas vezes tambem, embora mais raramente, observam-se tromboses venosas que, segundo BASTARD (1), se localisam, de preferencia, na veia iliaca externa, na femural e na saphena esquerdas (2).

da bexiga. Paralysis do intestino por distensão excessiva; meteorismo.

«Lesões verificadas pela autopsia: O intestino grosso distendido por gazes, attingia enormes proporções. A bexiga, volumosa e congestionada, estendia-se desde o pubis até tres centímetros abaixo da cicatriz umbilical. O uréter esquerdo, de calibre muitissimo elevado, communicava livremente com o rim. Este era séde de uma hyperemia intensa e de multiplos focos de suppuração. O uréter direito, tambem augmentado de volume, fluctuava na cavidade abdominal, ao lado do rim; este, completamente transformado num enorme abcesso, constituia um tumor fluctuante de volume 5 ou 6 vezes maior do que o normal».

(1) BASTARD, *De la thrombose veineuse dans les tumeurs fibreuses de l'utérus*, cit. por PELLANDA, obr. cit., pag. 123.

(2) A pathogenia d'estas tromboses tem sido objecto de numerosas discussões.

A theoria mais antiga, invocada tambem para explicar a maior parte das phlebites e ainda ha poucos annos defendida por BASTARD, é a da *trombose marastica*.

«Para explicar a coagulação do sangue que, por vezes, se

Como consequencia racional d'estas tromboses, surgem embolias mortaes. Foi o que aconteceu em dez doentes referidas por PELLANDA (1).

dá, durante a evolução dos fibromyomas uterinos, nas veias iliacas, nas femuraes e nas saphenas, não se póde invocar a compressão exercida pelo neoplasma ou a inflamação originada nas veias uterinas e propagada ás veias iliacas. A causa principal, senão unica, dos accidentes, reside nas *alterações do sangue* occasionadas pela anemia profunda das doentes.

Para fazer esta affirmação BASTARD funda-se em que: — 1.º a trombose venosa pode dar-se durante a evolução dos fibromyomas pouco volumosos e que só produzem uma compressão incompleta dos vasos iliacos; 2.º a autopsia de fibromyomas attingidas de tromboses não consegue, na maioria dos casos, revelar a existencia de phenomenos inflammatorios peri-uterinos; as veias uterinas e hypogastricas encontram-se quasi sempre sãs.

Estas conclusões de BASTARD teem sido ultimamente combatidas por VAQUEZ, DOLÉRIS e WIDAL.

Na epoca actual, conhecida a extrema frequencia com que as lesões inflammatorias attingem, durante a evolução dos fibromyomas uterinos, o apparelho genital interno da mulher, demonstradas por HAYEM e MAYET as *alterações humoraes* consecutivas a perturbações diversas (*copremia, leucorreia, hemorragias*) occasionadas pelos fibromyomas uterinos, a doutrina marastica foi totalmente supplantada pelas theorias chimica e infecciosa.

É todavia necessario não esquecer que a acção mecanica exercida pelos fibromyomas desempenha tambem um papel importante na pathogenia das tromboses venosas.

Tal é a opinião ainda ultimamente sustentada por MICHEL num trabalho sobre embolias pulmonares (MICHEL, *Fibromes et embolies pulmonaires — Revue de Gynécologie*, 1900).

(1) PELLANDA, obr. cit., pag. 131 e segg.

Felizmente estes casos, extremamente raros, podem entrar no quadro das verdadeiras curiosidades científicas.

\*  
\*   \*  
\*

Não terminarei este capítulo sem me referir, embora superficialmente, a um conjuncto de perturbações que, por vezes, se observam durante a evolução dos fibromyomas uterinos, e que parecem estar intimamente ligadas ás alterações do apparatus genital que acompanham o processo fibromyomatoso:— são as manifestações nevróticas.

Todos os autôres que descrevem as metrites, as salpingites e as ovarites, assignalam como symptomas quasi constante estas perturbações; natural será pois que, sendo aquellas affecções tão frequentes no apparatus genital fibromyomatoso, essas mesmas perturbações se possam aqui encontrar.

É certo que as portadoras de fibromyomas nem sempre apresentam esse luxo de phenomenos nevróticos que constituem o cortejo symptomatico habitual das inflamações do apparatus genital; todavia, em alguns casos e não raros, já tive occasião de observar, nestas doentes, phenomenos d'essa ordem extremamente accentuados.

FRAIKIN, ROCHE e CONZETTE citam casos de fibromyomas uterinos acompanhados de evidentes manifestações nevrósthénicas.

Em cinco doentes examinadas por FRAIKIN (1), o cortejo symptomatico era sensivelmente analogo ao que o mesmo autôr descreve como correspondendo á ovarite esclero-kística. Era de esperar este facto desde que sabemos que esta affecção ovarica se encontra frequentemente nas fibromyomas.

«L'état mental des malades est presque toujours altéré. Elles deviennent neurasthéniques à forme hypochondriaque. De la neurasthénie, elles ont certains stigmates:— les céphalées, le tremblement et surtout l'idée fixe. Leur maladie devient leur préoccupation dominante (obsession génitale); elles y pensent sans cesse, elles ne vivent que pour elle.

«Elles assaillent le médecin, lui décrivent avec un luxe de expressions, une variation de termes extraordinaires (même les femmes du peuple), les troubles en partie réels qu'elles ressentent, et le tyrannisent pour qu'il leur fasse quelque chose, pour qu'il les opère. Ce n'est pas là un tableau imaginaire, chargé à plaisir; et nous avons observé plusieurs fois ces faits chez nombre de malades que nous avons suivies.

«Il existe chez les malades atteintes d'affections utéro-ovariennes un état mental pathologique pour lequel une étude de psychologie morbide complète serait nécessaire, et dont on s'occupe peu d'ordinaire, car il est mal connu, mais qui au même titre que les douleurs locales demande un traitement curatif.

---

(1) FRAIKIN, obr. cit., pag. 117, 119, 133, 165 e 166.

«L'état mental est quelquefois excité; mais le plus souvent les phénomènes dépressifs dominant.

«Parfois le caractère devient très mobile, changeant, susceptible, irritable et émotif, impatient, primesautier, contradictoire d'un moment à l'autre, acerbe puis tendre, renfrogné puis rieur.

«C'est quelquefois une dépression générale de tout le système nerveux qui rend la femme incapable de tout effort sans cependant que l'affaiblissement musculaire ou l'altération de la santé soient en rapport avec cet état de langueur» (FRAIKIN) (1).

O autôr termina por denominar estas doentes *neurasthenicas utero-ovaricas*.

É assim tambem que se exprime POZZI (2) quando diz: — «C'est un état de neurasthénie particulière, de dépression excessive, qui rend la femme incapable de tout l'effort».

Uma das doentes examinadas por FRAIKIN (3) apresentava uma manifesta tendencia para o suicidio.

O mesmo se observava tambem num caso referido por CONZETTE (4).

Estas manifestações nevróticas estão, indubitavelmente, sob a dependencia das alterações do aparelho genital.

Todos nós sabemos que as lesões genitales, por insignificantes que sejam, podem provocar na mulher, como no homem, a maioria das vezes por uma pre-

---

(1) FRAIKIN, obr. cit., pag. 199.

(2) POZZI, obr. cit., pag. 267.

(3) FRAIKIN, obr. cit., observ. 73, pag. 182.

(4) CONZETTE, obr. cit., observ. 23, pag. 64.

ocupação moral, as mais extravagantes perturbações nervosas. Facil será portanto comprehender que, quando estas lesões genitales se acompanham, como por vezes acontece nas fibromyomas, de dôres, de hemorragias, de impossibilidade de exercer o coito, etc., as doentes venham a apresentar intensas perturbações psychicas. «On deviendrait quelquefois névropathe pour moins que cela» (FRAIKIN).

As affecções utero-ovaricas coincidem tambem, frequentemente, com a hysteria.

D'esta coexistencia, assignalada por todos os que se occuparam do assumpto, nasceu a theoria ovarica d'esta nevrose.

Em artigo publicado em 1846, SCHÜTZENBERGER (1) emittia a opinião de que a hysteria tinha fundamentalmente por causa uma excitação com ponto de partida no ovario.

Alguns annos mais tarde (1858 e 1870), NÉGRIER e CHAIROU (2) affirmavam tambem que a irritação ovarica era a causa determinante dos phenomenos hystericos.

Para TILT (3), a hysteria estava sob a dependencia d'uma ovarite. Suppunha, á semelhança do que affir-

---

(1) SCHÜTZENBERGER, citado por AMSELLE, *Concéption de l'hystérie*. Paris, 1907, pag. 16.

(2) NÉGRIER e CHAIROU, cit. por PICHEVIN, *Des abus de la castration chez la femme*. Paris, 1890, pag. 70.

(3) TILT, cit. por CONZETTE, obr. cit., pag. 46.

mavam ROBERT LEE e NÉGRIER, que as perturbações de origem ovarica se transmittiam ao systema cerebrospinal pelo systema ganglionar.

BOWEL, num trabalho sobre epilepsia e hystero-epilepsia (1), citava varios casos em que os accidentes convulsivos pareciam estar em intima relação com uma perturbação da sensibilidade ovarica e principalmente com a ovaralgia.

HEGAR, em artigo publicado em 1886 e transcripto por GHAZAROSSIAN (2), considerava tambem as affecções genitales como causa efficiente da hysteria. «Sob este ponto de vista, diz o autôr, é necessario citar a degenerescencia micro-kistica que, por vezes latente, produz, em regra, perturbações nervosas. Em alguns casos trata-se de verdadeiros phenomenos hystericos».

TISSIER, citado pelo mesmo autôr, (pag. 13), affirmava tambem que entre o ovario e certos accidentes hystericiformes, existia um correlação positiva, evidenciada pelas investigações de CHARCOT, pelas demonstrações de BARADUC (Sessão da Sociedade de biologia de 25 de fevereiro de 1882), pela suspensão das crises de hysteria á pressão sobre a região ovarica e ainda pelos phenomenos de *aura* partindo do hypogastro.

CONZETTE (3) cita tambem a opinião de LUCAS CHAMPIONNIÈRE, expressa num artigo sobre ovarites e salpingites publicado em 1889. «As lesões dos annexos affectam quasi sempre o systema nervoso e não é raro

---

(1) BOWEL, cit. por FERRAND, *Dict. des sciences médicales*, vol. 18, artigo «Ovaire», pag. 757.

(2) GHAZAROSSIAN, obr. cit., pag. 22.

(3) CONZETTE, obr. cit., pag. 47.

observar nas doentes todos os accidentes, desde um simples exagero da sensibilidade, até aos symptomas da grande hysteria. Estas perturbações vão-se accentuando á medida que a doença progride. Não se trata do estado moral ou do estado nervoso que se observa nos individuos que soffrem d'uma doença chronica vulgar ; nestas doentes hystericas trata-se d'uma irritação habitual do ovario.

«Tive até occasião de observar um caso em que, não obstante as dôres moderadas, existia, todavia, uma ovarite nitida com a qual tinham principiado os accidentes nervosos. Estes phenomenos são particularmente frequentes nos casos de ovarite esclero-kistica».

Em artigo publicado em 1881, LAWSON TAIT (1) invocava, para provar a origem ovarica da hysteria, o facto da cura d'esta nevrose pela ablação bilateral dos ovarios.

O mesmo fazia BATTEY em artigo publicado nos anaes de gynecologia do mesmo anno e transcripto por PICHEVIN (2).

Esta concepção ovarica da hysteria, defendida pelos autôres citados, era já combatida por BERNUTZ quando, num artigo do Diccionario de medicina e cirurgia (3), affirmava que, em os numerosos casos por elle observados, se tratava apenas d'uma simples coincidencia entre as lesões genitae e a hysteria. Esta não podia, de

---

(1) LAWSON TAIT, *Revue de chirurgie*, 1881, pag. 431.

(2) PICHEVIN, obr. cit., pag. 85.

(3) BERNUTZ, *Dict. de médecine et de chirurgie*, artigo «Hystérie».

modo algum, ser attribuida á existencia das primeiras.

Fundando-se na existencia de manifestações hystericas no homem, BERNUTZ negava ás lesões ovaricas o papel de causa efficiente dos phenomenos hystericos.

Mas, considerações d'outra ordem vieram fazer naufragar por completo esta theoria ovarica da hysteria.

Uma das provas da origem ovarica da hysteria, dizia TISSIER, é a interrupção das crises, a suspensão dos ataques, pela compressão das regiões annexiaes.

Admittindo mesmo, — embora trabalhos posteriormente publicados tivessem estabelecido a existencia d'uma zona hystero-genea na pelle da região que responde ao ovario —, que a cura do ataque hystericico era devida á compressão do ovario, este facto não poderia de modo algum servir de argumento a favôr da origem ovarica da hysteria, visto que é tambem de observação corrente o desapparecimento da crise de hysteria por simples compressão da laringe ou dos globos oculares.

Sendo assim, aquelles que, com TISSIER, sustentavam ainda ha poucos annos, baseados na suspensão do ataque hystericico pela compressão das regiões annexiaes, a origem ovarica da hysteria, seriam necessariamente conduzidos a concluir pela existencia de uma nova hysteria de origem laringea e ocular.

Ás curas obtidas pela castração ovarica a que se referiam LAWSON TAIT e BATTEY foi tambem negado valor comprovativo desde que se conheceram os innumeros insuccessos d'esta operação verificados por FOREL, SIMS, CARTENS, VERNEUIL, BURKART, LIPPMANN,

RIESTLEY, PLAYFER, REAMY, MONTGÓMERY, REMARK, SPIEGELBERG e tantos outros.

PÉAN (1), desejando todavia conciliar a fallibilidade operatoria com a origem ovarica da hysteria, invocava, ao lado da hysteria essencial, uma outra de origem genital.

E assim, numa das suas lições no hospital de Saint-Louis, dizia :

«Ha duas variedades bem nitidas de hysteria, variedades differentes pela sua symptomatologia, differentes sobretudo pela sua causa e pelo seu modo de apparecimento.

«A primeira, essencialmente nervosa, reconhece por causa uma disposição anatomica especial ou uma perturbação funcional do systema cerebro-espinhal.

«A segunda está sob a dependencia de uma affecção do aparelho genital, de tal modo que basta fazer desaparecer a causa para obter a cura. Esta variedade, que não tinha passado desapercebida aos antigos observadores, é, todavia, muito menos conhecida dos medicos do que a precedente, com a qual, na generalidade dos casos, se confunde.

«A hystérica genital não tem antecedentes morbidos; a hereditariedade nervosa não existe, ao passo que a nevrose da hystérica cerebro-espinhal reconhece quasi sempre por causa um vicio hereditario que as doentes não deixam de confessar. Além d'isso, ao passo que esta occasiona desde a infancia desordens que, embora menos accentuadas do que depois da primeira menstruação, não deixam todavia de ser evidentes, na hys-

---

(1) PÉAN, cit. por PICHEVIN, obr. cit., pag. 78.

rica ovarica, pelo contrario, as perturbações nervosas apparecem, pela primeira vez, com a doença local. Antes d'isso, nada de extraordinario se observa; a menstruação foi sempre regular.

«Todavia, depois d'um tempo mais ou menos prolongado d'esta existencia normal em que nada fazia prevêr o apparecimento de phenomenos hystericos, surgem, como consequencia d'um parto, ou sob a influencia de uma pronunciada fadiga sexual, as perturbações genitales: dôres lombares, leucorreia, dysmenorreia, etc.

«Frequentes vezes a doente refere que, um dia, estando menstruada, *commetteu uma imprudencia* e que, desde esse momento, se sentiu perturbada.

«Em resumo, a affecção tem nitidamente principiado por uma desordem genital que constitue inicialmente o unico symptoma.

«Passado pouco tempo sobreveem as nevralgias que, primitivamente localizadas nos ovarios com irradiações para o abdomen e para as côxas, não tardam a attingir o trigemeo, os nervos intercostaes e os ramos do plexo lombar.

«Mais tarde, estas dôres, exacerbadas nas epocas menstruaes e tendo o maximo de intensidade á altura do ovario, acompanham-se de syncopes e de verdadeiros ataques de hysteria.

«Emfim, ao passo que nas nevropathas se observa a partir d'uma certa idade, uma tendencia para um estado estacionario ou até mesmo uma certa melhora, o contrario se dá nas hystericas ovaricas. As primeiras conservam a sua nutrição habitual; as segundas emmagrecem consideravelmente e a tuberculose é frequentes vezes a terminação funesta d'este emmagrecimento progressivo. É nestes casos que o cirurgião

deverá intervir, é nestas hystericas ovaricas que se obterá a cura pela intervenção cirurgica, pela castração».

Contra esta distincção entre hysteria genital e hysteria essencial insurgiram-se desde logo numerosos autôres affirmando que, se o que caracterisava a hysteria ovarica era o emmagrecimento notavel que terminaria frequentemente pela morte se a castração redemptora não fosse executada a tempo, como explicar então as curas obtidas em doentes, cujo cortejo symptomatico correspondia precisamente ao quadro descripto por PÉAN na hysteria genital, pela simples faradisação uterina como observou APOSTOLI, pela applicação d'um pessario como num caso citado por BROWNE, pela simples mudança de ares como em algumas observações de BIGELOW, e unicamente pela suggestão como referia SCHEIRON?

Estes factos eram o golpe de misericordia na origem ovarica da hysteria e as lesões annexiaes observadas em doentes hystericas foram, desde então, consideradas como simples coincidencias.

Na epoca actual, não se podendo portanto admittir que a causa efficiente da hysteria resida nos ovarios, nas trompas ou no utero, quer estes orgãos estejam doentes, quer estejam sãos; se ligar a hysteria ao ovario é uma nova edição da theoria hyppocratica, uma applicação a esta theoria dos conhecimentos modernos, o que equivaleria a modificar muito superficialmente a antiga doutrina, não se deverá todavia deixar de concordar em que as lesões genitales são frequentemente a causa occasional actuando num organismo já predisposto.

Estas perturbações do apparelho sexual são, na

phrase de GUINON, a pedra que faz tombar a mulher predisposta.

As affecções genitae (fibromyomas com degenerescencia esclero-kistica dos ovarios, metrites, salpingites, etc.) e a hysteria constituem portanto estados pathologicos que, — facto que convém accentuar —, embora frequentemente coexistentes, não teem todavia intimas relações de causa efficiente para effeito.

## CASTRACÃO OVARICA (1)

A castração ovarica, como aliás a maior parte das intervenções cirurgicas, é operação que se pratica desde a mais alta antiguidade.

ANDROMEDES, rei da Etiopia, não hesitava em mandar castrar algumas das mulheres dos seus harens, na esperança de lhes supprimir as tendencias lascivas.

GIGES, rei da Lydia, mandava tambem ovariectomisar as suas numerosas amantes, convicto de que assim lhes conservava a belleza: «*Ut iis semper cõtate et forma florentibus uteretur*».

Em epochas tambem muito remotas, a castração, ovarica ou testicular, era ainda considerada como a therapeuticamente ideal de doenças variadissimas.

Para HYPOCRATES era um preservativo certo da gotta: «*Eunuchi non laborant podagra*».

GALENO e FRACASTORUS consideravam-na como meio

---

(1) A designação «castração ovarica» significa a ablação dos ovarios sãos; todavia, em linguagem corrente, emprega-se tambem como synonymo de ovariectomia dupla (ablação dos ovarios doentes). É com esta significação que aqui é empregada.

curativo da lepra: «Antipathia vero elephantiasis veneno resistit, hinc eunuchi et quicumque sunt mollis, frigidæ et effeminatæ naturæ, nunquam at vero, lepra corripiuntur et quidem quibus imminet lepræ periculum de concilio medicorum sibi virilia amputare permittitur».

Os padres de Cybele affirmavam tambem ser a castração o remedio infallivel da loucura: «... qui ante castrationem maniaci erant, sanam aliquando mentem ab illo recuperant».

Mas, áparte estas tentativas operatorias, simplesmente citadas a titulo de curiosidade, a ovariectomia dupla só foi praticada com um fim verdadeiramente scientifico por ASTLÉE que, em 1843, a executou numa doente que soffria d'um kisto do ovario (1).

Desde então até 1889, os numerosos cirurgiões que tiveram occasião de praticar a castração ovarica e de estudar as alterações physiologicas que porventura podessem julgar-se como resultado d'essa mutilação sexual, limitam-se a assignalar algumas perturbações insignificantes, chegando á conclusão de que a ablação bilateral dos ovarios era operação que não perturbava sensivelmente as condições physiologicas do individuo operado.

Em 1873, num trabalho publicado sobre os resultados da ovariectomia dupla, PUECH (2) affirmava que

---

(1) Em Portugal, a primeira ovariectomia dupla foi praticada em 1866 pelo prof. Barbosa (A. MONJARDINO, obr. cit., pag. 32).

(2) PUECH, *Considérations physiologiques sur la castration chez la femme*, citado por GILBERT, *Étude sur l'opothérapie ovarienne*. Paris, 1889, pag. 16.

a extirpação dos ovarios não produzia modificações notaveis no estado geral das operadas. Se em alguns casos, embora raros, as ovariectomisadas não sentiam uma necessidade erotica imperiosa, os seus orgãos genitales continuavam todavia excitaveis, e nas relações sexuaes não deixavam de manifestar sempre o seu prazer genesico.

Em artigo publicado em 1876, STAHL (1) declarava tambem que a ablação bilateral dos ovarios criava nas operadas um estado analogo ao das mulheres que attingiam a menopausa natural. Áparte ligeiros afrontamentos, nada mais se observava que podesse contra-indicar a operação.

Para KEBERLÉ (2), a ovariectomia dupla, geralmente seguida da abolição completa do fluxo menstrual, não exercia influencia especial sobre o estado physico e physiologico da mulher.

Não menos optimista era PÉAN (3) quando affirmava que, contrariamente ao que se observa no homem, a mulher castrada conserva as impulsões sexuaes, o que é sufficiente para explicar que nella se não observe a depressão moral, a melancolia, por vezes mesmo as tendencias suicidas, tão frequentes nos homens castrados.

Com o artigo de GLÆVECKE publicado em 1889 e mais recentemente transcripto por JAYLE (4), o optimismo

---

(1) STAHL, cit. por FERRY, *Conséquences de l'ablation des ovaires chez la femme*, 1907, pag. 15.

(2) KEBERLÉ, *Dictionnaire de méd. et de chir.* tom. 25, pag. 595.

(3) PÉAN, cit. por GILBERT, obr. cit., pag. 19.

(4) JAYLE, *Revue de Gyn. et de Chir. abdominale*, 1897, pag. 407.

até então partilhado por todos aquelles que tinham estudado os resultados afastados da ovariectomia dupla soffreu um profundissimo golpe e a castração ovarica deixou de ser essa panacea applicada à *outrance*, para entrar no quadro das intervenções cirurgicas de consequencias physiologicas gravissimas.

É necessario que aquelles que defendem a castração ovarica se convençam, dizia SPENCER WELS no congresso francez de cirurgia de 1891 (1), de que, depois da ablação bilateral dos ovarios e das trompas, a doente, ou morre, ou só por excepção deixará de ficar em estado muitissimo mais grave do que antes da operação. As dôres persistem e a ideia d'uma esterilidade futura é a causa das perturbações mentaes graves que muitas doentes apresentam.

A apoiar as ideias de SPENCER WELS surgem os successivos trabalhos de CANU, JAYLE, KAMENETZKY, GRAMMATIKATI, ABRANT, WILIAM LUSK e GOODELL.

Não tardou porém a reacção e ás affirmações d'aquelles que consideravam a ovariectomia dupla como operação perigosa sob o ponto de vista das suas consequencias physiologicas que deviam considerar-se gravissimas, oppuzeram-se os trabalhos successivamente publicados por LAWSON TAIT, RICHELLOT, JEANNEL, MARTIN, PINESSE, CHAVIN, LISSAC, JULIEN e FERRY.

Na epoca actual as opiniões continuam divergentes e, ao lado de FERRY (2) affirmando que as perturbações

---

(1) SPENCER WELS, *Congrès français de chirurgie*, 1891, pag. 157 e 158.

(2) FERRY, obr. cit., pag. 325.

causadas pela castração ovarica, na grande maioria dos casos insignificantes, se attenuam ou desaparecem com o tempo, continua JAYLE (1) a proclamar que a ablação total dos ovários, pelas perturbações constantes e graves que occasiona, só em ultimo recurso deverá fazer-se.

Abandonando por completo os entusiasmos irrefletidos e os exageros de todos aquelles que, á semelhança de LAWSON TAIT, preconizam ainda, na epoca actual, a ovariectomia dupla quando mesmo as lesões sejam minimas e insignificantes e só um ovario affectado, e de todos os outros, hoje muito mais numerosos, que não hesitam em affirmar, reproduzindo as ideias professadas por WILIAM GOODELL, ser a ovariectomizada uma victima condemnada durante longos annos a uma vida miseravel, exporei nas paginas que vão seguir-se as perturbações geralmente assignaladas como consequencia da suppressão dos ovários, tentando demonstrar, á luz de estudos recentes, que algumas d'ellas não teem com o acto cirurgico as relações intimas de supposta dependencia.

FERRY, que mais particularmente tem estudado o assumpto, entre as consequencias da ablação bilateral dos ovários descreve «modificações psychicas», «alterações do apetite sexual», «phenomenos congestivos e hemorragicos», uma «nevropathia abovarica» (asthenia neuromuscular, cepheleias, insomnias, dyspepsias

---

(1) JAYLE, *Revue de chirurgie*, 1906, pag. 337.

e palpitações), «perturbações sensoriaes», «modificações de nutrição» e «affecções cutaneas».

Sensivelmente analoga é a ordem adoptada na exposição que faço.

\*  
\*   \*

Em artigo publicado em 1908 sobre as modificações psychicas nos syndromas ovaricos, LAVASTINE (1) divide estas modificações em *psychoses* e *perturbações psychicas elementares*, agrupando sob esta ultima designação a impaciencia, a irritabilidade, a tristeza e a apathia de algumas doentes.

Entre as consequencias da castração ovarica são as *psychoses* as que numerosos autôres consideram como mais graves e que mais justificam o receio pela ovariectomia dupla. É que em alguns medicos predomina ainda a ideia de que a ablação bilateral dos ovarios é, não raras vezes, a causa efficiente da alienação mental.

---

(1) LAVASTINE, *Les troubles psychiques dans les syndromes ovariens* — *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, 1908, pag. 592.

E é assim, partilhando esta opinião, que o autôr d'um trabalho recentemente publicado não hesita em affirmar que as mulheres castradas se tornam, na maioria dos casos, pensionistas de manicômios (1).

BALDY, citado por FERRY (2), affirma tambem que a oitava parte das alienadas que existiam nos asylos da Pensilvania tinham soffrido anteriormente uma ovariectomia dupla.

Semelhante era a opinião de THOMAS KEITH quando, em comunicação apresentada a um dos recentes congressos de cirurgia de Paris sobre a frequencia da loucura depois da castração, declarava que 10 0/0 das mulheres ovariectomizadas eram alienadas.

REGIS (3), um pouco menos affirmativo, dizia, todavia, ha bem pouco tempo ainda, referindo-se a quatro casos de loucura consecutiva a salpingo-oophorectomias, que, sem haver factos absolutamente demonstrativos, não se podia excluir de entre as causas da alienação mental a supressão total dos ovarios.

Sensivelmente analogo é a opinião de LAVASTINE (4) quando affirma que a relação entre as psychoses e as outras perturbações mentaes consecutivas á castração e a transição que se estabelece entre ellas por uma serie de perturbações intermediarias parecem dever conduzir-nos a aceitar como causa efficiente a abolição da secreção interna do ovario.

---

(1) CANU, *Résultats thérapeutiques de la castration chez la femme*. Paris, 1897, pag. 109.

(2) FERRY, obr. cit., pag. 89.

(3) REGIS, *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, 1908, pag. 580.

(4) LAVASTINE, obr. cit., pag. 594.

Muito differente é todavia a opinião d'aquelles que, pondo de parte quaesquer considerações de ordem puramente physiologica, se limitaram — estudo bem mais demonstrativo — á analyse minuciosa dos factos observados.

«Embora tenha feito varias centenas de ovariectomias, diz DELBET (1), nunca consegui verificar um unico caso de psychose consecutiva».

MARTIN (2), depois de examinar 45 doentes ovariectomizadas, termina egualmente por affirmar que, «se é certo que algumas d'ellas apresentam perturbações psychicas insignificantes, a alienação mental não existe em nenhuma».

JAYLE (3), em 57 operadas por elle examinadas, não conseguiu verificar um unico caso de loucura.

De 136 ovariectomizadas observadas por PINESSE (4), só uma apresentava perturbações mentaes graves.

Num trabalho publicado em 1894, BAUDRON (5) affirma tambem que, em 200 casos da sua observação, só conseguiu verificar duas vezes a existencia de accessos de melancolia, que não tardaram todavia a desaparecer.

Das 51 operadas que servem de base ás estatisticas

(1) DELBET, *Revue de chirurgie*, 1899, pag. 511.

(2) MARTIN, *Résultats éloignés de l'ablation des annexes uterins*. Paris, 1893, pag. 58.

(3) JAYLE, *Effets physiologiques de la castration chez la femme — Revue de gyn. et de chir. abdominale*, 1897, pag. 403 a 457.

(4) PINESSE, *Résultats éloignés de l'ablation bilatéral des annexes*. Paris, 1894, obs. 129, pag. 93.

(5) BAUDRON, *Conséquences de la castration chez la femme*. Paris, 1894, pag. 52.

de FERRY (1), nenhuma apresentava signaes de alienação mental.

De todas estas estatisticas, cujo conjuncto se refere a perto de 600 operadas, dever-se-ha indubitavelmente concluir que, bem ao contrario do que affirmam CANU, BALDY e THOMAS KEITH, as psychoses consecutivas á ablação bilateral dos ovarios são extremamente raras e que, portanto, é absolutamente destituida de fundamento a opinião emittida por todos aquelles que querem vêr no perigo de possivel superveniencia de qualquer psychose uma formal contra-indicação da ovariectomia dupla.

Era esta tambem a opinião de LAWSON TAIT (2) quando, referindo-se á affirmação de THOMAS KEITH, declarava que na proporção estabelecida por este autor havia um resultado excepcional que nenhum outro operador tinha conseguido obter. «O numero das minhas operadas, dizia elle, é certamente bem mais elevado que o de KEITH, e, todavia, só uma d'ellas foi internada num manicomio. Mas quem lêr a sua historia certificar-se-ha de que esta doente era já uma louca antes da operação; o proprio Dr. MARIOTTE COOKS, que actualmente a trata, não encontra dado algum que permitta attribuir a loucura á castração».

Mas, accetando o facto, aliás indiscutivel, de, por vezes, embora raramente, apresentarem as mulheres castradas signaes caracteristicos de alienação mental, dever-se-ha por isso considerar como causa efficiente da loucura a ablação bilateral dos ovarios?

---

(1) FERRY, obr. cit., pag. 191 e segg.

(2) LAWSON TAIT, *Congrès français de chirurgie*. 1891, pag. 171 e 172.

A ovariectomia dupla produz mais frequentemente a loucura do que a ovariectomia unilateral, do que a hysterectomia, ou do que qualquer outra intervenção gynecologica ?

SEARS (1), conseguindo obter 60 casos de perturbações mentaes graves consecutivas a operações gynecologicas, encontrou :

34 casos consecutivos á ovariectomia (2) ;  
 9 » » á hysterectomia simples ;  
 17 » » a outras intervenções gynecologicas.

LE DENTU (3), reunindo 36 casos de psychoses consecutivas a operações sobre os órgãos genitales da mulher, verificou a seguinte distribuição :

6 casos consecutivos á ovariectomia dupla ;  
 14 » » á ovariectomia simples ;  
 6 » » á hysterectomia simples ;  
 3 » » a operações sobre o collo do utero ;  
 3 » » a operações conservadoras dos ovarios ;  
 2 » » a intervenções gynecologicas diversas ;  
 2 » » a perineorrhaphias.

(1) SEARS, *Insanity following surgical opérations.* — *Boston méd. surgical, Journ.* 1893, pag. 642.

(2) O autôr não especifica se estes 34 casos se referem a ovariectomias simples ou duplas.

(3) LE DENTU, *Des délires post-opératoires.* — *Médecine moderne*, 1891, pag. 53.

WERTH (1) verificou tambem:

- 2 casos de alienação mental em 32 hysterectomias;  
2 » » » em 36 ovariectomias du-  
plas;  
2 » » » em 160 ovariectomias uni-  
lateraes.

MARGOLIÈS (2) publica tambem 25 casos assim rela-  
cionados:

- 9 casos consecutivos a ovariectomias duplas;  
8 » » a ovariectomias unilateraes;  
4 » » a hysterectomias simples;  
4 » » a intervenções diversas sobre os  
orgãos genitales.

Estas diferentes estatisticas são certamente suffi-  
cientes para destruir por completo a affirmação d'a-  
quelles que vêem na suppressão dos ovarios — «orgãos  
cuja presença é indispensavel ao equilibrio organico»  
— a causa efficiente da alienação mental.

Se operações gynecologicas diversas (hysterectomia  
simples, perineorrhaphias, etc.) provocam, por vezes,  
o apparecimento de psychoses, para que persistir em  
affirmar, á semelhança de LAVASTINE e outros, que a  
alienação mental que sobrevem em doentes castradas  
é a resultante immediata de perturbações do dyna-

---

(1) WERTH, *Répert. univ. d'obst. et de gyn.* 1888, cit. por  
PICHEVIN, *Des abus de la castration chez la femme.* Paris,  
1890, pag. 101.

(2) MARGOLIÈS, cit. por FERRY, obr. cit., pag. 85.

mismo organico, occasionadas pela suppressão d'um mysterioso producto segregado pelo ovario?

Mas ha mais. No seu trabalho sobre perturbações mentaes post-operatorias, SEARS assignala, em 125 casos de psychoses, 62 unicamente devidos á operação da cataracta.

Sendo assim, dever-se-ha tambem considerar o crystallino um orgão cuja presença é indispensavel ao perfeito equilibrio psychico e explicar as psychoses consecutivas á sua ablação pela suppressão d'um producto analogo ao que o ovario elabora?

A meu vêr, o facto, bem conhecido por todos, de serem mais frequentes as psychoses consecutivas á castração ovarica, ou a qualquer outra intervenção gynecologica, do que as psychoses post-operatorias da cirurgia geral (1), depende, não de perturbações funcionaes

---

(1) LE DENTU (obr. cit.) reuniu 56 casos de psychoses assim distribuidos :

35 consecutivos a intervenções gynecologicas ;  
21 consecutivos a operações de cirurgia geral.

SEARS (obr. cit.), em 185 casos, encontrou :

60 devidos a intervenções gynecologicas ;  
125 consecutivos a operações de cirurgia geral.

Se compararmos o numero diminuto de operações gynecologicas com as numerosissimas operações que entram no quadro da cirurgia geral, ver-se-ha que as psychoses são bem mais frequentes naquellas do que nestas.

Esta mesma differença se observa tambem entra as operações oculares e a cirurgia geral. Com effeito, em 125 casos de psychoses, SEARS, encontrou :

62 consecutivos á operação da cataracta ;  
63 consecutivos a intervenções de cirurgia geral.

causadas pela ablação dos ovários, mas unica e simplesmente da excitabilidade nervosa e das preocupações constantes ocasionadas pela doença primitivamente existente e indubitavelmente agravadas pela intervenção cirurgica. E o que acontece nas intervenções gynecologicas, observa-se tambem na cirurgia ocular; no primeiro caso, as doentes, particularmente nervosas, receiam que a operação as não cure ou as mate (1); no segundo, temem a perda da visão.

A ovariectomia dupla deverá portanto ser considerada unicamente como a causa ocasional do apparecimento da alienação mental num organismo já predisposto pelas preocupações constantes e pelos receios exagerados provocados pelo soffrimento de que é victima. Qualquer relação que se queira invocar entre o apparecimento das psychoses e a suppressão do tecido ovarico é, a meu vêr, simplesmente insustentavel.

Mas, se é certo que a ovariectomia dupla não occasiona, mais do que qualquer outra intervenção gynecologica, verdadeiras psychoses, não poderei todavia deixar de concordar em que ella produz, não raras vezes, as chamadas *perturbações psychicas elementares*.

«Algumas ovariectomizadas tornam-se impacientes, irritaveis, tendo frequentes e injustificaveis accessos

---

(1) É ainda possivel que, como sustenta SPENCER WELS, o receio de perder as sensações sexuaes e a faculdade de procreação, contribua, em algumas doentes, para o apparecimento da alienação mental.

de cólera; outras são tristes, apáticas, chorando pelo mais insignificante motivo» (FERRY).

Em 57 ovariectomias duplas, JAYLE (1) encontrou:

- 16 vezes — ausencia completa de perturbações psychicas elementares;
- 39 » — perturbações mais ou menos nitidas;
- 2 » — desaparecimento completo das perturbações existentes.

FERRY (2), em 51 ovariectomizadas, verificou:

- 5 vezes — perturbações nervosas accentuadas;
- 30 » — perturbações nervosas ligeiras;
- 12 » — estado normal analogo ao anteriormente existente;
- 4 » — desaparecimento das perturbações primitivamente existentes.

JULIEN (3), em 24 oophorectomias duplas, observou:

- 11 vezes — estado normal;
- 13 » — uma certa irritabilidade.

CANU (4), em 93 observações, verificou:

- 83 vezes — perturbações psychicas elementares;
- 10 » — estado normal.

---

(1) JAYLE, *Presse médicale*, n.º 71, de 29 de agosto de 1896, pag. 438.

(2) FERRY, obr. cit., pag. 81.

(3) JULIEN, *La castration chez la femme et l'opothérapie ovarienne*. Paris, 1899, pag. 51.

(4) CANU, obr. cit., pag. 102.

ABRANT (1) encontrou em 24 ovariectomizadas :  
18 vezes — perturbações psychicas elementares ;  
6 » — estado normal.

D'estas estatisticas dever-se-ha necessariamente concluir que, ao contrario do que se dá com as verdadeiras psychoses, extremamente raras, as chamadas « perturbações psychicas elementares » encontram-se em mais de metade dos casos. Mas é necessario todavia não ligar a este facto o valor exageradissimo que lhe attribuem alguns autôres, visto que, como affirmam FERRY (2), MOREAU (3), TZIKLICE (4) e MARTIN (5), baseados em centenas de observações, estas perturbações psychicas são geralmente tão pouco accentuadas, que passariam completamente despercebidas se para ellas se não chamasse a attenção das doentes. A sua duração é tambem, em regra, muito limitada; passados alguns mezes, mais raramente um ou dois annos, desaparecem por completo, e ao estado psychico primitivamente existente succede uma normalidade perfeita.

---

(1) ABRANT, *Étude comparative des troubles physiologiques consécutifs à l'hysterectomie simple et à l'oophoro-hysterectomie*. Paris, 1899, pag. 15.

(2) FERRY, obr. cit., pag. 81.

(3) MOREAU, *Des essais de traitement de l'insuffisance ovarienne par les greffes de l'ovaire*. Paris, 1905, pag. 18.

(4) TZIKLICE, *Insuffisance ovarienne et greffe ovarienne*. Paris, 1907, pag. 24.

(5) MARTIN, obr. cit., pag. 58.

Não terminarei esta curta exposição relativa ás perturbações psychicas sem me referir especialmente á *amnésia*, phenomeno a que alguns autôres ligam consideravel importancia.

Esta amnésia consiste, diz Ferry (1), no esquecimento dos factos recentes.

«Au milieu d'une conversation l'opérée oublie subitement ce qu'elle veut dire; c'est une absence passagère; dans son ménage, elle ne se souvient plus où elle à réduit les objets.

«Elle oublie en route le but de sa démarche; arrivée dans un magasin, elle ne sait plus ce qu'elle est venue acheter.

«Désireuse de vous entretenir d'une chose quelconque, elle ne se rapelle plus au moment où elle vous aborde, ce qu'elle avait à vous dire.

«L'une de nos malades achète un litre de pétrole au lieu d'un litre de vin et ne s'en aperçoit qu'en portant le verre à la bouche».

GLEWEKE tinha já assignalado, entre as suas operadas, dois casos de ligeira amnésia.

MARTIN (2) encontrou, em 45 ovariectomizadas, 13 com uma diminuição sensivel da memoria.

Na these de ABRANT, á excepção de 3 doentes (3), as 16 restantes referem uma amnésia mais ou menos intensa.

(1) FERRY, obr cit., pag. 77.

(2) MARTIN, obr. cit., pag. 67 e seg.

(3) ABRANT, obr. cit., observ 12, pag. 36; 26 pag. 39 e 29 pag. 42.

JAYLE (1) affirma tambem que, de 41 ovariectomizadas, 32 eram amnésicas.

Para JULIEN (2) a amnésia observa-se em 43 % dos casos.

FERRY (3) resume assim as suas observações :

Amnésia intensa em 22 doentes (4).....	43 %.
Amnésia bastante pronunciada em 12 doentes..	23 %.
Amnésia pouco sensível em 2 doentes.....	4 %.
Memoria normal em 15 doentes.....	30 %.

Era interessante e por ventura demonstrativo o conhecimento exacto do estado psychico que apresentavam antes e depois da operação, as doentes que soffrem de amnésia consecutivamente á ovariectomia dupla.

Nas observações de JAYLE, FERRY, JULIEN, ABRANT e MARTIN, não existem, todavia, indicações precisas sobre o estado psychologico das doentes que se sujeitaram a esta intervenção operatoria.

O unico autôr, entre todos os que consultei, que descreve minuciosamente a historia das suas operadas é CANU; mas, lendo attentamente as observações que

(1) JAYLE, *Effets physiologiques de la castration chez la femme* — *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, 1897, pag. 403 a 457.

(2) JULIEN, obr. cit., pag. 60.

(3) FERRY, obr. cit., pag. 79.

(4) Uma das doentes de FERRY (observ. 34, pag. 237), viu-se forçada a abandonar o exercicio de estenographia que tinha como profissão, por se não lembrar dos mais rudimentares elementos de orthographia; passados alguns mezes, a esta amnésia succedeu uma memoria normal.

servem de base ás estatísticas por elle apresentadas, não será difficil concluir que, das 39 doentes examinadas, só 16 não eram hystericas (1).

Não se dará o mesmo nas doentes referidas por JAYLE, FERRY, JULIEN, ABRANT e tantos outros?

Não sei, mas é muito possível que, dada a frequencia com que a hysteria coexiste com as lesões do aparelho genital, o exame minucioso das operadas observadas por estes autôres descobrisse em algumas verdadeiros estigmas d'esta nevrose.

Se assim fôr, e lembrando-nos de que a hysteria se acompanha frequentes vezes d'uma sensível amnésia, o numero de perturbações da memoria dependente da ablação dos ovarios seria consideravelmente reduzido.

Mas, seja como fôr, o que é certo é que a castração ovarica produz, por vezes, uma sensível amnésia que deverá ser considerada como uma das perturbações mais penosas, mais prejudiciaes e mais tenazes, da suppressão dos ovarios.

Esta amnésia que sobrevem algumas semanas depois da intervenção cirurgica, desaparece geralmente passados alguns mezes. Foi o que aconteceu com a doente referida por FERRY e já por mim citada em nota de pag. 107. Casos ha, no emtanto, em que amnésia é bem mais persistente, não deixando, todavia, ao contrario do que affirma ABRANT, de se attenuar ou desaparecer com o tempo.

---

(1) As doentes a que se referem as observações 2, 4, 5, 6, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 26, 31, 33, 34, 35, 36, e 37, da these de CANU, apresentam, com effeito, verdadeiros estigmas de hysteria.

Á ablação bilateral dos ovarios tambem se attribuiu, desde muito remotas épocas, a abolição do apetite sexual.

Cita-se o caso d'un antigo pastor da Hungria que, na esperança de moderar as tendencias lascivas d'uma filha, a mandara castrar.

Era partindo d'este principio que ainda ha poucos annos GOODEL, KYLE, DALLEEN, SCHROEDER, BAKER-BROWN e tantos outros, preconisavam a castração como therapeutica ideal da nymphomania e da masturbação.

A este proposito é bastante elucidativa a these de CANU.

«Em 70 mulheres castradas, que tive occasião de examinar, diz o autôr (1), ha apenas 20 que conservam o apetite sexual. D'estas, 7 teem um fluxo menstrual abundante. É portanto natural que se observe nellas a persistencia dos desejos sexuaes, pela simples razão de que não foram completamente castradas (2).

---

(1) CANU, obr. cit., pag. 103.

(2) Com esta affirmação, o autôr parece partir da hypothese de que a castração ovarica, quando completa, tem sempre como consequencia fatal e immediata a amenorreia.

Admittindo como regra geral a suppressão completa do fluxo menstrual quando praticada a ovariectomia dupla, con-

«Nove outras, amenorreicas, operadas ha menos d'um anno, teem hyper-excitabilidade sexual, cuja causa deverá residir na congestão dos capillares da vagina e do clitoris e ainda na hysteria e no estado nervoso anterior tão frequentemente observados. Estas 9 doentes não teem todavia espasmos normaes e, como diz pittorescamente uma d'ellas, o espasmo é substituido por uma crise nervosa que a torna insaciavel. Mas, geralmente, ao fim d'um anno, esta excitação atroz é substituida, como em dois casos citados por LE BEC, por uma calma absoluta. São casos de loucura genital que constituem verdadeiras excepções, poisque 50 vezes em 70 casos notámos a suppressão completa e immediata dos desejos.

«Restam 4 doentes, operadas ha muito tempo e completamente amenorreicas.

«Uma d'ellas, operada em 1892, e tendo actualmente 40 annos, affirma que as suas relações sexuaes são faceis, agradaveis, e os desejos genesicos conservados «autant qu'il est permis à la quarantaine n'ayant jamais été emportée sur la chose.

«Uma outra, de 46 annos, operada tambem em 1892, dá informações analogas.

«A terceira e a quarta doentes, que dizem tambem ter relações sexuaes agradaveis, teem respectivamente 48 e 50 annos.

«Trata-se portanto de 4 mulheres relativamente ve-

---

vém todavia não esquecer que, não raras vezes, a despeito da ablação completa dos ovarios, a menstruação persiste, durante alguns mezes, regular e normal.

Terei occasião de me referir á interpretação d'estes factos no capitulo seguinte.

lhas e cujas afirmações não deverão, consequentemente, merecer grande credito.

«Exceptuadas portanto as 7 doentes que teem um fluxo menstrual abundante, restam 50 que não teem desejos sexuaes, 9 que em breve os não terão, e 4 cujas afirmações são suspeitas.

«A castração ovarica produz portanto, na quasi totalidade dos casos, e á *semelhança do que se observa nos animaes*, a abolição do apetite sexual, tornando, consequentemente, a mulher casada hostile ás relações conjugaes.

«Poder-se-ha portanto affirmar que a opinião de LUCAS CHAMPIONÈRE é absolutamente falsa e *que ninguém poderá explicar a persistencia dos desejos sexuaes na mulher, quando é certo que se observa a sua supressão completa nos animaes*.

«Não podendo admittir como, supprimindo uma função, se espere conservar as suas excitações, consideramos a afirmação de que a ovariectomia dupla não produz a abolição do apetite sexual, como uma satisfação moral dada á operada, para a impedir, durante algum tempo, de lastimar a intervenção de que foi victima».

Mais adeante, na mesma these (pag. 124), o autôr não hesita em affirmar que a ovariectomia dupla tem, pela abolição do apetite sexual que occasiona, gravissimas consequencias sociaes.

«A ovariectomia feita em mulheres casadas é a desagregação completa da familia. A supressão das sensações e dos desejos sexuaes tem como consequencia necessaria a indifferença do marido. Os filhos do casamento legitimo não tardarão, consequentemente, a ser lesados nos seus direitos pela influencia d'uma

estranha que, indubitavelmente, se tornará preponderante. Esta olhará para a esposa legitima do seu amante, como se olha para um eunuco ou para um bôbo.

«Mais tarde virá a dissolução do casamento, muitas vezes a ruina dos conjuges, e por vezes a deshonra para todos.

.....  
«Ás mulheres solteiras ovariectomisadas é interdito o casamento, visto que, a maioria dos homens se não pôde contentar com uma satisfação platonica».

CANU estava de um pessimismo infeliz quando escreveu a sua these.

Affirmar, na epoca actual, a impossibilidade absoluta de «explicar a persistencia dos desejos sexuaes na mulher, quando é certo que se observa a sua supressão completa nos animaes», equivale, no ponto de vista physiologico, a proclamar um verdadeiro absurdo.

Com effeito, nos animaes, o appetite sexual é quasi exclusivamente regido pelo *cio*; a femea só no periodo de *cio* permite, em regra, a approximação do macho. A destruição das glandulas que produzem o *æstrus genesico* colloca-a numa constante hostilidade sexual.

Na mulher, a physiologia sexual é inteiramente diferente e a castração ovarica não deverá portanto produzir resultados semelhantes aos que dá nos animaes.

«É um facto bem conhecido, diz GUINARD (1), que

---

(1) GUINARD, *Dictionaire de Physiologie de Charles Richet*, artigo «Castration».