

## CÂNCER DO CORPO UTERINO\*

TURÍBIO BRAZ\*\*

Convidados, que fomos pelo nosso ilustrado colega Dr. Eduardo Martins Passos, Diretor-Clínico do Centro de Estudos da Maternidade de São Paulo para tomarmos parte no Simpósio sobre "Tratamento atual do câncer do corpo do útero", por ocasião da inauguração do novo anfiteatro daquela Maternidade, desejamos manifestar os nossos melhores agradecimentos pela indicação do nosso nome para relator de tão sério assunto. Não podemos deixar de louvar a comissão organizadora, pela feliz escolha do tema "Carcinoma do corpo uterino"; capítulo da cancerologia dos mais atuais e complexos, cujos estudos vem se desenvolvendo largamente nêstes últimos anos. Pela bibliografia assim como pelo farto material acumulado, podemos deduzir da sua alta importância e magnitude, propondo-nos a colaborar com tãda honestidade na resolução que fôr possível dêste problema.

Quando não se conhecia a radioterapia, o tratamento do câncer do corpo do útero, era exclusivamente da alçada da cirurgia (panhisterectomia total e anexectomia bi-lateral) tanto por via abdominal como vaginal. Com o advento das irra-

dições, grandes esperanças foram depositadas tanto à roentgenterapia como à curieterapia; em pouco tempo foram largamente usadas, tornando-se armas de grande valor, só ou combinadas. Posteriormente entraram em associação com a cirurgia no pré ou no post-operatório. Hodiernamente as mais variadas técnicas têm sido utilizadas, aproveitando-se as vantagens das irradiações específicas tais como megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, ouro radioativo, etc. Os resultados terapêuticos continuam melhorando, nas últimas estatísticas; as divergências percentuais, persistem sendo o pomo das discórdias entre cirurgiões e radioterapeutas. Felizmente nêstes últimos anos vamos sentindo com justeza o lugar e o momento para cada terapêutica. Os diversos métodos de tratamento programados da melhor maneira possível, visam a obtenção de melhores percentuais no cômputo dos resultados deixando de lado interesse e amor próprio de cada terapeuta.

As indicações terapêuticas para o câncer de outras localizações e em particular no corpo uterino estão na dependência dos conhecimentos técnicos e do valor

\* Trabalho apresentado ao Centro de Estudos da Maternidade de S. Paulo — 1962.

\*\* Cirurgião-Chefe da Seção de Ginecologia do Instituto nacional de Câncer.

pessoal dos profissionais que labutam nos diversos hospitais e clínicas. Assim verificamos clínicas que só empregam irradiações (Kott-Meier de Stockholm, e Heyman do Radium Emmet; Paterson e Meredith de Manchester na Inglaterra; Del Regato U.S.A., etc.

Em outros hospitais no entanto só a cirurgia é indicada: Bastianssee na Holanda; Navratil em Viena (cirurgiões da via vaginal); no Instituto de Radium de Paris e na clínica dos irmãos Mayo em Rochester, U.S.A., tal terapêutica é exclusiva.

Alexandre Brunschwig — U.S.A., opinando pela cirurgia alargada com linfadenectomia pélvica como o faz para o colo uterino. J. Meigs — U.S.A. — também segue esta orientação. No relatório anual de Heyman, verificamos que a histerectomia primária variou de 57,5% a 98,5% (Leipzig Tübingen — Amsterdam e Liverpool) sendo operados 1095 casos com cura de 5 anos em 588 ou seja 53,7%. Com a irradiação primária (Stockholm — Londres — Wusburg e Dinamarca) tal método variou de 95,5% a 100%. Em 1890 doentes, houve 1011 curadas depois de 5 anos ou 53,3%.

No IV Congresso Americano e Internacional de Ginecologia coube ao Dr. Harold Speert da Columbia Medical Schede de N. York papel saliente na discussão desse tema com o Prof. Heyman. Suas conclusões merecem ser referidas: "Se o tumor está além dos limites do útero, pode ser escassamente atingido pela radiumterapia intra-ut-

rina. Até com grandes doses de radium, repetidos exames patológicos mostram células ativas cancerosas em 5% dos casos. Se o útero vai ser extirpado para que irradie-lo previamente? *O perigo da difusão pode ser evitado por cuidados cirúrgicos.* O tumor pode estar localizado em partes inacessíveis do útero ou existirem *miomas*. Há ainda possibilidade de necrose, infecção, perfuração, penetração de células nas trompas pelas manipulações exigidas na colocação de radium". No entanto, diz êle, que o assunto não estão esgotado, esperando que grandes clínicos usem alternativamente o emprêgo ou não, pré-operatório do radium, para que dentro de 15 ou 20 anos se possam tirar conclusões definitivas.

Após êste bosquejo geral sôbre o problema do câncer do corpo uterino em várias clínicas do mundo, passamos a expôr o que temos no Instituto Nacional de Câncer, o que vimos fazendo, "quais as técnicas empregadas e em dados estatísticos mostramos a freqüência, a incidência, as percentagens de curas em 5 e 10 anos.

Adotamos as classificações já existentes, clínica e histopatológica da União Internacional de Combate ao Câncer. Nêste momento, desejamos pedir a todos os relatores e có-relatores e aos demais membros deste simpósio, que procurem enquadrar seus casos nas classificações da U.I.C.C., com os respectivos estádios: só assim conseguiremos melhor entendimento internacional e uma pormenorizada avaliação comparativa dos resultados obtidos.

Seguindo em escala ascensional a frequência de pacientes portadores de câncer do corpo uterino, que nos procuram espontaneamente ou são enviadas ao Instituto Nacional de Câncer dos mais distantes pontos do País, algumas vezes para tratamento primário, mas na grande maioria, infelizmente, ainda para orientação terapêutica complementar, após os

mais diversos tratamentos impróprios ou mesmo indevido, costumamos insistir sobre certo conceito tôdas as vezes que se nos apresenta a oportunidade: "A sorte de todos cancerosos está nas mãos do primeiro médico que o examina e o orienta corretamente dentro dos princípios da moderna cancerologia."

*Caso 1 — Reg. 23.386 — H. C. R.*

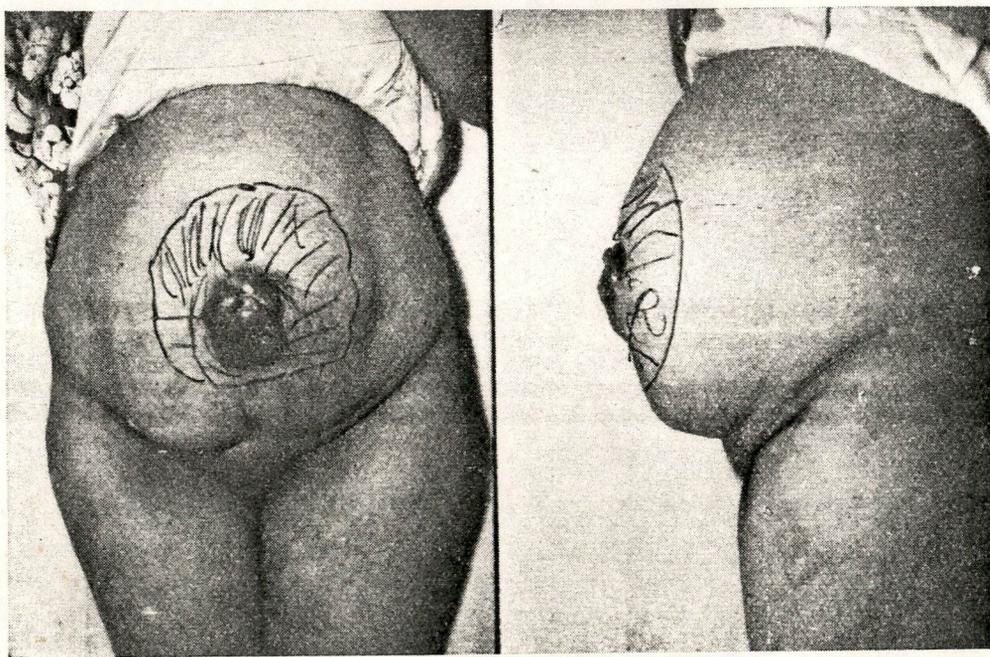


Fig. 1 — Blastoma do corpo uterino já operado, com implante metastático da parede abdominal pré-umbilical.

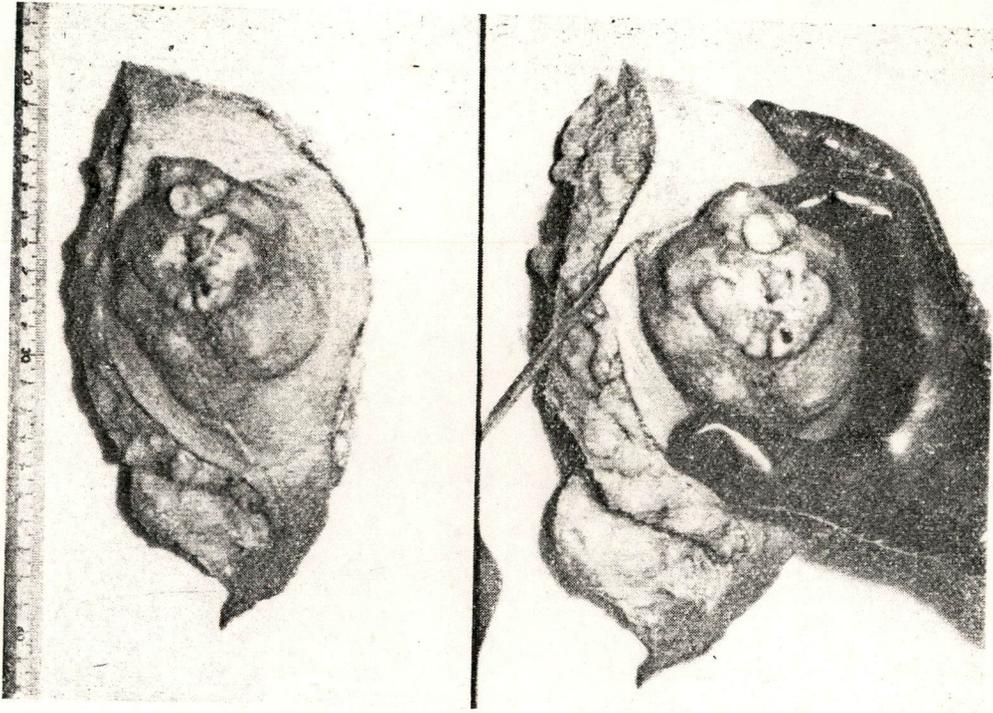


Fig. 2 — P. C. 3.836 (24-4-53). Vista da face externa

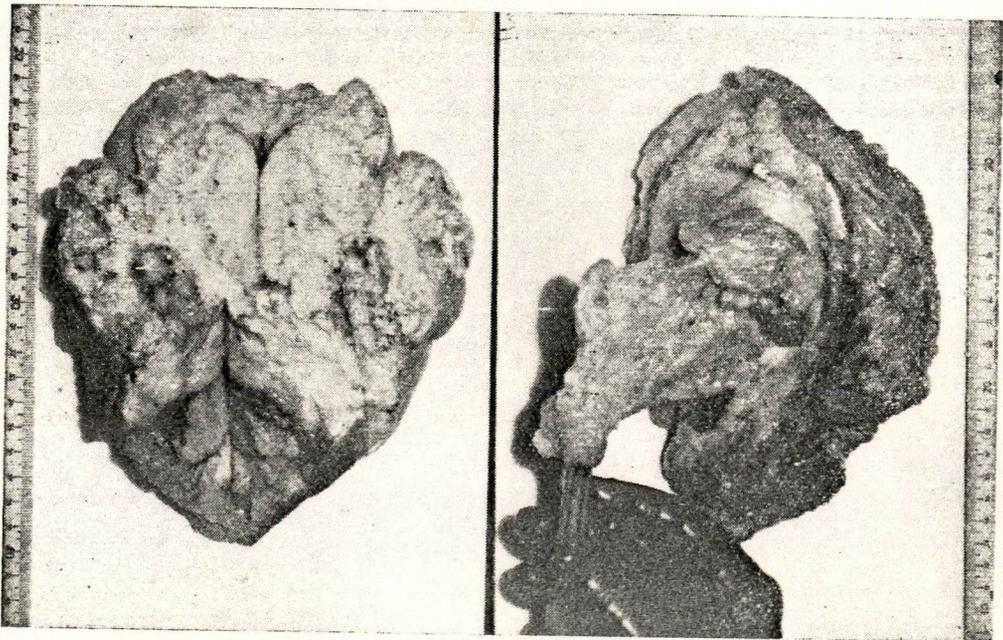
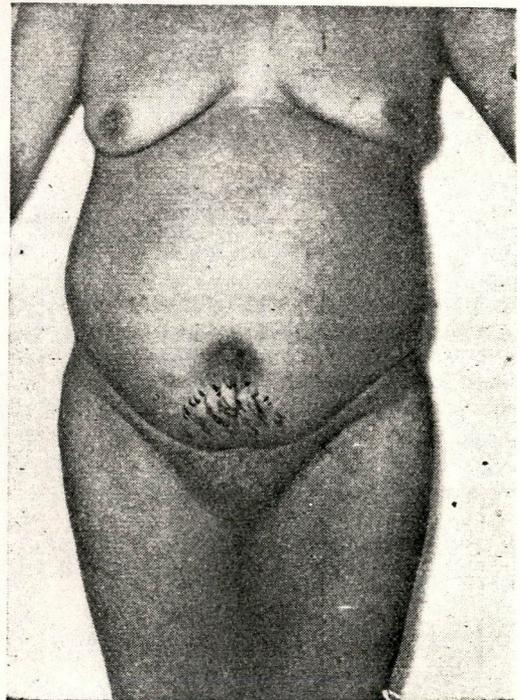


Fig. 3 — P. C. 3.836 (24-4-53). Vista da face interna, com aderências epiplóicas.



Fig. 4 — Aspecto da paciente após cirurgia. Sobrevida: 10 meses. (Óbito em 12-2-54).

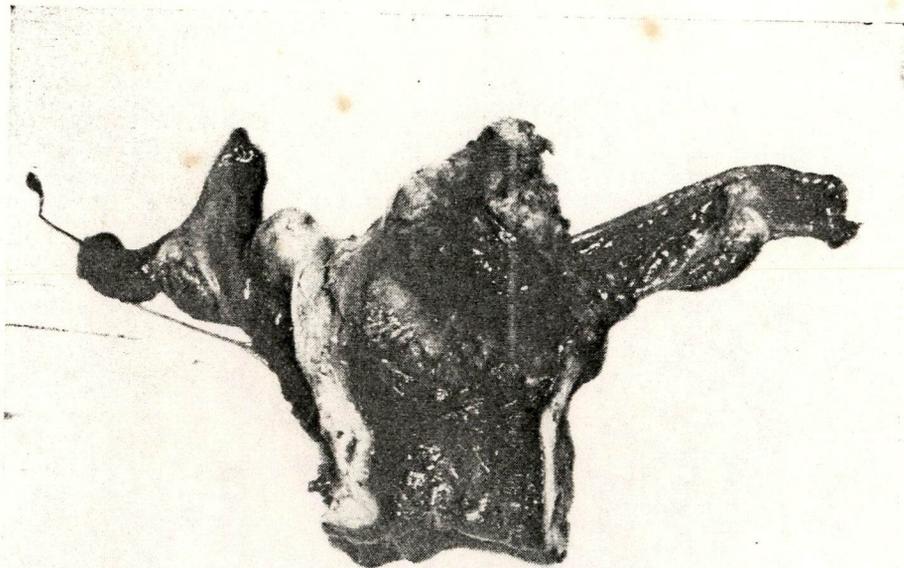
*Caso 2*



M. B. C. — Reg. 24.712 (10-3-53)

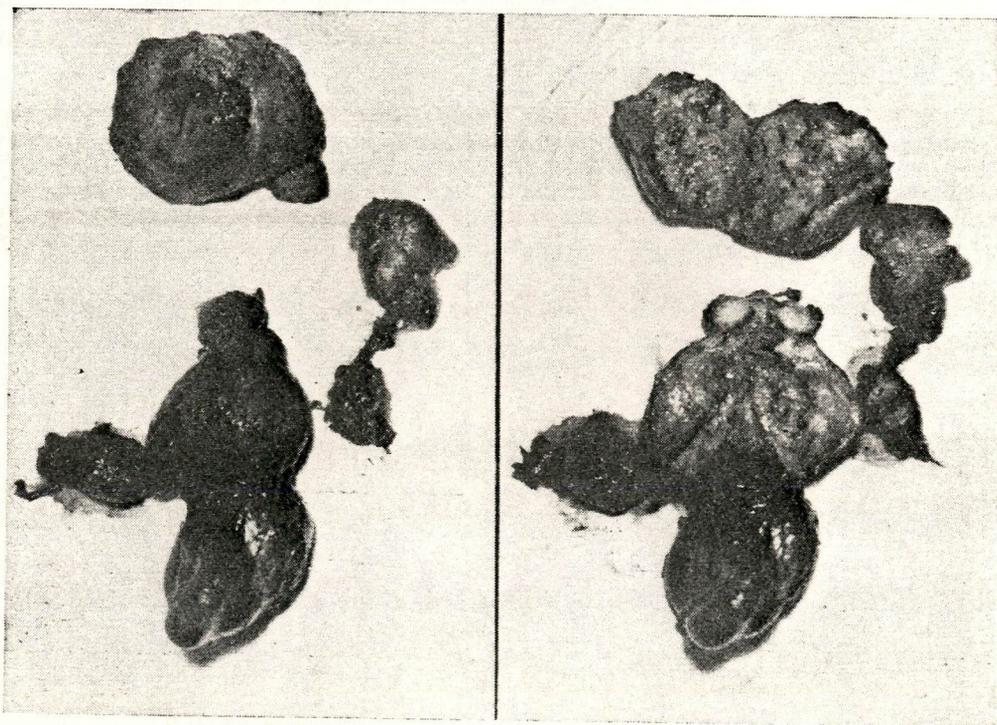
Implante da parede abdominal post-histerectomia por neoplasia do corpo uterino. Estádio II — Fracasso da cirurgia.

Caso 3



J. M. S. — Reg. 23.507 (27-11-52) Blastoma do endométrio-adeno-carcinoma papilífero.  
Operado em 27-11-52 Estádio I.

Caso 4



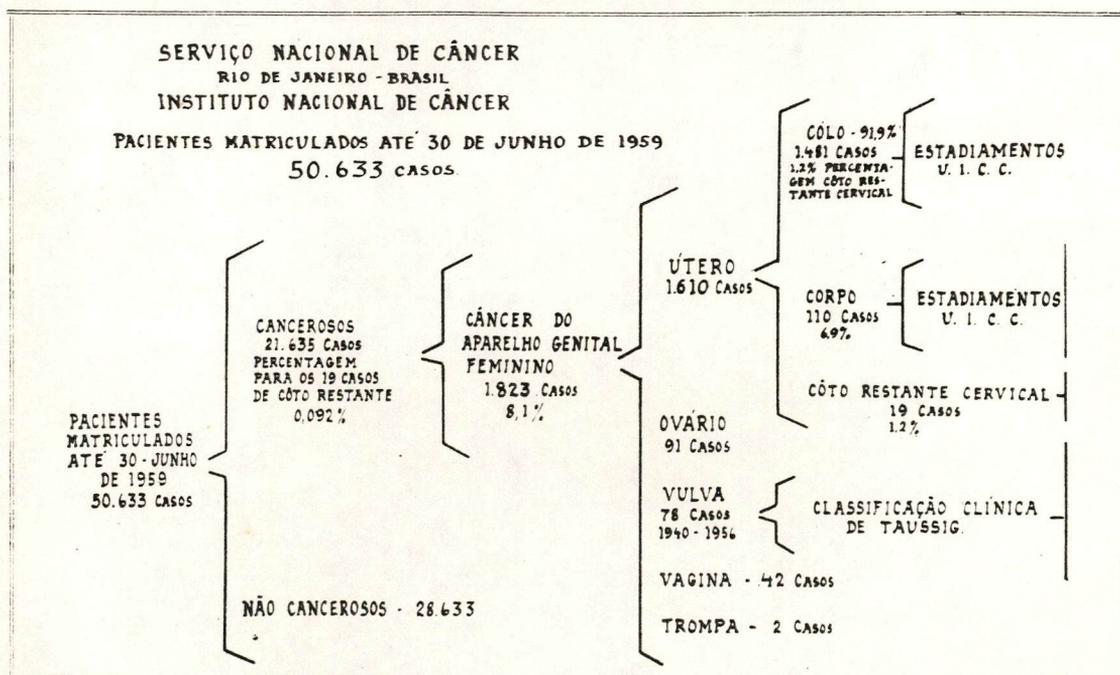
M. B. C. — Reg. 24.712 (23-3-53)  
Histerectomia total em 26-3-53. Linfadenectomia pélvica com exérese de tumor  
da parede abdominal metastático, por implante post-laparotomia exploradora.  
Sofreu roentgenterapia profiláctica de 13-4-53 à 29-5-53, total de 5.000 r. tumor.  
Óbito em 16-7-54. — Sobrevida: 14 meses.

Conforme documentação fotográfica anexa, de numerosos casos oriundos dos mais diversos centros hospitalares do País, não se falando das clínicas privadas, comprovam as conseqüências irremediáveis e desastrosas em tais pacientes e que poderiam ter sido evitadas se tais colegas estivessem a par dos cuidados indispensáveis e eficazes para evitar tais desastres e mesmo verdadeiros crimes profissionais tais como freqüentes implantes-vaginal,

pélvico, epiplons, peritônio parietal, cicatriz operatória, etc. Não basta ser ginecologista ou cirurgião geral, é preciso também estar em dia com os conhecimentos da cancerologia moderna.

Em 50.633 casos registrados no Instituto Nacional de Câncer de 1938 a julho de 1959, foram considerados cancerosos 21.635 e não cancerosos 28.633 (ver quadro n.º 1).

QUADRO 1



Nôvo levantamento estatístico realizado recentemente pela Seção de Bio-estatística do I.N.C. — 1956 a 1960 nos revelou a incidência do câncer do corpo uterino em relação a outras localizações do câncer assim como o percentual de localização no aparelho genital feminino. (Ver quadros n.ºs 2, 3).

### QUADRO 2

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER  
DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL DE 1764 CASOS DE NEOPLASIAS MALIGNAS DO APARELHO GENITAL FEMININO  
(1956-1960)

Aparelho Genital Feminino	1956		1957		1958		1959		1960		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%								
Colo uterino (171)	267	81.4	279	86.4	300	70.9	290	81.7	325	84.0	1461	82.8
Corpo uterino (172)	31	9.4	24	7.5	39	10.5	48	13.5	37	9.6	179	10.1
Outras partes do útero (173)	-	-	1	0.3	-	-	-	-	1	0.2	2	0.1
Ovário (175.0)	12	3.7	4	1.2	7	1.9	7	2.0	10	2.6	40	2.3
Trompa (175.1)	1	0.3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.1
Vulva (176.0)	16	4.9	14	4.3	23	6.2	7	2.0	12	3.1	72	4.1
Vagina (176.1)	1	0.3	1	0.3	2	0.5	3	0.8	2	0.5	9	0.5
TOTAL	320	100.0	323	100.0	371	100.0	355	100.0	387	100.0	1764	100.0

Nota: Os números entre parêntesis correspondem aos da Nomenclatura Internacional de Doenças e Causas de Morte. Em 1956, 1957, 1954, 1959 e 1960 estão incluídos 2, 6, 9, 6 e 5 casos de côto restante, respectivamente.

### QUADRO 3

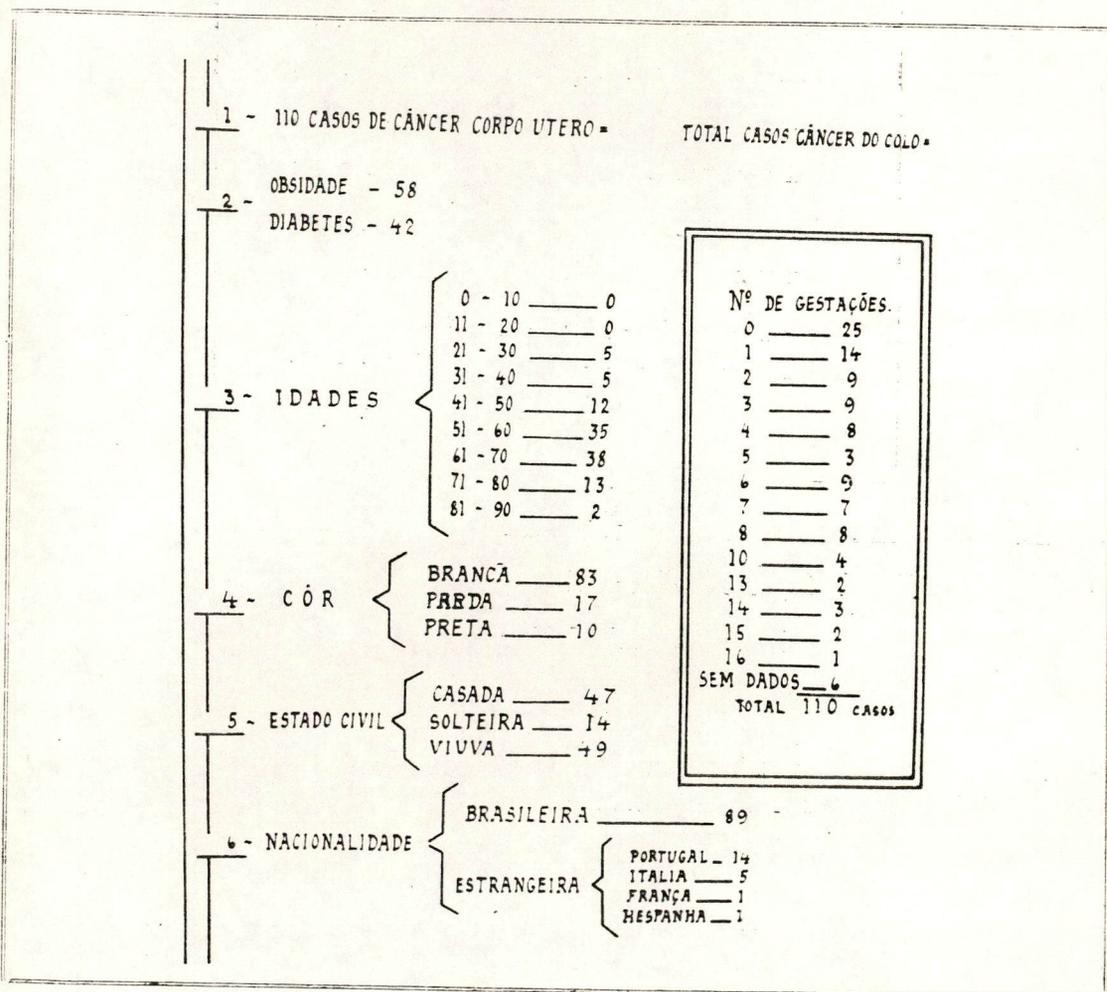
#### DESvantagens DA CURiETERAPIA NO CâNCER DO CORPO UTERINO SEGUNDO BASTIANTE - 1952

- 1.º — Ação retardadora da operação permitindo propagação do processo e suas metástases.
- 2.º — Infecção pela introdução do radium e aumento do perigo da infecção ou até impossibilidade operatória.
- 3.º — A manipulação associada à introdução do radium pode introduzir células cancerosas na rede linfática.
- 4.º — A cessação da hemorragia pode levar a paciente a recusar outro tratamento.

Freqüência dos casos de câncer do corpo em relação ao câncer do colo uterino — no hospital Johns — Hopkins é de 1:8; no Harvard Kelly Hospital 1:4; no Memorial Hospital 1:4; no Woman S. Hospital 1:5; em Amsterdam-Bastiannse encontrou 1:1,7. Os 69 colaboradores

que apresentaram resultados sobre o carcinoma do corpo, no oitavo volume dos relatos de 1946-1952 reuniram 3.847 casos de carcinoma do corpo e 17.539 do colo ou seja a relação de 1:4. No Instituto Nacional de Câncer encontramos 1:69. (ver quadro n.º 4)

QUADRO 4



Exporemos em seguida a classificação dos catalogados no I.N.C. Separando em duas partes 1938-1955; 1956-1959 o U.I.C.C. com os respectivos 110 casos inclusive. (ver quadro n.ºs 5, 6)

QUADRO 5

CLASSIFICAÇÃO HISTOPATOLÓGICA DO CÂNCER DO CORPO UTERINO U. I. C. C.	
Adenocarcinoma .....	83 casos
Adenocarcinoma papilífero .....	13 casos
Adenoacantoma .....	3 casos
Miosarcoma .....	5 casos
Leiomiiosarcoma .....	1 caso
Sarcoma do endométrio .....	0
Neoplasias malignas de outras partes do útero-corioepitelioma	2 casos
TOTAL.....	110 casos

QUADRO 6

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA - U. I. C. C.		CÂNCER DO CORPO UTERINO		
ESTÁDIO 0	{ DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO IMPOSSÍVEL ANTES DA RETIRADA DA PEÇA OPERATÓRIA -	938 - 1955	1956 - 1959	TOTAL
		↓	↓	↓
		1 caso	3 casos	4 casos
ESTÁDIO I	{ A - BOM RISCO OPERATÓRIO - B - MAU RISCO OPERATÓRIO - IDADE AVANÇADA - OBESIDADE - DOENÇAS CÁRDIO-VASCULARES - DIABETES - CÂNCER PRIMITIVO EM OUTROS ORGÃOS.	16 casos	27 casos	43 casos
LESÃO CIRCUNSCRITA AO ÚTERO.		4 casos	15 casos	17 casos
				110 casos
ESTÁDIO II	- LESÃO JÁ ULTRAPASSOU O ÚTERO -	34 casos	12 casos	46 casos

Adotamos também a classificação anatomo-patológica indicada pela U.I.C.C. (Ver quadro com os respectivos casos).

QUADRO 7

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER	
1956 - 1960	
Doentes matriculados . . . . .	21.520
Casos de câncer . . . . .	8.655
Casos de não câncer . . . . .	12.865
Localização aparelho genital feminino . . . . .	1.764 (20,4%)

Orientação terapêutica do Instituto Nacional de Câncer: CURIETERAPIA + CIRURGIA complementar radical via abdominal 60 dias depois do radium. Propuzemos esta orientação pelos resultados altamente satisfatórios obtidos nas mais diversas clínicas do mundo (quadros n.ºs 8, 9).

QUADRO 8

Câncer do Corpo uterino - Estatísticas		
<u>Cirurgia</u>	<u>Radium</u>	<u>R. X</u>
Norris - Danne (1936) - 47.8%	Miller - Anderson (1946) - 30%	Miller - Anderson (1946) - 16.6%
Miller - Anderson (1946) - 50%	Scheffey (1949) - 45.8%	Costolow (1954) - 36%
Arneson (1953) - 70%	Heyman (1955) - 61.8%	Wintz (1941) - 69.1%
Cosbie - Anderson		
Miller e Bunker (1954) - 79.9%		
Cir + Ra. + R. X		
Taylor - Backer (1947) 531 casos	$\left\{ \begin{array}{l} Ra. + R. X = 20\% \\ Ra. + Cir. = 64\% \\ Ra. + R. X + Cir. = 44.6\% \end{array} \right.$	5 anos
Miller - Anderson (1946) 322 casos	$\left\{ \begin{array}{l} Ra. + R. X = 28\% - 30\% \\ Ra. + Cir. + R. X = 66.6\% - 60\% \\ Cir + R. X = 77\% - 65\% \\ Ra. + Cir. = 86\% - 81.8\% \end{array} \right.$	5 anos e 10 anos
Palmer (1949)	$\left\{ \begin{array}{l} Ra. + R. X = 42.2\% \\ Ra. + Cir. = 69.2\% \end{array} \right.$	
Cosbie - Anderson - Miller - Bunker (1954) - Ra. + Cir. - 84.6%		

QUADRO 9

TRATAMENTO CÂNCER CORPO UTERINO		SOBREVIDA		I. N. C.		110 CASOS		1938	1956	TOTAL
CURIETERAPIA	{ 2 TEMPOS	60 DIAS DEPOIS - CIRURGIA RADICAL :		5 ANOS E 10 ANOS - 80%		1938	1956	6	9	15
CIRURGIA	{ 4.000 + 4.000 R\$									
CURIETERAPIA	{ 1 - CURIETERAPIA - 4.000 R\$	4 - CIRURGIA 60 DIAS DEPOIS		12 MESES - 8 MESES						2
ROENTGENTERAPIA	{ 2 - ROENTGENTERAPIA - 3.000 R\$									
CIRURGIA	{ 3 - CURIETERAPIA - 4.000 R\$									
CURIETERAPIA	{ CURIETERAPIA - 2 TEMPOS { 4.000 R\$			12 ANOS						1
CIRURGIA	{ + CIRURGIA									
ROENTGENTERAPIA	{ ROENTGENTERAPIA - 3.000 R\$ (LOCALIZAÇÃO GRANDE)									
CURIETERAPIA	{ CURIETERAPIA: ABANDONO	CIRURGIA		5 ANOS E 10 ANOS		55%		3	1	4
EXCLUSIVA	{ MAUS RISCOS OPERATÓRIOS					25%		11	4	15
CURIETERAPIA	{ RADIUM { 2 TEMPOS { 3.000 R\$					42%		2	2	4
ROENTGENTERAPIA	{ ROENTGENTERAPIA { 3.000 R\$									
CURIETERAPIA + COBALTOTERAPIA + ROENTGENTERAPIA + CIRURGIA	{ 17 - 22 HORAS 14-3A3-14-07 21 - 26 - 5 A 13-6-53 5.000R\$ 31 - 2.500 R\$ 3 ANOS 12-10-54									1
CIRURGIA	{ LAPAROTOMIA EXPLORADORA { AGULHAS VITALIUM	INOPERAVEL - MUSTARDA NITROGENADA { 10 mg 2 ANOS								3
EXCLUSIVA	{ HISTERECTOMIA TOTAL VIA ABDOMINAL - H <sup>32</sup> V 5 ANOS E 10 ANOS	ESTADIAMENTO - D				60%		17	3	20
CIRURGIA	{ CIRURGIA VITALIUM	CORIOPITELIOMA		1 ANO						1
CURIETERAPIA	{ CURIETERAPIA RECIDIVA VAGINAL, CÔTO RESTANTE ETC			20%				3	5	8
CIRURGIA + ROENTGENTERAPIA	{ 5 ANOS E 10 ANOS			60%				5	10	15
INOPERAVEL OU ABANDONO								8	6	14
										110

ORIENTAÇÃO DA TÉCNICA: Quando está comprovado o diagnóstico clínico, pelo exame anatomo-patológico será feito a curieterapia na Seção de Radioterapia do Serviço.

Quando houver sinais clínicos, hormonal e mesmos citológicos suspeitos, a paciente será encaminhada a Seção de

Radioterapia, onde internada fará os raspados do canal e cavidade uterina, e introdução do radium intra-cavitário e vaginal, enquanto, aguarda o resultado anatomo-patológico. Sendo êste positivo o tratamento clássico (Curieterapia) será praticado, conforme técnica descrita abaixo:

QUADRO 10  
RADIUM CORPO DE ÚTERO 25 Mg. Rae.

HISTEROMETRIA	N.º DE TUBOS NO TANDEM	Mg. Rae. TOTAL	COMPRIMENTO		Mgh	DOSE/HORA a 2 cm.	1.º HORAS	2.º HORAS	3.º HORAS
			TOTAL	ATIVO					
5,5 - 6	2	50	5,0	4,5	642	78 r	12,8 h	51 h	64 h
8 - 9	3	75	7,5	7,0	812	92 r	11 h	44 h	55 h
11 - 12	4	100	10,5	9,5	1002	100 r	10 h	40 h	50 h

### CURIETERAPIA I

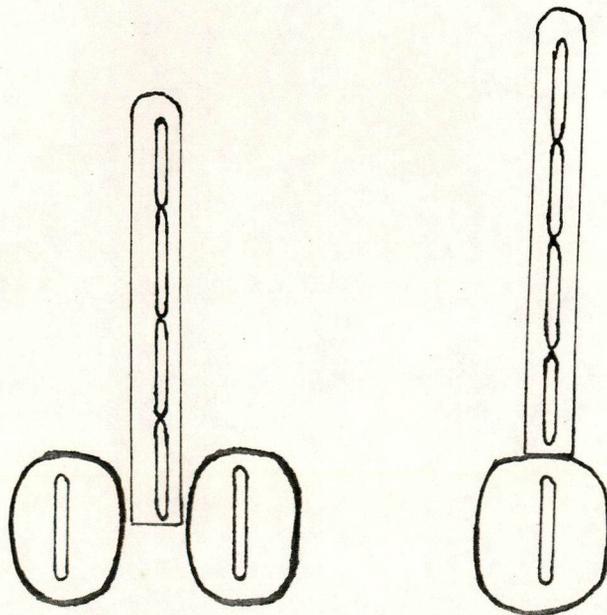
Todo o comprimento do útero, até seu fundo, precisa ser tratado, por isso será inserido o aplicador intra-úterino mais longo que o órgão possa comportar. Ao mesmo tempo é necessária a maior dose possível em profundidade, assim o tubo mais grosso deverá ser inserido. Não recorrer à dilatações excessivas.

A quantidade de rádio varia com o comprimento do útero e a técnica é melhor descrita sob a terminologia de unidade, sendo a unidade de 25 mg Rae. com 0,5 mm Pt. de filtragem e 25 mm de comprimento total. Serão empregadas tantas unidades em linha quantas couberem na cavidade uterina, acrescida de uma unidade na vagina.

O aplicador intra-uterino é de borracha dura com 1 cm. de diâmetro, tendo uma de suas extremidades arredondada para facilitar a inserção.

O componente vaginal será obtido de uma das seguintes maneiras:

- a) — em média um ovóide médio carregado com 1 unidade é colocado contra a cervix em linha (em tandem) com o radium intra-uterino. Se a vagina é pequena coloca-se 1 ovóide pequeno com 1 unidade, porém tendo o cuidado de fazer um bom tamponamento, principalmente no sentido do septo reto-vaginal.



b) — se os fundos de saco vaginais forem amplos, o útero móvel e se o colo não estiver comprometido, melhora-se a distribuição da dose fazendo fogo cruzado sobre a cervix. Para isso, 2 ovóides pequenos, cada um contendo a metade da unidade, são colocados nos fundos de saco laterais o mais alto possível e tamponados em posição.

A dose desejada é de 10.000 r no ponto (A), em duas inserções com 5 dias de intervalo. Na realidade esta dose corresponde biologicamente aos 8.000 r feitos no tratamento do câncer do colo uterino.

A dilatação do colo deve ser feita de maneira a permitir a passagem fácil do aplicador que tem 1 cm de diâmetro e deixando naturalmente pequena margem para a drenagem. Nunca dilatar demasiadamente.

Após a dilatação será procedida a curetagem, sendo o radium colocado com o devido tamponamento.

No caso de retro-flexão será tentada sua correção, colocando-se a paciente em decúbito ventral. Caso o útero esteja imóvel ou por qualquer outra razão não fôr possível a correção da posição uterina, coloca-se na extremidade do aplicador, junto do fundo uterino, apenas 1/2 unidade.

Quando o processo propaga-se para a vagina, às vezes tomando toda a parede vaginal, o tratamento mais aconselhado é

feito com a inserção de um tubo espesso de borracha esponjosa, tendo tubos de radium em tandem, de carga equivalente a 1/2 unidade. Nesta circunstância a terapêutica será considerada como paliativa e a dose será de 6.000 r na superfície do tubo de borracha.

Quando a propagação vaginal é feita em lesões independentes e limitadas, cada uma delas será tratada como lesão da vagina.

Se a comprovação histopatológica fôr negativa será o radium retirado e a paciente encaminhada à seção de cirurgia ginecológica. Ali repetiremos a colheita de material por aspiração, para citologia, do canal e cavidade após introdução de 3 cc. de soro fisiológico. Nôvo raspado fraccionado é praticado do canal e endométrico e se continuarem negativos, faremos cirurgia radical profilática devendo ser a peça operatória estudada rigidamente na seção de anatomia patológica visando encontrar o estadiamento 0. Sendo positivo o raspado, na seção de radioterapia, far-se-á a dose completa conforme já explicamos anteriormente.

Decorridos 60 dias, por via abdominal praticamos histerectomia total com ooforo-salpingectomia bilateral com ressecção alargada da vagina. A peça operatória fechada, é enviada ao anátomo patologista que fará a documentação fotográfica e os respectivos estudos, visando verificar a eficácia do radium (células neoplásicas vivas em plena atividade? degeneradas? em degeneração? outras alterações? qual a profundidade atingida pelo ra-

diuim, qual a porção uterina que recebeu mais irradiação e qual a que recebeu menos — frequência? Na nossa casuística podemos apresentar vários casos com 60 dias decorridos — 6 meses — 12 meses — 1 ano — 2 anos, etc. Pediremos aos colegas presentes que não deixem de exigir exames histopatológicos da peça operatória nos casos irradiados e operados seja em que prazo fôr. Pediremos ainda para citar os casos de recidivas locais e a distância — vagina, pelvis, bexiga, reto e implantes após cirurgia — abdome, parede abdominal, etc.

Para a realização desta cirurgia citaremos as técnicas e cuidados seguidas no Instituto Nacional de Câncer tão indispensáveis para evitar metástases, recidivas ou implantes ora na vagina, ora na parede abdominal (cicatriz operatória), ocorrências bastante frequentes e já mencionadas por nós várias vezes.

### TÉCNICA

1 — Assepsia rigorosa da vagina com o auxílio do espécuro. Pequeno tamponamento da cavidade uterina com gaze embebida em formol à 10%.

2 — Fechamento da cavidade uterina, por pontos separados no orifício externo do colo. Pequeno tamponamento vaginal com gaze embebida em metafen.

3 — Aberto o abdome, minuciosa exploração do fígado, estômago, baço, rins, epíplon e gânglios aórticos. Na pélvis exame cuidadoso, delicado manuseio do corpo uterino, trompas, ovários, paramé-

trios, ligamentos, ureteres, bexiga, reto e cadeias ganglionares.

4 — Apreensão e tração do útero por duas pinças longas de Kocher pelos cornos tubários e ligamentares (redondos), completando dêste modo o fechamento da cavidade uterina. Abandonar as clássicas pinças de Museux e Pozzi no fundo do útero, como meio de apreensão e tração uterina.

5 — Os ligamentos infundibulos pélvicos são pinçados ambos ao mesmo tempo bem juntos à pelvis e antes de seccionar um dêles. Abre-se o folheto peritoneal posterior, reconhecer e isolar parcialmente os ureteres.

6 — Os ligamentos redondos são também seccionados entre duas pinças e bem junto a sua saída da pélvis.

7 — Isola-se amplamente a vagina da bexiga e do reto, devendo sua seção se processar quatro centímetros no mínimo da exocervice. Sendo êste limite dado por nôvo tamponamento de gaze pela via vaginal.

8 — O fechamento vaginal será parcial, com catgut, por sutura interrompida e hemostática em tórno de suas paredes. Antibióticos. Não drenamos a pélvis.

9 — Peritonização pélvica a mais completa.

10 — Lavar as mãos em solução de oxianeto de mercúrio, ou melhor ainda, trocar as luvas antes do fechamento do ventre, que deverá ser executado com outro material cirúrgico, para evitar os

tão freqüentes implantes de células cancerosas.

11 — Movimentar a paciente no leito o mais cêdo possível, (flexão e extensão

dos membros inferiores de hora em hora), a fim de se fazer a profilaxia das não raras doenças de estase.

#### QUADRO 11

##### DESVANTAGENS DA CURIETERAPIA PRÉ-OPERATÓRIA (*Bastiaanse - Cirurgião - Amsterdam*)

I — Adiamento da operação, permitindo a propagação do processo e suas metástases.

II — Infecção pela introdução do radium e aumento do processo inflamatório até a impossibilidade operatória.

III — A manipulação associada a introdução do radium, pode introduzir células cancerosas na rede linfática (perigo de irradiação ao radio-terapêuta).

IV — A cessação da hemorragia, leva a paciente já fora do hospital, a recusar o tratamento complementar (cirurgia).

Para contornarmos êste movimento encaminhamos nossas pacientes para o Hospital Mário Kroeff onde aguardará o tratamento cirúrgico complementar inter-

nada e amparada por terapêutica geral tão necessária nestes casos — mesmo assim, houve abandono do 2.º tempo do tratamento.

## CONCLUSÕES

I — O problema do câncer do corpo uterino está caminhando para uma resolução satisfatória, devido ao diagnóstico precóce pela citologia enriquecida — lavagem endometrial com sôro fisiológico esteril 3 cc. e respectiva aspiração — contrações uterinas pelo tartarato de ergotamina 0,2 mgs. na veia e colheita do material sob o contrôle da colposcopia.

II — O estadiamento 0 (zero) do corpo uterino vem surgindo com certa freqüência, conseqüente à orientação por nós apresentada isto é, sintomas imperitinentes com exames histopatológicos repetidos negativos. Operar radicalmente pensando na possibilidade do carcinoma estadio 0.

III — Com os métodos propedêuticos, atuais na clínica de prevenção do colo uterino procuramos profilaticamente colher material do canal e cavidade uterina como rotina de tôda mulher depois da menopausa. Só assim conseguiremos também o diagnóstico precóce do carcinoma do corpo uterino.

IV — Tôda hemorragia por via vaginal, pensar em primeiro lugar na presença do câncer, mesmo em presença de miomas, polipos, etc. Praticar sintomaticamente os raspados do canal e cavidade uterina nas operações meno-conservadoras (miomectomias — miometrectomia — histerectomia fúndica, etc.) e na histerectomia sub total quando fôr impossível a total.

V — O carcinoma do corpo do útero evolue lentamente, a sua propagação se faz com rara exceção depois que ultrapassa os diversos planos do órgão. Não existe nenhum fundamento cirúrgico até o presente momento, que autorize o cirurgião a extirpar os paramétrios e a fazer linfadenectomia pélvica (Brunswick) nos casos de câncer do corpo uterino operável. Isso agrava o risco operatório. Geralmente, todos nós sabemos, que tais pacientes portadoras dêste tipo de câncer são idosas, obesas, hipertensas, diabéticas não se falando das sérias complicações post-operatórias.

VI — Cautela com as irradiações para o tratamento dos estados mórbidos benignos do aparelho genital, pela alta ocorrência posterior de câncer do endométrio.

VII — Cuidado com a estrogênio-terapia, mesmo em doses mínimas, mas prolongadas, porque o fator tempo é mais importante do que a dose.

VIII — A hiperplasia glandular cística em mulheres idosas post-menopáusicas deve ser considerada como précursores do câncer do corpo uterino. Operar radical e profilaticamente, havendo ainda possibilidades de se encontrar estadiamento 0.

IX — Os melhores resultados terapêuticos obtidos, foram pela associação do radium, intra cavitário e vaginal como complemento; 60 dias após cirurgia radical via abdominal com cuidados anterior-

mente expostos em 11 ítems, que nos mostraram sua eficácia, evitando os frequentes implantes na cicatriz operatória.

X — Nos casos inoperáveis clínica ou cirurgicamente, impõe-se a curieterapia intra-cavitária seguida ou não de Roentgenerapia (cobalto — cesio — ou megavoltagem, etc.).

XI — Finalmente em 11 casos de carcinoma do corpo uterino nos estadiamentos I-A: 8 casos; I-B: 1 caso; e II: 2 casos, operados entre 1955 e 1959; decorridos de 3 a 10 meses da curieterapia clássica do Serviço, foram estudadas cuidadosamente as peças operatórias pelo anatomo-patologista. Evidenciaram 6 casos positivos, isto é, presença de células cancerosas em plena atividade 58.1%; e 5 casos negativos 41.9%.

### CONCLUIMOS:

1.º — que a curieterapia exclusiva é insuficiente — complementada no entanto pela cirurgia, temos conseguido percentuais de 80% de cura.

2.º — mesmo conhecendo e relembrando as desvantagens da curieterapia pré-operatória proposta por Bastiaanse em 1952, (principalmente nos ítems I adiamento da operação, permitindo a propagação do processo e suas metástases e IV quanto a cessação da hemorragia, leva a paciente já fora do hospital, a protelar e recusar o tratamento cirúrgico complementar) continuamos a empregar a associação das duas armas (curieterapia + cirurgia), sendo a cirurgia executada dentro dos 11 ítems citados neste trabalho.

### RESUMO

O A. faz um estudo da atualização dos conhecimentos sobre o câncer do corpo uterino, baseado em casuística do Instituto Nacional de Câncer.

Conclue :

1.º — Que a curieterapia exclusiva é insuficiente; complementada pela cirurgia tem conseguido percentuais de cura de 80%.

2.º — Que reconhecendo as desvantagens da curieterapia pré-operatória, continua a empregar a associação das duas armas (curie + cirurgia).

### SUMMARY

The author studies the actual knowledge of cancer of uterine body, using the National Institute of Cancer casuistic and conduits.

1st — Curietherapy only is not enough; finished by chirurgic assoatead, has get percentuals of cure of 80%.

2nd — That realizing the disadvantages of the pre-operative curietherapy, continues to use the association of the two arms (curie & surgery).