

gênico, o qual estimula prolongadamente o endométrio em sua fase proliferativa e sem sinais de diferenciação progestacional (46).

O seu aspecto macroscópico pode se exibir liso ou polipoide (antigamente conhecido por metrite polipoide).

Para uns, predominam os primeiros (NOVAK e MARTZLOFF [37], PECORONE [46]) e para outros há franca supremacia dos últimos. SCHAW (57) os encontrou 17 vezes em 18 casos de endométrio hiperplásico.

Este aspecto polipoide, algumas vezes confundido macroscopicamente com o carcinoma do endométrio, se caracteriza por uma intensa hiperemia das projeções poliposas, por seu limite nítido que não se estende além do orifício interno e a ausência de infiltração miometrial.

A existência de hiperplasia localizada em zonas mais ou menos extensas do endométrio (hiperplasia localizada) deve-se a fatores de ordem local favorecedores, já que o estímulo hormonal é geral.

Uma forma curiosa desta modalidade, e conhecida desde há muito, é a hiperplasia assentada sobre os polipos endometriais.

MOULONGUET-DOLERIS (35), em 1924, estudando 7 observações de metrorragias pós-menopáusicas coincidentes com tumores císticos ou sólidos, benignos ou malignos do ovário, encontrou em 5 acentuada hiperplasia das quais 4 estavam localizadas sobre verdadeiras formações poliposas.

NOVAK e MARTZLOFF (37), em 9 casos de polipos endometriais, viu hiperplasia em 2 casos estendida a todo o endométrio e em 7 limitada ao polipo. Nestes, o endométrio apresentava as modificações cíclicas correspondentes.

SCHWARTZ (59) registrou 1 caso de hiperplasia localizada no polipo ainda quando o endométrio restante se apresentava atrófico (paciente menopausada).

Em nossos casos, a observação n. 125 evidencia um endométrio senil com hiperplasia glandular cística limitada a um polipo endometrial concomitantemente existente.

Esse estado hiperfoliculínico cuja representação endometrial era a hiperplasia glandular cística (37), pode trazer, sabe-se hoje, também uma simples hiperplasia do endométrio (39).

Entre a hiperplasia simples e a glandular cística, que, insistem os autores, é a mais comumente encontrada, há transições.

PECORONE (46), em 15 casos de hiperplasia, encontrou hiperplasia cística ou moderadamente cística 12 vezes e simples hiperplasia em apenas 3 casos.

Nas nossas observações, apenas foram encontrados 4 casos de hiperplasia, todos do tipo glandular cístico, com a imagem típica de queijo suíço. Além do já citado, os três outros correspondem às observações n.ºs 42, 43 e 72.

Os aspectos eram tão característicos que bastava uma simples olhada ao microscópico para se fazer imediatamente o diagnóstico, como dizem NOVAK e MARTZLOFF (37), ou, mesmo, bastava que fossem vistas por transparência para que fossem reconhecidas no dizer de PECORONE (46).

Sob o ponto de vista microscópico PECORONE, baseado nos estudos de NOVAK, considera um endométrio hiperplásico quando exhibe um aumento no número de suas glândulas, variações de tamanho, forma, distribuição, com um epitélio superficial proliferativo e mostrando pseudo-estratificação. As glândulas do epitélio superficial mostram mitoses frequentes. Estroma denso de células fusiformes, também apresentando figuras mitóticas. Os vasos sanguíneos são aumentados, dilatados, e irregularmente distribuídos.

Com este aspecto será o endométrio hiperplásico apesar da ausência de glândulas císticas.

De referência ao tipo glandular cístico, assinala a existência de um elemento celular dentro das glândulas, além da secreção albuminoídea e de escassas hemátias e leucócitos.

Trata-se de células grandes, arredondadas, claras, eosinófilas, de protoplasma finamente granuloso e vacuolizado que, segundo SCHAW (57) têm sido consideradas como um dos aspectos mais constantes da hiperplasia.

Ainda caracterizam a hiperplasia glandular cística a existência de células ciliadas, em maior número que no endométrio normal (NOVAK [38]), e a presença, se bem que não constante, de áreas de necrose localizadas e trombose vasculares.

ENDOMÉTRIO E MIOMA

De referência ao útero miomatoso, veremos que, desde há muito, divergem as opiniões dos autores quanto aos achados do endométrio.

Já em 1884, CAMPE, citado por DELLIVENERI (13), descreveu 16 casos de miomas com aspecto hipertrófico na sua mucosa.

Todavia, THEILHABER e HOLLINGER, citados por FRANKL (19) encontraram em 14 úteros extirpados uma mucosa normal em quase todos, senão hipotrófica nos restantes.

FRANKL (19), em 1914, reuniu, em exaustivo trabalho, os dados da literatura até então. Considera-os imprecisos na sua maior parte e afirma que o mioma nada tem a ver com a endometrite nem com a hiperplasia da mucosa uterina.

Era então a hiperplasia endometrial o resultado de uma ação congestiva que o mioma exercia sobre o endométrio (ROBERT MEYER) ou uma evidente influência de natureza mecânica, como queria SCHROEDER (58), em 1915 em seu trabalho: "Estudos anatómicos sobre a fisiologia normal e patológica da menstruação".

Desde que SEITZ, segundo MAYER (31) e DUCUING (15), em 1911, colocou na gênese dos miomas um hiperfoliculinismo, que as modificações endometriais passaram também a ser encaradas como o resultado de uma disfunção ovariana.

Desde então, tomou impulso a teoria hormonal, capaz de considerar o mioma como o resultado de uma sobrecarga de foliculina no organismo.

Esta teoria que tem sido calorosamente defendida nos Estados Unidos por WITHERSPOON (69, 70, 71) e, não menos entre nós, por DELLIVENERI (13, 14), se baseia em dados experimentais e constatações clínicas.

a) — **Dados experimentais** — Quanto aos dados experimentais, VARANGOT (68) diz, baseado em estudos de CAUCHOIX, MORICARD, NELSON e LIPSCHUTZ, que há grandes diferenças entre os tumores experimentais produzidos em coelhos e cobaias com injeções de doses altas de substâncias estrogênicas e os miomas da mulher.

Os primeiros se situam geralmente sob a serosa, suas localizações são múltiplas e sua estrutura é sobretudo fibrosa. Podem-se encontrar em cobaias nódulos fibrosos fora do útero.

Os segundos, ao contrário, são quase sempre intersticiais, estritamente localizados no útero e, sobretudo, formados de elementos musculares.

Recorrendo a outros que se dedicaram à referida experimentação, vamos encontrar ALVAREZ (2), em 1944, que procurou estudar a relação entre os ovários e o mioma, orientando-se pelas seguintes normas: estudo clínico, experimental e dosagens hormonais. Sob o aspecto experimental diz que a aplicação de estrogênios tem produzido, ao lado da hiperplasia do endométrio, adenomiose etc., transformação fibromiomasiosa do útero (embora não tenha sido obtido experimentalmente mioma puro).

DUCUING, GUILHEM e BIMES (15), em 1946, usando cobaias, castradas ou não, conseguiram após injeções bi-hebdomadárias, hebdomadárias ou bi-mensais de 0,25 mg. a 5 mg. de benzoato de estradiol durante um período que variou de 1 a 6 meses, tumores, cuja verificação ressaltava, em 1.º plano, uma endotelite proliferante dos capilares, havendo em geral uma predominância do tecido fibroso sobre o muscular.

Não crêem que tal fato seja suficiente para apôr os tumores experimentais aos miomas da mulher, visto como o que caracteriza essencialmente estes é a tendência invencível e precoce à transformação fibrosa. Os tumores experimentais regrediram após a suspensão das injeções tal como os miomas após a menopausa. Certos tumores diferem muito dos observados na mulher porém as doses injetadas são muito superiores às que os ovários, mesmo hiperfuncionantes, seriam capazes de secretar.

O endométrio apresenta hiperplasia simples, glandular cística e atrofia e por isto os autores crêem que o argumento contra a etiologia do hiperfoliculinismo na gênese dos miomas da não constância da hi-

perplasia glandular cística não subsiste, visto como tal modificação endometrial é fenómeno inicial daquele estado hormonal.

DELLIVENERI (13), em 1950, utilizando ratas, não encontrou em suas preparações, qualquer que fôsse o grupo examinado, nenhum ponto que apresentasse histologicamente o aspecto de miomas ou de fibromiomas.

Todavia, utilizando cobaias, conseguiu, somente naquele grupo de castradas que receberam benzoato de estradiol, a formação de fibromioma. Não viu formação tumoral extra uterina e observou que o endométrio apenas sofre uma transformação hiperplásica, apresentando, não raro, formações císticas.

PASQUALINI (44), em 1952, usando hormônios estrogênicos, naturais ou sintéticos, obteve as reações mais variadas, quer sejam nódulos de diversos tamanhos, espessamento dos mesos ou membranas que se estendem sobre os órgãos.

Adianta, que as numerosas observações realizadas por todos que se têm preocupado com o tema estão concordes em afirmar que não são blastomas no sentido exato da palavra pois seu crescimento não é indefinido, já que a supressão da droga suspende o crescimento e traz sua regressão, o que se consegue também com o uso de progesterona. Carecem de capacidade metastatizante, não invadem os órgãos vizinhos, nem são transplantáveis.

Finalmente, BROCK e STORA (7), em 1955, ensaiando o uso de A.C.T.H. no mioma experimental, assinalam que existem diferenças importantes entre o mioma experimental e o humano. Com efeito, o mioma humano é um tumor arredondado, envolvido por uma espécie de cápsula, na qual caminham os vasos que nutrem o tumor. Esta espécie de cápsula permite a enucleação do tumor. Dizem ainda, que ninguém, do conhecimento deles, conseguiu reproduzir experimentalmente o mioma tal como se vê na mulher.

Resumindo os dados da experimentação BOUDREAUX (4), baseado nos estudos de WALLET, os divide em três grupos: a) — os que redundam numa transformação fibrosa do miométrio; b) — os que mostram uma transformação fibromiomatosa; c) — os que não mostram nenhuma transformação se se junta, a uma dose igual de foliculina, a progesterona.

Não desprezando o valor da experimentação, podemos julgá-la, todavia, inconstante variando os resultados com os autores.

MORACCI e BRACALE (34) dizem que respeitando as limitações dos resultados experimentais, a interpretação que esposa uma ação exclusiva dos estrógenos para a gênese dos miomas é excessivamente simplista. Na patogenia destes tumores, outros fatores mais complexos deverão entrar em jogo.

b) — **Constatações clínicas** — Baseiam-se elas principalmente na coincidência do aparecimento do mioma com a vida genital ativa da mulher, na sua inexistência antes da menarca e regressão com a menopausa.

É absolutamente excepcional que miomas não complicados cresçam ou tragam sintomas depois da menopausa.

DELLANOY e GAUTHIER (12), apesar disto, apresentam um caso de metrorragia numa senhora de 65 anos, 18 anos depois de ter se instalado uma menopausa normal. A biópsia do endométrio confirma a existência de um mioma sub-mucoso e de endométrio atrófico. Pretendem que, em certos casos, intervenham outros fatores originando a hemorragia, de natureza incerta, provavelmente vasomotores ou químicos. Nesta observação os autores afastam a hipótese de tumor da granulosa ou da teca cuja existência justificaria pela sobrecarga estrogênica que conseqüentemente circularia, os transtornos hemorrágicos apresentados pela paciente.

Firmados naqueles princípios admitem os autores, conseqüentemente, uma estreita relação entre o mioma e a função ovariana.

A associação ovarite esclerocística, endometriose e mioma, frequentemente encontrada na clínica (70) e, por outro lado, um endométrio que, escorvado pela hiperfoliculinia conseqüente àquela distrofia, responde sempre com um aspecto hiperplásico, seriam as bases da teoria hormonal.

Acreditamos, também, que a existência de uma hiperplasia glandular cística traduza a modificação endometrial mais frequente de um estado hiperfoliculínico.

Todavia, divergem as opiniões dos autores sobre a coexistência da hiperplasia glandular cística do endométrio com o mioma uterino.

Não pretendemos fazer uma revisão da bibliografia mundial sobre o assunto. Citaremos os achados de vários autores, nestes últimos anos, que veem corroborar com a nossa assertiva.

WITHERSPOON (69, 70) — (1933) em uma série de 26 pacientes, encontrou endométrio hiperplásico 24 vezes ou 92,3% dos casos. Num segundo grupo de 124 pacientes com miomas encontrou um aspecto hiperplásico da mucosa em todos os casos e em um deles a concomitância com adenocarcinoma.

BREWER (5), em 1941, em 100 casos de miomatosas nas quais estudou os ovários e o endométrio, pode dizer que:

1 — Não encontrou falha da ovulação em nenhum caso. Em 46 havia corpos amarelos recentes e nos restantes havia corpos amarelos da menstruação anterior.

2 — Quatro pacientes estavam grávidas ou havia complicações da gravidez, indicando que a função ovárica era normal nas miomatosas.

3 — Hiperplasia endometrial de grau moderado foi vista em apenas um caso.

Conclui que nos 100 casos de miomas não há evidência de excessiva ou persistente estimulação estrogênica.

HENDERSON (23), também, em 1941, relata 777 casos encontrando hiperplasia endometrial em apenas 6,5% das miomatosas. Insiste que não se deve tomar o endométrio proliferativo tardio por hiperplasia endometrial com o qual se parece bastante e dá seu critério sobre as características histológicas da hiperplasia. Crê que tão fundamentais diferenças nas estatísticas que apreciam a hiperplasia endometrial das miomatosas se deve a critérios diferentes na apreciação histológica dos processos. A mesma conclusão, diz ainda HENDERSON, chegaram KANTER A., KLAWANS Y BAUER C. que só encontraram hiperplasia endometrial em 53% dos miomas.

TORPIN, PUND e PEEPLES (65) — (1942) fizeram uma comparação entre 100 úteros miomatosos e 100 úteros sem miomas, visando, principalmente, o aspecto endometrial.

Encontraram 20% de hiperplasia endometrial em pacientes brancas e 10% em pretas, no grupo das miomatosas; no grupo das não miomatosas, acharam que, cerca de 15% das pacientes brancas e 20% das pretas tinham hiperplasia.

Isto indica, dizem eles, que não há uma associação especial da hiperplasia endometrial com o mioma uterino.

CALVO MARCOS e LLUSIA (9) — (1944), examinando 44 mucosas de enfermas de mioma, encontraram em 68% ausência da fase de secreção, falta que se devia a ciclo anovulatório em 18%; ligeira hiperplasia em 22%; grandes hiperplasias em 13% e atrofia em igual proporção. Dizem que a correspondência entre o estado da função ovárica e a mucosa uterina era completa.

Ainda acrescentam que encontrar em 68% de ciclos anovulatórios somente 13% de hiperplasias acentuadas e 22% de hiperplasias benignas não é cifra extraordinária que permita a designação de "Metropatia hemorrágica miomatosa", já que, de todas as mulheres portadoras de mioma que sangram, só um pequeno número apresenta uma hiperplasia que justifique a perda excessiva. Concluindo, assinalam a grande frequência de ciclos monofásicos e a relativa escassez de hiperplasias.

MORACCI (33) — (1947) estudou o endométrio em 20 casos de miomas, estando as pacientes entre 21 e 49 anos. Em 18 casos, havia perturbações menstruais. Apesar de serem encontrados ovários policísticos em 17 casos, somente em 2 destes havia associação com hiperplasia glandular cística que acredita ser a única manifestação endometrial do hiperestrinismo. Em 11 casos havia hiperplasia simples e hiperestrinismo nestes casos parece duvidoso; sinais de atividade lútea foram encontrados no ovário de muitos deles; 4 eram associados com uma mucosa normal em diferentes fases. Em 3 casos havia atrofia do endométrio com esclerose ovariana. O estudo morfológico do ovário mostrou que na maioria das pacientes a atividade do corpo lúteo era mantida.

MAYER (31) — (1948), em 44 casos de mioma que necessitaram histerectomia, encontrou o seguinte quadro endometrial: hiperplasia glandular cística em 20 casos (45%); hiperplasia simples em 19 (44%); mucosa do tipo atrófico em 4 (9%); complicado com carcinoma do endométrio em 1 caso.

Destarte, encontrou este autor, a mucosa uterina anormal em todos os casos.

LINARD (26) — (1949), em 80 miomas tratados cirurgicamente, achou que 85% eram hemorrágicos. Encontrou endométrio indiferente em 27, atrófico em 25, estrogênico em 18 e luteínico em 10 casos. A intensidade da hemorragia era a mesma nos diferentes grupos. O corpo lúteo foi encontrado 13 vezes e em 4 havia cisto do corpo lúteo.

Hemorragias moderadas eram acompanhadas de polipo adenomatoso em 5 casos e fibroso em 11. Hemorragias mais pronunciadas eram acompanhadas de mioma sub-mucoso em 11 casos.

A perturbação vascular parece ser devida simplesmente à presença do nódulo. Conclui dizendo que o hiperestrogenismo não parece ser a única causa de tais hemorragias.

THIESSEN (62) — (1950) encontrou em 71% de 186 casos de miomas hiperplasias simples ou glandular cística como manifestação da produção de hormônio folicular aumentada. Em 33 pacientes ou 17,7% observou um ciclo normal. Em 142 casos (76,4%) a fase proliferativa do ciclo estava prolongada. Estes fatos mostram uma influência dos estrógenos no desenvolvimento do mioma.

DELLIVENERI (13) — (1950) encontrou, em 51 casos de pacientes com mioma uterino, 71,4% de endométrios do tipo estrogénico (35 em 49 casos): hiperplasia simples 17 vezes e hiperplasia glandular cística 18 vezes. Endométrio em fase de proliferação incidindo em 22,4% e, em 2 pacientes, a mucosa uterina apresentava-se atrofica; num caso, foi encontrado endométrio misto.

PROVENZAL (50) — (1951) estudou o endométrio de 55 úteros que eram sede de miomas todos obtidos por histerectomia. Em 12 casos de mioma sub-seroso o quadro histológico do endométrio correspondia com a data do ciclo menstrual e não apresentava anormalidade. Achados semelhantes foram obtidos em 10 dos 14 úteros com núcleos intramurais. Em 4 deste grupo encontrou edema do estroma endometrial e infiltração celular, modificações estas devidas a congestão.

O endométrio em 12 úteros sede de núcleos sub-mucosos mostrava descamação da camada epitelial (a qual era substituída em certos lugares por uma camada de material fibrinoso), edema, dando ao estroma uma aparência reticular, moderada infiltração com pequenas células e eritrócitos nos interstícios.

Estes achados foram encarados como o resultado de um fator mecânico. Em alguns dos 19 restantes havia hiperplasia glandular cística do endométrio.

Conclui que o endométrio de um útero que é sede de mioma pode sugerir um distúrbio endócrino, mas não achou provas suficientes da teoria endócrina na patogênese de tais tumores.

VANDELLI e BONINI (67) — (1952), em cuidadoso e detalhado estudo do endométrio em 90 pacientes sofrendo de mioma, encontraram menorragia em 39 pacientes e menstruação aparentemente normal nas restantes.

O estudo do endométrio, feito pelos autores citados, revela que em mais de 21% dos casos o endométrio era normal e correspondia à fase do ciclo. Um aspecto hiperplásico era constante, mas não universal. Com efeito a hiperplasia patológica era menos frequente que a distrofia epitelial.

WOLFF NETO e colaboradores (36) — (1952), do estudo do endométrio em 162 casos de mioma, concluem que: os miomas sub-serosos e intersticiais não causam alteração endometrial; miomas sub-mucosos causam atrofia por compressão; em muitos casos há uma correspondência entre o tipo do endométrio e a fase do ciclo menstrual; o escasso aparecimento de hiperplasia glandular cística no mioma (só em 27,3% dos casos) não favorece a concepção de uma conexão etiológica entre as duas condições patológicas.

ROTH (54) — (1955) pretendendo elucidar o problema da significação dos estrógenos no desenvolvimento do mioma uterino, examinou o endométrio em 168 casos de mioma encontrados cirurgicamente. Em 57% dos casos havia aumento da proliferação (glandular e glandular cística hiperplasia, adenomiomas, polipos e carcinoma) do endométrio, que indica atividade estrogênica aumentada. O mesmo é sugerido pelo achado de cistos foliculares em 52% dos ovários examinados em 131 casos.

Acrescenta que os resultados terapêuticos obtidos por vários autores com progesterona e hormônio masculino também contribuem para a teoria da influência hormonal.

Em vista de tamanha divergência de achados é difícil se emitir conclusões.

* * *

Por outro lado, se fizéssemos uma observação no sentido oposto, deveríamos encontrar sistematicamente um mioma acompanhando um estado hiperfoliculínico.

Assim, WITHERSPOON (71), em 44 pacientes com o diagnóstico de Metropatia hemorrágica, pode ver o aparecimento do mioma, em todos eles, ao cabo de 5 anos.

Todavia, VARANGOT (68), sobre 128 casos de tumores de células da granulosa, acompanhados de hiperplasia glandular cística do endométrio, apenas notou a existência de mioma 23 vezes ou seja 18% dos casos.

SUTHERLAND (61) examinando 1.000 pacientes com hemorragia disfuncional na ausência de uma patologia pélvica ostensiva encontrou em 139 casos uma lesão endometrial que explicasse as hemorragias: endometrite crônica, polipos, tuberculose e câncer do endométrio. Dos 861 casos restantes, 265 apresentavam o endométrio com hiperplasia glandular cística e não faz referência a associação com miomas em nenhum deles.

CAPÍTULO III

MATERIAL DE TRABALHO

PROCEDÊNCIA DO MATERIAL E LOCAL ONDE FORAM
REALIZADAS AS PESQUISAS

DADOS CLÍNICOS

NATUREZA DO MATERIAL

ESTUDO ANATOMO-PATOLÓGICO – MÉTODO UTILIZADO

CAPÍTULO III

MATERIAL DE TRABALHO

PROCEDÊNCIA DO MATERIAL E LOCAL ONDE FORAM
REALIZADAS AS PESQUISAS

DADOS CLÍNICOS

NATUREZA DO MATERIAL

ESTUDO ANATOMO-PATOLÓGICO – MÉTODO UTILIZADO

CAPÍTULO III

MATERIAL DE TRABALHO

PROCEDÊNCIA DO MATERIAL E LOCAL ONDE FORAM
REALIZADAS AS PESQUISAS

DADOS CLÍNICOS

NATUREZA DO MATERIAL

ESTUDO ANÁTOMO-PATOLÓGICO — MÉTODO UTILIZADO

Além disso, não tinham as nossas pacientes recebido recentemente medicação estrogênica, ou anti-coagulantes do tipo Dicumarol, ou salicilatos, que pudessem influir no mecanismo da hemóstase ou na manutenção do ritmo menstrual.

Nenhuma lesão cardíaca ou hepática que pudesse trazer uma congestão passiva da pelve. Aliás, no que diz respeito à tensão arterial interferindo no sangramento anormal da mulher, SALVATORE (56) estudando o "Fator vascular do endométrio na etiopatogenia da hemorragia disfuncional" conclui que não há relação entre a hemorragia disfuncional e a hipertensão arterial. A incidência de endométrio hiperplásico e alterações arteriolares nos casos de hemorragia disfuncional em hipertensas é a mesma que nas normotensas.

Destarte, a causa do sangramento nas nossas pacientes deveria estar vinculada a doenças primárias dos órgãos genitais.

As nossas pacientes eram portadoras de mioma uterino tão somente, ou associado a lesões ginecológicas, de natureza inflamatória, tumoral ou distrófica, capazes de concorrer para o sangramento anormal nas referidas pacientes.

Não afastamos também a patologia associada porque ela é de regra em ginecologia. Só por exceção vemos casos de mioma uterino isolado.

DUPERROY (16), pretendendo estudar o endométrio de pacientes portadoras de miomas sub-mucosos, apenas conseguiu reunir 25 pacientes cujo mioma era a única entidade patológica.

WITHERSPOON (69), examinando 125 pacientes de côm, portadoras de mioma, chama a atenção para a alta cifra (100% dos casos) de processos inflamatórios anexiais associados.

TORPIN, PUND e PEEPLES (65) encontraram 54% de processos inflamatórios em uma série de 1.166 pacientes operadas.

As nossas observações reúnem dados referentes à idade, côm e índice de paridade das pacientes, dados estes que procuramos relacionar com a frequência dos miomas.

Ainda poderemos relacionar os diversos aspectos endometriais e ovarianos às diferentes etapas da vida da mulher.

De capital importância para o nosso estudo foram as anotações concernentes aos caracteres menstruais (quantidade, duração e ritmo das regras) e não menos importante foi a anotação do início das últimas regras para se precisar a data do ciclo no momento da intervenção cirúrgica.

WOLFF NETO e colaboradores (36) acreditam ser este o outro fator fundamental da grande divergência observada nas porcentagens de hiperplasia nos miomas.

Consiste este fato no esquecimento da relação entre o início da perda sanguínea anterior e a data da retirada do endométrio (curetagem ou histerectomia).

Um endométrio colhido ao 5.^o ou 6.^o dia da menstruação estaria em fase proliferativa. O exame feito entre o 12.^o e o 14.^o dia do início das regras mostraria uma fase proliferativa avançada ou mesmo hiperplasia. A colheita do material entre o 20.^o e 25.^o dia do ciclo poderia mostrar um epitélio secretor avançado ou simplesmente proliferativo e ainda aspectos hiperplásicos simples ou glandular cístico.

Como decorrência deste fato, acreditamos que o ideal seria a colheita do material sempre na 2.^a metade do ciclo menstrual, porque, só assim, poderíamos averiguar a transformação secretora do endométrio e a existência ou não de corpos amarelos nos ovários.

Insistimos neste particular porque alguns autores (31, 69) não têm encontrado transformação secretora no endométrio das miomatosas e tampouco corpos amarelos nos ovários. Quando existentes assumem sempre o aspecto degenerativo.

A inobservância daqueles fatores relacionados aos caracteres menstruais em trabalhos similares e a falta de confrontação entre o aspecto histológico e a data do ciclo no momento da operação, nos apontam, também, uma nova fonte de erro na interpretação geral dos resultados.

Natureza do Material — Todos os endométrios examinados veem de peças operatórias de histerectomias totais ou parciais. Não utilizamos a biópsia do endométrio nem, tampouco, a curetagem uterina para a colheita do material.

Tais práticas unicamente seriam justificadas para detenção da associação mioma-carcinoma do endométrio. A primeira foi desprezada

por obter amostras insuficientes do material e, por isto, não raramente incidir em um diagnóstico falso. A segunda, porque, em vista do baixo índice da referida associação, não opinamos por uma dupla intervenção em as nossas pacientes unicamente com aquela finalidade.

Naqueles casos de pacientes idosas, quando poderia ocorrer o aparecimento de um carcinoma do endométrio, a extirpação dos ovários complementando a intervenção se impõe, já que são órgãos, àquela altura da vida, destituídos de função na cavidade abdominal.

Nunca encontramos carcinoma do endométrio em nossos casos, mesmo naquelas pacientes mais idosas.

GUSTAVO REGO (51), todavia, diz ter encontrado, em 38 curetagens exploradoras, 5 casos, ou 13% de lesões malignas do endométrio, o que o levou a prática da curetagem prévia, como rotina, no tratamento do mioma.

FALLS (17), fazendo considerações sobre a incidência da degeneração maligna nos miomas uterinos, aconselha como provas diagnósticas a de SCHILLER, CLARK, PAPANICOLAOU a biópsia do colo uterino, da mucosa cervical e endometrial, e, por último, a curetagem.

PLASMAN (49) registra o encontro de uma alta incidência de miomas associados com o câncer do corpo e acha que a melhor orientação é proceder curetagem, exame do esfregaço vaginal e imediata histerectomia.

HECHT-LUCARI - MOAVERO (22), doutro lado, em 63 pacientes com carcinoma do endométrio, encontraram, com frequência, hiperplasia do endométrio, e miomas, e, em vista disto, apontam a importância da biópsia do endométrio em todos os casos de mioma realçando o perigo do tratamento com estrogênos durante a menopausa.

VACZY (66) relata ter visto câncer em 4,7% de 1.637 casos de mioma, e acredita que a coexistência de mioma e câncer não seja apenas um achado fortuito.

Apesar destes pontos de vista acima expostos não praticamos a curetagem do endométrio, previamente, repetimos, em vista do baixo índice da referida associação, ao menos aqui no nosso meio, porque é sempre difícil se conseguir uma curetagem rigorosa naqueles casos de tumores intersticiais com desenvolvimento centripeto que deformam consideravelmente a cavidade uterina e, ainda, porque naqueles casos

de miomas sub-mucosos, os mais propensos a sangramento anormal e por isto mesmo sujeito com mais frequência a dúvidas diagnósticas com o câncer do endométrio, é absolutamente contraindicada pelo risco de uma infecção do miométrio.

Não estamos sozinhos neste particular.

RODGERS (53), em 335 autópsias de mulheres negras acima de 20 anos, encontrou 51% de mioma e 0,6% de carcinoma do endométrio. Em similar grupo de mulheres brancas encontrou 19% de incidência para os miomas e 4% para o câncer do endométrio. Conclui que estes dados concorrem para o já estabelecido conceito de que mulheres brancas estão mais sujeitas ao câncer do endométrio. Não aponta relação etiológica entre o mioma e o câncer do endométrio.

SIDALL (60) investigou 2.246 hysterectomias abdominais realizadas no Hasper Hospital de Detroit. Encontrou mioma em 1.672 dos úteros extirpados. Entre estes a incidência de câncer do endométrio foi de 0,99%. Nos restantes 574 úteros, completamente livres de mioma a incidência de câncer foi de 5,1%.

De novo, reuniu um grupo de 50 pacientes com câncer do endométrio e outro tanto de pacientes, da mesma idade, sem carcinoma. No 1.º a incidência de miomas foi de 36% e no último de 46%.

Assim, conclui SIDALL que não há evidência, até então, que o carcinoma do endométrio e o mioma tenham afinidades mútuas.

CIANFRANTI (11) pretendendo negar qualquer influência hormonal no desenvolvimento do câncer do endométrio refere-se a 8 casos em pacientes que tinham sofrido previamente extirpação bilateral dos ovários.

As nossas intervenções foram associadas ou não a extirpação total ou parcial dos ovários.

	Histerectomia Sub-Total		Histerectomia Total	
	Com anexectomia	Sem anexectomia	Com anexectomia	Sem anexectomia
Total	20	37	50	47

Fig. 1 - Quadro demonstrativo das intervenções cirúrgicas realizadas para colheita do material.

Num grupo, peças de simples histerectomias com as quais pudemos estabelecer um confronto do endométrio com a data do ciclo e com os caracteres menstruais das pacientes. Noutra, peças de histerectomias associadas à ooforectomia total ou parcial que nos permitiram, além da contração já citada, comparar os achados endometriais com o aspecto ovariano.

Estudo Anátomo-Patológico — O estudo histopatológico, sistemático, das peças operatórias também foi efetuado no Hospital das Clínicas, no Departamento de Anátomo-patologia.

Como, durante este lapso de tempo, necessário para a colheita do nosso material de estudo, aquele departamento esteve sob a orientação de diversos Patologistas, achamos necessário que se fizesse uma revisão completa, não só dos laudos histopatológicos principalmente para unificação da terminologia, como também, das lâminas para correção de qualquer interpretação falha que por acaso existisse.

Aqueles casos de lâminas estragadas pelo tempo ou em estado precário de coloração levaram esse Serviço ao exaustivo trabalho de revisão das peças operatórias conservadas no Museu daquele departamento e a feitura de novos cortes nos moldes que traçaremos a seguir.

Com isto pudemos observar que alguns endométrios, poucos aliás, rotulados como hiperplasia glandular cística eram mucosas em fase proliferativa tardia ou início de secreção.

O material recebido da sala de operações era descrito macroscopicamente e fixado em formol a 10%.

Colheu-se material para exame do colo, corpo uterino, anexos quando existentes em número variável de secções.

Eram realizados cortes do material incluído em parafina segundo a técnica corrente e as secções eram, em número variável, coradas pela hematoxilina eosina.

O endométrio era alcançado em vários pontos principalmente naqueles casos de miomas sub-mucosos ou intersticiais de desenvolvimento cavitário, quando o endométrio era colhido nas áreas suprajacentes ao tumor e fora delas em outros pontos do corpo conforme vemos no diagrama da fig. n. 2.

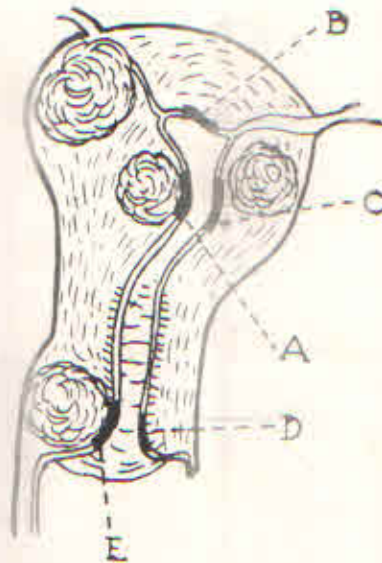


Fig. 2 — Gráfico demonstrativo, realçando os pontos principais da colheita do material para estudo histopatológico.; a) — Endométrio suprajacente ao mioma; b) — Endométrio fora da área tumoral; c) — Endométrio fronteiro ao mioma; d) — Colo uterino; e) — Colo, sobre eventual mioma cervical.

A colheita do material em diversos pontos do endométrio é imprescindível e o desprezo a esta observação constitui, ao nosso ver, mais um fator de divergência nos diversos resultados encontrados.

Para documentar esta assertiva apresentamos as observações n. 80, 92 e 128.

Nelas, a colheita que só atingisse a zona tumoral traria como resultado um endométrio atrófico. Todavia, conseqüente à colheita múltipla, verificamos que fora da zona tumoral o endométrio respondia normalmente à influência hormonal, concordante sempre com a fase do ciclo.

Na impossibilidade de lançarmos no nosso trabalho, mesmo resumidas, as nossas 154 observações, resolvemos assinalar, nos gráficos que se seguem, aqueles dados mais necessários para as nossas conclusões, algumas vèzes sob forma abreviada, sem prejuízo, contudo, acredito, da uniformidade e clareza dos dados.

N.º DE ORDEN	IDENTIFICAÇÃO	MATRÍCULA		EXA
		Data	Número	Queixa
1	C.L.S.R. — Pa. Virg., 47a.	23- 5-51	10.173	Tumor abdominal
2	I.O. — Pr. Def. 35a.	26- 7-51	3.951	Hipermenorragia Tumor Abdominal
3	G.F.A. — Br. Def. 41a.	30- 7-51	11.666	Tumor abdominal
4	M.M.S. — Pr. Def. 27a.	6- 8-51	12.339	Tumor abdominal
5	M.N.M.C. — Pr. Virg., 34a.	6- 8-51	11.918	Tumor Abdominal
6	J.G.R. — Pa. Def. 32a.	29- 8-51	5.149	Profomenorréia Metrorragias há 28 d.
7	D.P.S. — Pr. Def. 55a.	3- 9-51	12.551	Hipermenorragia antes Tumor abdominal
8	E.R.J. — Pa. Virg., 44a.	12- 9-51	12.937	Dores abdominais Tumor abdominal
9	M.Z.F. — Pr. Def., 23a.	13- 9-51	11.309	Hipermenorragia Tumor abdominal
10	I.J.P. — Pa. Def. 42a.	2-10-51	12.675	Tumor abdominal
11	J.S. — Pa. Def. 43a.	19-10-51	7.915	Hipermenorragia Dor e tumor abdominais
12	J.F.J. — Pr. Def. 35a.	22-10-51	13.811	Hipermenorragia Tumor abdominal
13	M.H. — Pr. Def. 33a.	31-10-51	14.664	Tumor abdominal Amenorréia
14	A.F.S. — Pr. Virg. 37a.	6-11-51	12.380	Tumor abdominal
15	A.M.J. — Pa. Def. 36a.	13-11-51	14.961	Menometrorragias Tumor Abdominal
16	M.G.F. — Pa. Virg., 37a.	19-11-51	11.690	Fluxo vaginal
17	M.N.C. — Pr. Def. 35a.	26-12-51	14.040	Dores abdominais
18	M.P.B. — Pr. Def. 36a.	2- 1-52	15.422	Dores abdominais Menometrorragias Tumor Abdominal Hipermenorragia
19	M.G.S. — Pr. Def. 28a.	23- 1-52	15.935	Tumor abdominal
20	C.P.S. — Br. Def. 45a.	8- 2-52	16.522	Hipermenorragia Dores. Dist. neur. veg. climatério. Prolo-hiper menorragia
21	M.P.J. — Pr. Def. 32a.	12- 2-52	8.000	Menometrorragia
22	D.F.P. — Pa. Virg. 45a.	13- 2-52	15.781	Dor e tumor abdominais
23	M.J.P. — Pa. Def. 38a.	28- 2-52	16.460	Dores abdominais
24	M.C.S. — Pr. Def. 43a.	17- 3-52	16.572	Menometrorragias
25	P.S.B. — Pr. Def. 35a.	26- 3-52	16.399	Dor e tumor abdominais
26	M.A.S. — Pr. Def. 37a.	7- 4-52	13.527	Metrorragias

ME SUBJETIVO

DIAGNÓSTICO

OPERAÇÃO

História Menstrual	Ant. Obstétrico	Última Menstruação	DIAGNÓSTICO	Data	Tipo
6-8/30. q. + + + +, s/d.	0/para	18- 5-51	Mioma uterino	8- 6-51	H.S.T.
5/30, q. + +, s/d.	6/para Último-5a.	28- 7-51	Mioma uterino	17- 8-51	H.T. Anexectomia bilateral
3-4/30, q. + + +, c/d.	0/para	2- 8-51	Mioma uterino. Colpite	10- 8-51	H.S.T.
4/30, q. + + +, s/d	0/para	25- 7-51	Mioma uterino	22- 8-51	H.S.T. Anexectomia à direita
4-5/20, q. + + +, s/d	0/para	20- 8-51	Mioma uterino	27- 8-51	H.S.T.
6/28, q. + + + +, c/d	0/para	1- 8-51	Mioma uterino	6- 9-51	H.S.T. Ressecção cuneiforme do ov.
8/25, q. + + + +, c/d nos 2 últimos anos	9/para	Menop.	Mioma uterino	8- 9-51	H.T. Anexectomia bilateral
5-8/30, q. + + + +, c/d	0/para	30- 8-51	Mioma uterino	24- 9-51	H.S.T.
3/30, q. + + +, c/d	0/para	5- 9-51	Mioma uterino	24- 9-51	H.S.T. Anexectomia bilateral
6/30, q. + + + +, s/d	0/para	10-10-51	Mioma uterino	18-10-51	H.S.T.
6-8/30, q. + + + +, s/d	1/para Há 24a.	22-11-51	Mioma uterino	29-11-51	H.S.T. Anexectomia bilateral
3/28, q. + + +, s/d	0/para	28-10-51	Mioma uterino	12-11-51	H.S.T. Ablação de cisto para-ovário
3/30, q. + + + +, s/d	2/para Últ. 11a.	Menop.	Mioma uterino Anexite crônica	10-12-51	H.T. Anexectomia à esquerda
10-15/30, q. + + + +, s/d	0/para	28-11-51	Mioma uterino	30-11-51	H.S.T.
4/30, q. + + +, s/d	0/para	22-10-51	Mioma uterino	19-11-51	H.S.T.
4/30, q. + + +, s/d	0/para	28-11-51	Mioma uterino	4-12-51	H.S.T.
10-12/30, q. + + + +, c/d	0/para	18-12-51	Mioma uterino Anexite crônica	21-12-51	H.S.T. Anexectomia bilateral
6-8/30, q. + + + +, c/d	0/para	11-12-51	Mioma uterino	7- 1-52	H.T. Anexectomia bilateral
6/30, q. + + + +, c/d	0/para	3- 1-52	Mioma uterino Anexite crônica	30- 1 52	H.S.T. Salpingectomia bilateral
7-9/20-25, q. + + + +, c/d	1/para Há 2a.	6- 2-52	Mioma uterino Anexite crônica	22- 2-52	H.S.T. Anexectomia à esquerda
10-15/30, q. + + + +, c/d	0/para	10- 2-52	Mioma uterino	20- 2-52	H.T.
4/28, q. + + +, s/d	0/para	20- 1-52	Mioma uterino	22- 2-52	H.S.T.
3/30, q. + + + +, s/d	6/para Últ. 11a.	19- 3-52	Mioma ut. Polipo cervical Rutura perineal II gr.	5- 3-52	H.T.
8-10/28, q. + + + +, c/d	1/para Há 14a.	29- 3-52	Mioma uterino	28- 3-52	H.S.T.
3/30, q. + + + +, s/d	0/para	30- 3-52	Mioma uterino	7- 4-52	H.S.T.
Perdeu a noção das regras	3/para Últ 12a.		Mioma uterino	28- 4-52	H.S.T. Anexectomia bilateral

Dia do ciclo	LAUDO ANÁTOMO-PATOLÓGICO	ENDOMÉTRIO
20. ^o	Fibroleiomioma uterino	Atrófico
20. ^o	Fibroleiomioma uterino. Ovários normais. Polipo endometrial	Proliferativo
8. ^o	Fibroleiomioma ut. (sub-mucoso). Polipo endometrial	Proliferativo
27. ^o	Fibroleiomioma ut. Anexite cr. bilat. Cisto lúteo	Secretor
7. ^o	Fibroleiomioma uterino	Atrófico
—	Fibroleiomioma uterino. Ovário normal. Polipo endometrial	Secretor
—	Fibroleiomioma uterino. Ovários esclero-atróficos. Cervicite crônica	Atrófico
24. ^o	Fibroleiomioma uterino	Proliferativo
19. ^o	Fibroleiomioma uterino. Ovários normais. Endometriose bilat. (Tromp. e ovários)	Secretor
6. ^o	Fibroleiomioma uterino. Polipo endometrial	Proliferativo
7. ^o	Fibroleiomioma uterino. Ovários normais. Polipo endometrial	Proliferativo
16. ^o	Fibroleiomioma uterino. Cisto para-ovário	Secretor
—	Fibroleiomioma uterino. Esquistosomose - útero e trompa. Cervicite crônica	Proliferativo
4. ^o	Fibroleiomioma uterino	Proliferativo
28. ^o	Fibroleiomioma uterino	Secretor
9. ^o	Fibroleiomioma uterino	Proliferativo
13. ^o	Fibroleiomioma uterino. Ovário polimicro-cístico. Anexite crônica	Proliferativo
27. ^o	Fibroleiomioma uterino. Ovários normais. Cisto para-ovário. Cervicite crônica	Secretor
27. ^o	Fibroleiomioma uterino. Salpingite crônica	Proliferativo
16. ^o	Fibroleiomioma uterino (sub-mucoso) Salpingite bilat. Polipo miomatoso do end.	Secretor
10. ^o	Fibroleiomioma uterino. Salpingite unilateral	Proliferativo
4. ^o	Fibroleiomioma uterino	Proliferativo
14. ^o	Fibroleiomioma uterino. Polipo cervical. Polipo end.	Secretor
6. ^o	Fibroleiomioma uterino	Proliferativo
18. ^o	Fibroleiomioma uterino	Proliferativo
—	Fibroleiomioma ut. Salpingite unilateral. Cisto lúteo	Secretor

N.º DE ORDEM	IDENTIFICAÇÃO	MATRÍCULA		EXA
		Data	Número	Queixa
27	I.S. — Pa. Virg., 27a.	25- 4-52	17.389	Tumor abdominal
28	H.J.F. — Pa. Def., 36a.	5- 5-52	18.097	Menometrorragias
29	C.M.H. — Pr. Def., 39a.	7- 5-52	2.010	Tumor abdominal
30	J.F.F. Pr. Def., 51a.	19- 5-52	17.281	Dor e tumor abdominais
31	M.I.S. — Pa. Def., 41a.	20- 5-52	12.598	Dores abdominais
32	L.R.S.B. — Pa. Def., 35a.	26 -5-52	17.450	Hipermenorragia Dores abdominais
33	J.R.S. — Pa. Virg., 38a.	2- 6-52	16.781	Menometrorragia Tumor abdominal
34	H.F.J. — Pa. Def., 31a.	6- 6-52	17.085	Hipermenorragia Dores abdominais
35	D.S. — Pa. Def., 27a.	13- 6-52	4.363	Dor e tumor abdominais.
36	M.G.F. — Pa. Virg., 43a.	25- 6-52	19.557	Metrorragias Dor e tumor abdominais.
37	M.R.S. — Pa. Def., 38a.	30- 6-52	19.801	Hipermenorragia Tumor abdominal
38	I.C.S. — Pr. Virg., 35a.	7- 8-52	20.762	Tumor abdominal Hipermenorragia
39	J.R.S. — Pa. Def., 38a.	11- 8-52	20.844	Tumor abdominal
40	T.M.J. — Pr. Def., 44a.	15- 8-52	20.927	Metrorragias Metrorragias
41	G.P.P. — Pr. Def., 49a.	25- 8-52	20.894	Tumor abdominal
42	V.M.P. — Pa. Def., 46a.	2- 9-52	12.379	Hipermenorragia Espanio-menorria
43	M.C.C. — Pr. Def., 39a.	10- 9-52	21.342	Tumor abdominal
44	M.C.S. — Pr. Def., 36a.	13- 9-52	6.182	Dores abdominais
45	M.M.J. — Pa. Def., 42a.	28- 9-52	21.765	Menometrorragias Tumor abdominal
46	E.G.N. — Pr. Def., 40a.	25- 9-52	21.029	Opso-menorria
47	M.M.N.O. — Pr. Def., 30a.	2-10-52	21.106	Tumor abdominal
48	M.S.S. — Pa. Def., 50a.	1-12-52	23.148	Hipermenorragia Metrorragia há 7a.
49	A.A.C. — Pr. Virg., 27a.	2-12-52	2.500	Dores abdominais
50	V.S.G. — Pa. Def., 32a.	5- 1-53	14.800	Menometrorragia Dismenorria
51	M.O.S. — Pr. Virg., 26a.	16- 1-53	23.324	Dores abdominais
52	N.A.P. — Pa. Def., 38a.	27- 1-53	23.683	Menometrorragia

ME SUBJETIVO

DIAGNÓSTICO

História Menstrual	Ant. Obstetico	Ultima Menstruação	
3/30, q. + +, c/d.	0/para	29- 4-52	Mioma uterino
15-20/30, q. + + +, s/d	0/para	14- 5-52	Mioma uterino Anexite crônica
3-4/28, q. + +, s/d	0/para	23- 4-52	Mioma uterino
3/30, q. + + +, s/d	4/para Ult. 25a.	3- 5-52	Mioma uterino
5-8/28, q. + + +, s/d	4/para Ult. 24a.	23- 5-52	Mioma uterino
10-15/30, q. + + +, e/d	0/para	29- 4-52	Mioma uterino
6-8/30, q. + + +, s/d	0/para	1- 6-52	Mioma uterino
3-4/30, q. + + +, e/d	6/para Ult. 24a.	25- 5-52	Mioma uterino Cervicite crônica
Perdeu a noção das regras	1/para	-	Mioma uterino
6/30, q. + + +, e/d	0/para	11- 6-52	Mioma uterino
3/30, q. + +, s/d.	0/para	2- 7-53	Mioma uterino
6-8/30, q. + + +, c/d	0/para	24- 7-53	Mioma uterino Anexite crônica
Perdeu a noção das regras	1/para Ult. 4a	-	Mioma uterino
Perdeu a noção das regras	1/para Há 23a	-	Mioma do colo uterino necrobiosado
8/28, q. + + +, c/d	1/para Há 29a	8- 8-52	Mioma uterino
3-5/60-90, q. + +, s/d	3/para	10-11-52	Mioma uterino. Anexite sub-aguda
4-5/30, q. + +, s/d	2/para Ult. 18a.	4- 9-52	Mioma uterino
15/30, q. + + +, s/d	0/para	30- 8-52	Mioma uterino
3-4/28, q. + +, s/d	0/para	14- 9-52	Mioma uterino
4-5/40-50, q. + + +, s/d	0/para	6- 9-52	Mioma uterino Cervicite crônica
8/30, q. + + +, c/d	0/para	1-10-52	Mioma uterino
Perdeu a noção das regras	5, para Ult. 7a	-	Mioma uterino
15/30, q. + + +, c/d	0/para	28-11-52	Mioma uterino
5/30, q. + + +, e/d	0/para	18- 1-53	Mioma uterino Anexite crônica
3/30, q. + +, s/d.	0/para	15- 1-53	Mioma uterino
8-10/30, q. + + +, s/d	3/para Ult. 14a.	22- 1-53	Mioma uterino Cervicite crônica

O P E R A Ç Ã O			LAUDO ANATOMO-PATOLÓGICO	ENDOMÉTRIO
Data	Tipo	Dia do ciclo		
5-5-52	H.S.T.	2 ^o	Leiomioma uterino	Proliferativo
23-5-52	H.S.T. Anexectomia bilateral	8 ^o	Fibroleiomioma ut. Salpingite bilat. Polipo endometrial. Cisto folic.	Proliferativo
16-5-52	H.S.T. Anexectomia a direita	22 ^o	Fibroleiomioma uterino (sub-mucoso)	Secretor
28-5-52	H.S.T. Anexectomia bilateral	25 ^o	Ovário normal	Secretor
2-6-52	H.T.	19 ^o	Fibroleiomioma uterino. Ovários normais	Atrófico (senil)
1-6-52	H.S.T.	24 ^o	Fibroleiomioma uterino. Adenoma do colo	Secretor
4-6-52	H.T. Anexectomia bilateral	8 ^o	Fibroleiomioma uterino. Cervicite cr. Ovários normais	Proliferativo
11-6-52	H.T.	16 ^o	Mioma em necrobiose. Cervicite crônica. Endometriose uterina	Secretor
18-6-52	H.S.T. Salpingectomia à esquerda	—	Fibroleiomioma uterino. Hematosalpinge esquerda	Proliferativo
4-7-52	H.S.T.	23 ^o	Fibroleiomioma uterino	Proliferativo
7-7-52	H.S.T.	6 ^o	Fibroleiomioma uterino	Proliferativo
18-8-52	H.S.T. Anexectomia bilateral	25 ^o	Fibroleiomioma ut. (sub-mucoso). Cervicite e salping. crôn. Ovários normais	Secretor
20-8-52	H.T. Ressecção com do ovário direito	—	Fibroleiomioma uterino. Cervicite cr. Cisto folic.	Secretor
22-8-52	H.T.	—	Fibroleiomioma ut. Miometrite sub-aguda. Salpingite unilateral	Proliferativo
5-9-52	H.T.	27 ^o	Fibroleiomioma uterino	Proliferativo
7-11-52	H.T. Anexectomia bilateral	7 ^o	Fibroleiomioma uterino. Salpingite cr. reaguda. Polipo endometrial	Hiperplasia gl. - cística
7-9-52	H.S.T. Anexectomia bilateral	13 ^o	Fibroleiomioma uterino. Salpingite crônica. Cisto folicular	Hiperplasia gl. - cística
12-9-52	H.T. Anexectomia bilateral	23 ^o	Fibroleiomioma uterino. Piosalpinge. Ov. normais	Proliferativo
25-9-52	H.T.	19 ^o	Fibroleiomioma uterino. Cervicite crônica	Proliferativo
15-10-52	H.T. Salpingectomia bilateral	30 ^o	Fibroleiomioma uterino. Salpingite crônica. Polipo end.	Proliferativo
5-11-52	H.S.T.	5 ^o	Fibroleiomioma uterino. Miometrite crônica	Proliferativo
23-12-52	H.S.T.	—	Fibroleiomioma uterino	Atrófico senil cístico
17-12-52	H.T. Anexect. esq. Ressec. com. ov. dir.	13 ^o	Fibroleiomioma uterino. Salpingite crônica. Endometriose do ovário	Proliferativo
20-1-53	Anexectomia bilateral	8 ^o	Fibroleiomioma uterino. Salpingite tuberculosa. Ovários normais	Proliferativo
23-1-53	H.S.T.	8 ^o	Fibroleiomioma uterino. Necrobiose de um núcleo	Proliferativo
9-2-53	H.T. Anexectomia à esquerda	16 ^o	Fibroleiomioma uterino. Cervicite crônica	Proliferativo

N.º DE ORDEM	IDENTIFICAÇÃO	MATRÍCULA		EXAM
		Data	Número	Queixa
53	O.F.M. — Br. Def. 48a.	20-2-53	24.603	Dores abdominais
54	J.C. — Br. Virg. 44a.	10-3-53	14.647	Dores abdominais
55	V.H.J. — Pa. Virg. 39a.	16-3-53	21.140	Dismenorréia
56	M.M.D. — Br. Def. 44a.	23-3-53	25.190	Hipermenorragia Dores abdominais
57	L.V.G. — Br. Def. 43a.	30-3-53	21.112	Tumor abdominal
58	M.C.F. — Pa. Def. 38a.	6-4-53	24.819	Hipermenorragia Tumor abdominal
59	A.F.S. — Pa. Virg. 33a.	8-4-53	25.004	Dor e tumor abdominais
60	M.J.S.S. — Pr. Def. 32a.	9-4-53	25.306	Tumor abdominal
61	E.S. — Pa. Def. 30a.	22-4-53	25.388	Metrorragias
62	E.S. — Pa. Def. 40a.	29-4-53	25.816	Próto-menorréia
63	R.E.B. — Pr. Virg. 42a.	18-5-53	26.248	Tumor abdominal
64	A.C.P. — Pa. Virg. 53a.	3-6-53	26.723	Metrorragia Tumor abdominal
65	A.S.P. — Pa. Def. 43a.	5-6-53	27.274	Tumor abdominal
66	M.L.C. — Pa. Def. 34a.	12-6-53	26.114	Tumor abdominal Menometrorragias
67	P.S.S. — Pr. Virg. 23a.	16-6-53	26.498	Tumor abdominal
68	A.C. — Br. Def. 50a.	22-6-53	17.364	Hipermenorragia Metrorragias
69	A.I.S. — Pr. Def. 24a.	27-6-53	25.641	Tumor abdominal
70	M.I.B. — Br. Virg. 44a.	28-7-53	29.042	Metrorragias Aumento vol. abdominal
71	M.J.S. — Pa. Def. 32a.	4-8-53	27.366	Tumor abdominal
72	L.F.A. — Pa. Virg. 45a.	19-8-53	28.938	Menometrorragias
73	E.C. — Pa. Def. 49a.	24-8-53	27.345	Tumor abdominal
74	E.S. — Br. Virg. 46a.	26-8-53	30.065	Tumor abdominal
75	A.M. — Br. Virg. 39a.	16-9-53	29.475	Dores abdominais
76	I.S. — Pa. Def. 51a.	22-9-53	27.863	Metrorragias
77	E.F.S. — Pr. Def. 54a.	12-10-53	30.461	Tumor abdominal

HISTÓRIA SUBJETIVO			DIAGNÓSTICO	Data
História Menstrual	Ant. Obstétrico	Última Modificação		
5/30, q. ++, s/d	3/para Ult. 17a.	7- 3-53	Mioma uterino. Anexite e cervicite crônicas	6- 3-53
4-5/28, q. ++, s/d	0/para	13- 3-53	Mioma uterino	18- 3-53
6/30, q. +++ , c/d	0/para	12- 3-53	Mioma uterino	25- 3-53
3/28, q. +, s/d	4/para Ult. 15a.	10- 3-53	Mioma uterino	1- 4-53
8/28, q. +++ , c/d	0/para	25- 3-53	Mioma uterino	10- 4-53
3/28, q. ++, s/d	1/para Há 20a.	27- 3-53	Mioma uterino	9- 4-53
3/30, q. ++, s/d	0/para	6- 4-53	Mioma uterino	15- 4-53
8/30, q. +++ , s/d	0/para	9- 4-53	Mioma uterino	17- 4-53
Perdeu a noção das regras	0/para	—	Mioma uterino	24- 4-53
3/25, q. ++, s/d	0/para	9- 4-53	Mioma uterino	8- 5-53
Perdeu a noção das regras	0/para	—	Mioma uterino	27- 5-53
3-4/28, q. +++ , s/d	0/para	Menop.	Mioma uterino. Cervicite crônica. Cisto do ov. dir.	8- 7-53
5/28, q. ++, s/d	3/para Ult. 13a.	6- 6-53	Mioma uterino	1- 7-53
10-12/30, q. +++ , s/d	3/para	7- 7-53	Mioma uterino	13- 7-53
6/30, q. +++ , s/d	0/para	24- 6-53	Mioma uterino	15- 7-53
Perdeu a noção das regras	4/para Ult. 17a.	—	Mioma uterino	22- 7-53
Perdeu a noção das regras	0/para	—	Adenoma cervical Mioma uterino	15- 7-53
3/28, q. ++, c/d	0/para	6- 7-53	Mioma uterino	3- 8-53
5/30, q. ++, s/d	2/para Ult. 16a.	27- 7-53	Mioma uterino	17- 8-53
10-12/30, q. +++ , s/d	0/para	4- 8-53	Mioma uterino	21- 8-53
4/28, q. ++, c/d	6/para Ult. 15a.	16- 7-53	Mioma uterino	26- 8-53
3-4/25-30, q. ++, s/d	0/para	15- 8-53	Mioma uterino	31- 8-53
3-4/30, q. ++, s/d	0/para	26- 8-53	Mioma uterino	22- 9-53
Perdeu a noção das regras	7/para Ult. 19a.	—	Mioma uterino	2-10-53
5-8/30, q. ++, c/d	0/para	Menop.	Mioma uterino	9-11-53

O P E R A T Ó R I O

O P E R A T Ó R I O		DIA DO ANATOMO-PATOLÓGICO		ENDOMÉTRIO
Tipo	Dia	Ciclo		
H. T. Anexectomia a	17	17	Leiomioma uterino. Cervicite crônica. Cistos polimicrocísticos	Atrófico
H. T.	17	17	Efibroleiomioma uterino. Cervicite crônica	Atrófico
H. T.	14	14	Leiomioma uterino	Proliferativo
H. T.	15	15	Leiomioma uterino. Cervicite crônica	Secretor
H. T.	20	20	Leiomioma uterino. Cervicite crônica	Atrófico
H. T. Anexectomia	19	19	Leiomioma uterino. Salpingite crônica. Ovários esclero-atróficos	Proliferativo
H. T. Histerectomia	14	14	Leiomioma uterino	Proliferativo
H. T.	18	18	Leiomioma uterino. Cervicite crônica. Pol. cervical	Atrófico
H. S. T.	-	-	Leiomioma uterino (sub-mucoso)	Atrófico (compressão)
H. T. Anexectomia	18	18	Leiomioma uterino. Cervicite e salpingite cr. Ovários normais. Polipo endometrial	Secretor
H. T.	-	-	Leiomioma uterino. Cervicite crônica	Atrófico
H. T. Anexectomia	-	-	Leiomioma ut. Polipo cervical. Cistos dermóides bilateral dos ovários	Atrófico
H. T. Anexectomia a	17	17	Leiomioma uterino. Cervicite cr. Polipo end. Ovários normais	Secretor
H. T. Anexectomia b	17	17	Leiomioma uterino. Cervicite crônica. Mideosalpinge bilateral. Ovários polimicrocísticos	Proliferativo
H. S. T.	17	17	Leiomioma uterino	Secretor
H. T. Anexectomia b	-	-	Leiomioma uterino. Cervicite crônica. Cistos atróficos	Atrófico
H. T.	-	-	Leiomioma uterino. Cervicite cr. c/ absço epid.	Atrófico
H. S. T.	21	21	Leiomioma uterino	Secretor
H. T. Salpingectomia	21	21	Leiomioma uterino. Cervicite crônica	Secretor
H. S. T.	14	14	Leiomioma uterino	Hiperplasia gl. - cística
H. T. Anexectomia b	14	14	Leiomioma uterino. Cervicite e salpingite cr. Polipo end. Ovários normais	Secretor
H. T. Anexectomia a	17	17	Leiomioma uterino. Cervicite crônica. Polipo cerv. Cisto follic.	Secretor
H. S. T.	21	21	Leiomioma uterino	Proliferativo
H. T.	-	-	Leiomioma uterino. Cervicite crônica	Proliferativo
H. T. Anexectomia b	-	-	Leiomioma uterino. Ovários atróficos	Atrófico