

CÂNCER DO CÔTO UTERINO RESTANTE

ALBERTO COUTINHO *

O objetivo desta comunicação é apresentar 10 casos referentes ao desenvolvimento do câncer na cérvix em pacientes que sofreram histerectomia sub-total.

Conhecido sob a designação de câncer do côto uterino restante, foi mencionado e individualizado pela primeira vez em 1895, por Chrobak. Seguiram-se inúmeras observações no correr dêste meio século, entre elas a de Polak, em 1921, que coletou 256 casos na literatura médica despertando, a partir dessa época, o interêsse pelo assunto.

Nas estatísticas de Dexter W. White e David W. Owitt, divulgadas em 1951, do Saint Mary's Hospital, contam-se entre 92 casos estudados de

câncer do colo do útero, 18 desenvolvidos no côto restante. Aage Lachmann relatou 73 casos de câncer do côto cervical em 5.213 pacientes de câncer da cérvix, vistas e tratadas no Rádium Hemmet de Estocolmo nos anos de 1914 a 1944. É da opinião que a incidência do câncer do côto tem aumentado em correspondência com o maior número de histerectomias sub-totais efetuadas. Acha que o perigo do câncer do côto restante após êste tipo de operação corresponde a 1%. Carter e colaboradores consignaram em 1.441 doentes atingidos de carcinomas do colo uterino, 11 incidências no côto restante.

A freqüência do câncer do côto restante, pode ser avaliada segundo os dados abaixo:

Autor	H. S. T. lesões benignas	N.º de casos cânc cer côto cervical	Percent.
Henriksen (1939)	6.550	26	0.45%
Pearse (1934)	810	8	1.0 %
Von Graff (1935)	7.244	45	0.62%
Meigs (1936, 1947)	1.774	13	0.73%

Entre nós conhecemos apenas as estatísticas da Dra. Hildegard Stoltz, baseadas em casos tratados no Serviço do Prof. Arnaldo de Moraes, no Instituto de Ginecologia da Universidade do

Brasil. Até julho de 1945, neste Instituto, haviam sido registrados 4 casos e a afecção era considerada, pela autora, como entidade ainda relativamente rara. No entanto, em 1950, dá à publicidade mais 10 casos, perfazendo um total de 14, observados naquele Instituto de 1936 a 1950, sobre um total de 407 doentes de câncer do colo uterino.

* Livre docente da Fac. Nac. de Medicina da Un. do Brasil. Chefe de Cirurgia da Secção de Abdome Superior do Inst. de Câncer.

A sua incidência no côto restante elevou-se a 3%. A autora em sua publicação aconselha a terapêutica pela Roentgenterapia e Curieterapia, tendo realizado na sua primeira série dois tratamentos puramente sintomáticos, e dois pela curieterapia na dose de 28.8 m.c.d. pela técnica de Regoud, sendo precárias as seqüências pós-rádium. Não obstante, Foss e Babcock em 65 doentes, obtiveram cura em 20% após 5 anos.

Apresentamos abaixo, um quadro sinótico, a estatística do Instituto de Câncer, que entre casos de câncer do colo uterino, contam-se 10 que se desenvolveram em côto restante. Antes, porém devemos considerar como o faz a maioria dos autores (Brunschwih, Harolt e outros) que o verdadeiro câncer do côto restante surge a partir do 2.^o ou 3.^o ano após a realização da histerectomia sub-total. Se a sua individualização fôr procedida antes dessa época considera-se que a afecção já existia em graus evolutivos diferentes na ocasião em que a histerectomia sub-total foi realizada. Essas ocorrências derivam da falta de cuidado na observação quanto à integridade da cérvix, o que deveria ser praticado dentro das normas científicas impostas pela moderna ginecologia. A tal ponto isto é verdade que Hinselmann e Martins, com a autoridade que lhes é peculiar, referendam a histerectomia sub total desde que a colposcopia e a colpocitologia sejam negativas.

Na nossa estatística só possuímos entre os 10 casos que a compõem 7 que podem ser considerados verdadeiramente como câncer do côto restante, porquanto apareceram acima de 3 anos a contar da data da histerectomia de

acôrdo com o conceito atualmente adotado. Os demais já existiam na época da intervenção efetuada porquanto em 2 deles os sintomas se instalaram a partir de 5 meses e 10 dias respectivamente e no terceiro os sinais que a paciente apresentava não tiveram a menor remissão com o ato cirúrgico a que se submeteram. Estas 3 últimas observações nos fornecem exemplo bem marcante da necessidade por parte do médico em proceder exploração minuciosa da cérvix em todos os casos que indicar a histerectomia.

O tratamento do câncer do côto restante tem sido considerado por muitos autores como de resultado menos eficaz daquele que se processa para o câncer da cérvix. Parece-nos, no entanto, que existem razões que nos levam a pensar em contrário.

As estatísticas da Fundação Curie de Paris, relativas a 124 casos, registram 51 curas de mais de 5 anos, ou sejam 41% de casos tratados, dos quais 72% do grau I, e 44% do grau II. Na opinião de J. Band, as mulheres já alertadas pela operação sofrida e consultas posteriores, recorrem a cuidados médicos mais precocemente, o que comprova as estatísticas citadas, em que 84 pacientes foram vistas no grau I e no grau II, fornecendo um percentual muito melhor do observado no colo uterino.

Devido à alta percentagem do câncer do côto restante após histerectomia sub-total, White e Owitt (18 casos em 92) acham que tão elevada incidência é um ótimo argumento para que seja preferida a histerectomia total, como princípio, nas lesões benignas do útero. Estes autores aconselham o tratamento pela curie e roentgenterapia, indicando que a exérese cirúrgica do côto do colo

deve ser reservada aos únicos casos onde, após a irradiação, persiste uma úlcera devido à rádio-necrose. Estes autores pensam que o prognóstico tardio do câncer do côto restante não difere das localizações carvicais em útero não operado.

Aage Lachmann obteve 59% de curas permanentes de 5 anos o que acha percentagem mais favorável que para o câncer da cérvix em geral. Atribui ao fato de que muitas portadoras do câncer do côto são tratadas mais precocemente. Supõe, no entanto, que nas pacientes portadoras do câncer do colo, no momento da operação e não diagnosticado, o prognóstico seria pior, não obtendo nenhuma delas sobrevida que atingisse a 5 anos, enquanto nos casos selecionados de câncer do côto foram obtidos até 72% de cura.

Nas observações relatadas por Band referentes às verificadas na Fundação Curie de Paris, o tratamento foi realizado pela Associação Rádium e Roentgenterapia ou a Telecurieterapia. Os resultados foram semelhantes aos do câncer habitual da cérvix. O ponto particular está na possibilidade ou não de colocar uma sonda porta-rádium no côto do colo, só tendo sido possível em 28 dos 124 verificados. Os resultados nestes casos não foram sensivelmente melhores o que prova o valor do colposcoto nos cânceres do côto do colo. Esta conclusão é oposta àquela que é agora bem demonstrada para o tratamento do câncer do colo em útero inteiro, onde a necessidade da sonda porta-rádium no canal é universalmente admitida.

Carter e colaboradores aconselham a ablação cirúrgica do côto com ou sem linfadenectomia pélvica.

Quanto à indicação da histerectomia, essa deve ser, sempre que possível, total nas lesões benignas do útero. A histerectomia sob total que cada dia deve ser menos utilizada de acordo com os progressos da cirurgia não deve ser realizada sem que se tenha a certeza de nada haver para o lado do colo, que o mesmo seja normal. É da maior importância que a cérvix seja examinada cuidadosamente antes da operação e que se efetue eventualmente a biópsia.

Linch pondera que a histerectomia sub total é admissível em mãos de cirurgiões menos hábeis e que o pós-operatório dêse tipo de operação é mais benigno. Cirio afirma que a histerectomia total deve ser iterativa em tôdas as mulheres acima de 47 casos, e se, por qualquer circunstância, não fôr possível praticá-la, o esvaziamento da endo cervix deve ser realizado para prevenção de câncer do côto. Na opinião de Peralta Ramos a histerectomia total não deve ser sistemática e a verdadeira profilaxia e o diagnóstico precoce do câncer cervical procedidos pela colposcopia.

Harolt, numa estatística correspondente a 12.273 casos de amputação supra vaginal do útero por mioma, registrou 80 casos de câncer do côto restante, ou seja a percentagem de 0,65%. Este fato levou a Martzloff declarar que uma incidência inferior a 1% não justifica a prática sistemática da histerectomia total, porquanto, habitualmente, a mortalidade causada por esta operação é maior. Insiste na necessidade de exames pré-operatórios cuidadosos e acredita que o câncer do côto restante, que se manifesta dentro de três anos após a histerectomia supra vaginal por processo benigno, já existia anterior-

mente, não tendo sido percebido na época da operação.

As hysterectomias totais têm sua principal indicação nas lesões benignas do útero nas mulheres de idade avançada ou naquelas que já tenham muitos filhos, sendo a hysterectomia sub total indicada nas contra indicações das totais. Quando realizadas, proceder à vigilância do colo, mediante exames periódicos, empregando como rotina a colposcopia, o teste de Schiller, a colpocitologia e se necessário à biópsia.

Na opinião de Alexander Brunschwig, a hysterectomia sub-total só deve ser indicada em casos de emergência; considera como uma operação absoleta e indica sistematicamente a hysterectomia total, devida à alta incidência do câncer do côto restante. Observou nos últimos 4 ou 5 anos, 40 casos de localizações desta espécie, o que não aconteceria se a doente tivesse sofrido a ablação total do útero. Nesses casos ficou provado, fora de dúvida, que na época da operação as pacientes não apresentavam lesões no colo. E da opinião que toda a lesão maligna que aparece na cérvix 3 1/2 a 4 anos após a hysterectomia sub total é uma lesão nova, muito diferente daquela que, por circunstâncias fortuitas, não se fez o diagnóstico e a paciente foi operada já sendo portadora de câncer do colo e que se manifestou alguns meses mais tarde. Procedendo à hysterectomia total, o cirurgião, num número apreciável de casos, pratica a prevenção do câncer da cérvix. A opinião de Brunschwig é corroborada pela estatística de Brunsch e Lavelly em que, em 1.221 hysterectomias totais consecutivas não houve nenhum óbito.

Opinamos que a hysterectomia total deva ser procedida em todos os Centros que possuam cirurgiões e instalações que possam garantir um desempenho técnico perfeito. A indicação se torna mais precisa nas mulheres que já tenham filhos e que hajam atingido a idade do câncer.

Nos casos em que a hysterectomia sub total venha a ser procedida, ou naqueles em que já foi executada, as pacientes deverão permanecer sob uma rigorosa vigilância, mediante exames periódicos orientados no sentido da exploração sistematizada do colo uterino pela colposcopia, teste de Schiller, colpocitologia e eventualmente pela biópsia.

OBSERVAÇÕES

I

M.F.M. — 59 anos, casada, branca, doméstica, D. Federal. Reg. geral n.º 9.141 — Matriculada em 23-3-1947.

ANTECEDENTES: *Hereditários:* Não há casos de câncer na família. — *Pessoais:* Menarca aos 13 anos. Ciclo menstrual do tipo 3/30. Dismenorréia. 4 partos e 6 abortos. Último parto aos 30 anos. Menopausa cirúrgica aos 32 anos devida a hysterectomia sub-total.

HISTÓRIA: Há 3 meses vem apresentando corrimento sanguinolento por via vaginal bem como sangramento ao coito. Há 2 meses estas perdas se tornaram constantes.

EXAME GINECOLÓGICO: *Vagina:* Livre — *Colo uterino:* Duro, ulcerado e hemorrágico. — *Fundos de saco vaginais* — Invasão do fundo de saco lateral direito por tumor vegetante ulcerado. *Corpo uterino:* Ausente — *Paramétrios:* Discreta infiltração bi-lateral. — *Histerometria:* 3 cms.

DIAGNÓSTICO: *Clinico:* Blastoma do coto uterino restante, grau II — tipo paramétrios. — *Histopatológico:* Carcinoma epidermoide espino-celular, grau III.

TRATAMENTO: Curieterapia em um só tempo na dose total de 7.680 mgh. mediante tandem intra-cervical com 25 mg. Rae. e dois colpostatos vaginais com 10 mg. Rae. cada um. Tempo de aplicação: 144 hs. Após a retirada dos 2 colpostatos e do tandem foi colocado um tubo de 25 mg. Rae em pé, de encontro ao orifício cervical externo do canal cervical, sede da lesão. A paciente suportou bem a irradiação.

Alta vigilância em 12-5-1947, devendo completar o tratamento pelos Raios X.

NOTA: Não se teve mais notícias da paciente.

II

J. M. S. — 60 anos, parda, casada, doméstica, Sergipe. Reg. geral n.º 12.030 — Matriculada em 2-9-948.

ANTECEDENTES: *Hereditários:* Nega casos de câncer na família. — *Pessoais:* Menarca aos 12 anos. Ciclo menstrual 5/28. 1 parto a termo e um aborto provocado. Menopausa cirúrgica aos 44 anos devida a histerectomia sub total.

HISTÓRIA: Há 12 anos que perde sangue por via vaginal, após fazer esforços. Queixa-se também de dores na bacia. Últimamente, tem emagrecido. Há 1 mês notou o aparecimento de corrimento amarelado com raias sanguinolentas.

EXAME GINECOLÓGICO: *Vagina:* Partes vaginais normais. Cúpola vaginal infundibiliforme permeável apenas ao dedo indicador, explorador, rugoso e de consistência endurecida. — *Colo uterino:* Pequeno, apresentando ulceração superficial, endofítica e hemorrágica. — *Fundos de saco vaginais:* Livres. — *Corpo uterino:* Ausente. — *Paramétrios:* Livres.

DIAGNÓSTICO: *Clinico* — Blastoma do coto uterino restante, I grau. — *Histopa-*

tológico — Carcinoma escamoso em início sem grande invasão do tecido conjuntivo.

TRATAMENTO: Curieterapia por meio de 2 ovoides intracavitários do tipo Tod. Dose total: 5.760 mgh. realizada em 2 tempos de 2.880 mgh. O intervalo entre ambos foi de 3 dias. A paciente suportou bem a irradiação. Quatro dias após o término da curieterapia iniciou a roentgenoterapia complementar sendo a dose tumor 3.000 r. e a dose pele 4.132 r.

7-10-1952: A paciente foi revista pela última vez, apresentando-se em ótimas condições gerais e locais.

III

L.C. — 40 anos, branca, casada, doméstica — D. Federal. Reg. geral n.º 16.361 — Matriculada em 11-4-1950.

ANTECEDENTES: *Hereditários:* Nega casos de câncer na família. — *Pessoais:* Menarca aos 12 anos. Ciclo menstrual 3/28. 12 partos. 1 aborto espontâneo. Menopausa cirúrgica devida a histerectomia sub total há 2 meses.

HISTÓRIA: Há 5 meses vem apresentando corrimento sanguinolento por via vaginal. Submeteu-se a histerectomia sub total há 2 meses. 10 dias após a intervenção apresentava novamente perdas sanguíneas.

EXAME GINECOLÓGICO: *Vagina:* Livre. — *Colo uterino:* Volumoso, sede de tumor acima referido. — *Corpo uterino:* Ausente. — *Paramétrios:* Infiltrados até aos planos ósseos.

DIAGNÓSTICO: *Clinico:* Blastoma do coto uterino restante, grau III tipo paramétrios. — *Histopatológico:* Carcinoma epidermoide do tipo intermediário, grau III.

TRATAMENTO: Curieterapia por meio de 2 ovoides intracavitários do tipo Tod, com a carga de 20 mg. Rae., sendo a dose total de 6.720 mgh. Realizada em 2 tempos com a carga respectiva de 3.840 mgh. e 2.880 mgh. e com intervalo de 4 dias. A paciente suportou bem a irradiação.

20-7-1950: Constatada a presença de um tumor no terço superior da tíbia direita. A radiografia revelou tratar-se de lesão osteolítica, provavelmente metastática. A biópsia (22-7-50) revelou: Carcinoma epidermóide, grau III.

31-7-1950: Roentgenterapia na metástase tibial na dose total de 4.000 r.

21-8-1950: Terminada a roentgenterapia na metástase tibial. O exame ginecológico revelou estar a lesão primitiva completamente cicatrizada. A radiografia da lesão da tíbia revelou aumento da área osteolise.

5-10-1950: *Exame ginecológico*: Extensa massa tumerosa em relação com a cúpula vaginal. Infiltração intensa dos paramétrios principalmente à esquerda. A radiografia da lesão da tíbia revelou sensível redução do processo metastático.

27-12-1950: Óbito.

IV

H.V.R. — 51 anos, branca, casada, doméstica, Sergipe. Reg. geral n.º 16.787 — Matriculada em 20-7-1950.

ANTECEDENTES: *Hereditários*: Nega casos de câncer na família. — *Pessoais*: Menarca aos 11 anos. Ciclo menstrual do tipo 4/30. 4 partos. Histerectomia sub-total há 2 meses.

HISTÓRIA: Há 1 ano vem se queixando de corrimento esbranquiçado por via vaginal, tendo há 6 meses este corrimento se tornado purulento e de odor desagradável. Últimamente, mudou o seu aspecto tornando-se sanguinolento. Menorragia. Submeteu-se, há 2 meses a histerectomia sub total. Pouco tempo após a intervenção voltou a apresentar corrimento sanguinolento.

EXAME GINECOLÓGICO: *Vagina*: Livre. — *Colo uterino*: Volumoso de superfície irregular friável. — *Fundos de sacos vaginais*: Livres. — *Corpo uterino*: Ausente. — *Paramétrios*: Infiltrados até ao

plano ósseo. — *Histerometria*: Orifício cervical externo intransponível.

DIAGNÓSTICO: *Clínico*: Blastoma do coto uterino restante, grau III, tipo paramétrios. — *Histopatológico*: Adenocarcinoma, grau II.

TRATAMENTO: Radiumterapia intracavitária, por meio de 2 ovoides médios do tipo Tod, com a carga de 20 mg. Rae. A dose total usada foi de 6.720 mgh. distribuída em 2 aplicações de 2.880 mgh. e 3.840 mgh., com o intervalo de 3 dias entre o 1.º e o 2.º tempo. A paciente suportou bem a irradiação. Não foi feita a Roentgenterapia complementar. Alta sob Vigilância, em 20-8-1950.

NOTA: Óbito poucos meses após o tratamento.

V

M.M.G. — 41 anos, casada, branca, doméstica, Est. do Rio. Reg. geral n.º 21.800 — Matriculada em 1-4-1952.

ANTECEDENTES: *Hereditários*: Nega casos de câncer na família. — *Pessoais*: Menarca aos 14 anos. Ciclo menstrual tipo 8/30. 1 parto normal e a termo. Nega abortos. Menopausa cirúrgica aos 29 anos devida a histerectomia sub total.

HISTÓRIA: Há 5 anos vem se queixando de corrimento amarelado por via vaginal. Há 1 mês atrás este corrimento assumiu o aspecto de água de carne.

EXAME GINECOLÓGICO: *Vagina*: Livre. — *Colo uterino*: Cilíndrico, duro, de superfície irregular, ulcerado e hemorrágico. — *Fundos de saco*: Livres. — *Corpo uterino*: Ausente. — *Paramétrios*: *Direitos*: Livres. — *Esquerdos*: Pouco infiltrados.

DIAGNÓSTICO: *Clínico*: Blastoma do coto uterino restante, grau II. — *Histopatológico*: Carcinoma espino-celular, grau III.

TRATAMENTO: Curiterapia por meio de 2 ovóides médios intracavitários, do tipo Tod, com a carga de 20 mg. Rae. e um

tandem com 1 elemento de 10 mg. Rae, na dose total de 8.400 mgh. O primeiro tempo foi realizado com espaçador grande e na dose de 3.600 mgh. e o 2.º tempo na dose de 4.800 mgh. e espaçador pequeno. O intervalo entre ambos foi de 4 dias. A paciente suportou bem a irradiação. No dia seguinte ao término da Curietherapie iniciou a roentgentherapie, na dose de 3.000 r. nos paramétrios esquerdos e 2.000 r. nos paramétrios direitos.

7-4-1953: Revista nesta data. Livre de sintomas. Colo cicatrizado e paramétrios livres.

VI

M.M.F. — 29 anos, branca, casada, doméstica — Minas Gerais. Reg. geral n.º 23.353 — Matriculada em 6-10-1952.

ANTECEDENTES: *Hereditários*: Nega casos de câncer na família. — *Pessoais*: Menarca aos 13 anos. Ciclo menstrual do tipo 5/30. 1 parto normal e a termo. Nega abôrto. Menopausa cirúrgica aos 29 anos devida a histerectomia sub total.

HISTÓRIA: Há 1 ano vem se queixando de corrimento vaginal sero-sanguinolento que surge no período que precede as menstruações. Submeteu-se então a histerectomia sub total em 23-3-52, após o diagnóstico de fibroma. Passou relativamente bem nos 5 meses subsequentes à operação porém há 2 meses vem apresentando dores nas cadeiras — (sic) e perda de pêso progressiva.

EXAME GINECOLÓGICO: *Vagina* — Paredes de elasticidade diminuída. Cúpola vaginal tomada por tumor ulcerado hemorrágico. *Colo uterino*: Tomado pelo tumor ulcerado acima descrito. — *Fundos de saco vaginais*: Invadidos pelo tumor. — *Corpo uterino*: Ausente. — *Paramétrios Esquerdos*: Infiltrados sem atingir, todavia o plano ósseo. — *Paramétrios Direitos*: Livres.

DIAGNÓSTICO: *Clínico*: Blastoma do côto uterino restante, grau II, tipo paramétrios, vagina. — *Histopatológico*: Carcinoma epidermoide grau III (Broders).

TRATAMENTO: Realizada a Curietherapie por meio de 2 ovóides do tipo Tod, com a carga de 15 mgh. Rac, e espaçador pequeno. A dose total foi de 5.040 mg.H., distribuída em 2 tempos intervalados de 3 dias, com 2.160 mgh. e 2.880 mgh. respectivamente. A paciente suportou bem a irradiação. A roentgentherapie complementar foi iniciada 2 dias após o término da Curietherapie, sendo a dose total de 2.500 r. em cada paramétrio e dose máxima da pele 3.056 r. Alta sob vigilância, em ambulatório.

9-12-1952: *Exame ginecológico*: cicatrização da lesão do colo uterino. Empastamento parametrial à esquerda. Lesão em atividade. Queixa-se de dores na perna esquerda.

7-1-1953: *Exame ginecológico*: endurecimento na cúpola vaginal sangrante ao toque.

22-1-1953: *Exame ginecológico*: estenose fúndica da vagina. Infiltração parametrial bi-lateral, mais acentuada à direita. Tomada biópsia de um ponto suspeito de recidiva junto ao côto restante do colo, cujo resultado revelou suspeitas de transformação maligna.

2-2-1953: Fomos informados por sua irmã que a paciente se encontra em precárias condições, sentindo muitas dores pélvicas e vomitando.

NOTA: Óbito em época ignorada.

VII

M.C.F. — 73 anos, viúva, branca, doméstica, Portugal — Reg. geral n.º 23.506 — Matriculada em 22-10-1952.

ANTECEDENTES: *Hereditários*: Nega casos de câncer na família. — *Pessoais*: Menarca aos 16 anos. Ciclo menstrual tipo 7/30. Dismenorréia. 1 parto normal e a termo. 1 abôrto espontâneo. Menopausa cirúrgica aos 35 anos devida a histerectomia sub-total.

HISTÓRIA: Há 3 semanas apresentou perdas sanguíneas por via vaginal durante 3 dias.

EXAME GINECOLÓGICO: *Vagina:* Livre. — *Colo uterino:* Nódulo sangrante, pouco endurecido, de aspecto vegetante granulomatoso no orifício externo do canal cervical. — *Fundos de saco vaginais:* Livres. — *Corpo uterino:* ausente. — *Paramétrios:* Livres.

DIAGNÓSTICO: *Clínico:* Blastoma do coto uterino restante, grau I. *Histopatológico:* Carcinoma epidermoide, grau III.

TRATAMENTO: Curieterapia por meio de 2 ovoides intracavitários do tipo Tod, com a carga de 15 mg. Rae. sendo a dose total de 5.040 mgh. O primeiro tempo foi realizado com espaçador pequeno e com a dose de 2.160 mgh. e o segundo tempo com 2.880 mgh. e espaçador pequeno. O intervalo entre ambos foi de 4 dias. Alta sob vigilância em 28-11-1952.

NOTA: A paciente não mais compareceu ao Serviço não sendo, pois, submetida à roentgenterapia complementar.

VIII

L. S. — 36 anos, casada, branca, doméstica — Est. do Rio. Reg. geral n.º 25.145 — Matriculada em 8-4-1953.

ANTECEDENTES: *Hereditários:* Nega casos de câncer na família. — *Pessoais:* Menarca aos 15 anos. Ciclo menstrual normal. 2 abortos espontâneos. Menopausa cirúrgica aos 32 anos devida a histerectomia sub total por fibroma.

HISTÓRIA: Há 1 mês vem apresentando perdas sanguíneas abundantes por via vaginal.

EXAME GINECOLÓGICO: *Vagina:* Livre. — *Colo uterino:* Volumoso, duro, tomado por tumor vegetante, hemorrágico. — *Fundos de saco vaginais:* Invadidos pela lesão tumoral acima referida. — *Corpo uterino:* Ausente. — *Paramétrios:* Esquerdos — infiltrados até os planos ós-

seos. — Direitos — infiltrados em sua porção justa-uterina. — *Toque retal:* revela a presença de tumor duro, pouco doloroso bombeando o fundo de saco de Douglas.

DIAGNÓSTICO: *Clínico:* Blastoma do coto uterino restante, grau III tipo paramétrios. — *Histopatológico:* Carcinoma epidermoide espino-celular, grau III (Broders).

TRATAMENTO: Praticada laparotomia exploradora e constatada a inoperabilidade. Impraticável também a roentgenterapia paliativa.

IX

C.D.C. — 59 anos, branca, viúva, doméstica, D. Federal. Reg. geral n.º 25.151 — Matriculada em 8-4-1953.

ANTECEDENTES: *Hereditários:* Há antecedentes de câncer na família. — *Pessoais:* Menarca aos 15 anos. Ciclo menstrual tipo 3/28. 2 partos a termo e 2 abortos provocados. Menopausa cirúrgica aos 35 anos devida a histerectomia sub total.

HISTÓRIA: Aos 35 anos submeteu-se a histerectomia sub total, não sabendo o motivo da intervenção. Há 8 meses vem apresentando perdas sanguíneas frequentes por via vaginal, com dores no baixo ventre.

EXAME GINECOLÓGICO: *Vagina:* Invadida no 1/3 superior de sua parede anterior — *Colo uterino:* Totalmente tomado por tumor ulcerado, infiltrante. — *Fundos de saco vaginais:* Invadidos pelo tumor. — *Corpo uterino:* Ausente. — *Paramétrios:* Infiltração bi-lateral até o plano ósseo. — *Histerometria:* Impraticável.

DIAGNÓSTICO: *Clínico:* Blastoma do coto uterino restante, grau III, tipo paramétrios vagina. — *Histopatológico:* Carcinoma espino-celular, grau III.

TRATAMENTO: Curieterapia em 2 tempos mediante a colocação de 2 ovoides intra-

cavitários, do tipo Pod, com a carga de 15 mg. Rae. A dose total usada foi de 5.040 mgh. distribuídas em 2 aplicações de 2.160 mgh. e 2.880 mgh. com o intervalo de 3 dias entre o 1.º e o 2.º tempo. A paciente suportou bem a irradiação. A roentgenterapia complementar foi iniciada 2 dias após a retirada do rádio, na dose pele de 3.500 r. e dose tumor de 3.000 r.

Não se teve mais notícias da paciente após o término do tratamento.

X

M. N. — 66 anos, branca, viúva, doméstica — Est. do Rio. Reg. geral n.º 26.478 — Matriculada em 27-7-1953.

ANTECEDENTES: *Hereditários:* Nega casos de câncer na família. — *Pessoais:* Menarca aos 16 anos. Ciclo menstrual do tipo 6/25. 7 partos normais e a termo. 1 aborto provocado e 1 espontâneo. Menopausa cirúrgica aos 53 anos devida à histerectomia sub total por motivo ignorado.

HISTÓRIA: Há 42 anos vem se queixando de sensação de calor no baixo ventre bem

como menorrágia. Há 13 anos submeteu-se a histerectomia sub total com ooforectomia bi-lateral por motivos que ignora. Há 2 anos apresenta corrimento sanguinolento por via vaginal que se tornou fétido quando também lhe surgiram dores no baixo ventre, calor e ardor à micção. Há 2 meses apresenta tosse e cansaço exagerado.

EXAME GINECOLÓGICO: *Vagina:* Apresenta-se com tôdas as suas paredes tomadas por tumor ulcerado, hemorrágico que se estende até o terço médio, determinando estenose acentuada da mesma. — *Colo uterino:* Totalmente destruído pela lesão — *Fundos de saco vaginais:* Igualmente destruídos pela lesão. — *Corpo uterino:* Ausente. — *Paramétrios:* Ambos infiltrados até o plano ósseo, sendo que os direitos são sede de volumoso tumor duro e fixo.

DIAGNÓSTICO: *Clinico:* Blastoma do coto restante, grau III, tipo paramétrios e vagina. — *Histopatológico:* (27-7-53) (15.057) — Carcinoma epidermoide espino celular, grau IV.

TRATAMENTO: Apenas foi realizado tratamento sintomático em face do adiantamento das lesões.