

# CISTO ADENOMA PAPILÍFERO DO OVÁRIO

ANTEMAR CAMPOS

Assistente da 2a. Cad. Clínica Cirúrgica

A circunstância de termos intervindo em paciente portadora dessa afecção, ofereceu-nos o ensejo de, em revendo as publicações regionais (24), enfocarmos sua ocorrência entre os tumores ovarianos. Várias denominações podem ser apontadas: cisto papilífero do ovário, mixocistoma proliferativo, adenoma papilar do ovário, tumor sero papilar do ovário de tipo Mulleriano, etc...

Com maior frequência, entretanto, encontraremos o batismo de blastoma cílio epitelial (Roberto Meyer) e cisto adenoma seroso papilar ou papilífero (Pfannenstiel).

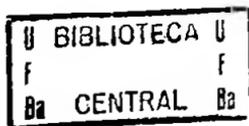
## FREQUÊNCIA. ESTATÍSTICAS

Mais frequentemente unilateral e intraligamentar. Nêste particular, as estatísticas são de 19% (Mayer), 84% (Tauffer) e 35% (Ahumada) no que tange à bilateralidade (4); do mesmo passo, de 12% (Ahumada) e 50% (Pfannenstiel), quanto a inclusão intraligamentar. Embora a maioria dos autores considere-no pouco frequente, Kermauner (4) equipara-o aos pseudomucinosos.

Revendo 500 pacientes, portadoras de tumores ovarianos, abrangendo um período de 10 anos, Hygalle (16) apresenta os resultados seguintes:

a) Frequência por idade:

162 casos dos 21 aos 30 anos  
137 casos dos 31 aos 40 anos  
110 casos dos 41 aos 50 anos



## b) Frequência por localização:

61 casos bilaterais
144 casos lado direito
170 casos lado esquerdo

## c) Frequência por espécie (exame microscópico):

I — Malignos	118 casos	28%
cisto ovariano maligno	66 casos	55.8%
cisto papilífero maligno	23 casos	19.4%
adenocarcinoma	22 casos	18.5%
II — Benignos	302 casos	72%
cisto pseudo mucinoso	129 casos	43.4%
cisto seroso	55 casos	19.2%
cisto papilífero	45 casos	12.3%
cisto dermoide	25 casos	8.2%

Na Clínica Ginecológica e Obstétrica da Universidade de Cagliari, em consulentes matriculadas de 1939 a 1949, Nicora (22) encontrou 187 casos (3.45%) de tumores do ovário, com a seguinte distribuição:

cistoma seroso	62 casos
cistos dermoides	30 casos
cistos de inclusão	30 casos
27 folicular	
3 luteínico	
cisto adenoma pseudo mucinoso	29 casos
cistos para ovarianos	25 casos
fibromas	6 casos
cisto adenoma papilífero	5 casos

De referência a idade, menciona Nicora (22) haver maior incidência dos 15 aos 45 anos, em 13 casos (6.52%) ambos os ovários foram atingidos, dez vezes pelo mesmo tipo de tumor.

Cazenave (13) tenta explicar a tendência especial dessas neoplasias para infiltrarem o ligamento largo, talvez porque, no seu início, as vegetações encontram menor resistência na zona

do tecido celular, hilo do ovário e ligamento largo, que na área do tecido ovariano, em si mesma mais densa.

Relanceadas as vistas nessas estatísticas de ordem geral, achamos de bom alvitre perquirir a casuística local. Destarte, revendo o fichario da Clínica Ginecológica dessa Universidade — por especial deferência do Prof. Dr. Alicio Peltier de Queiroz — num período de 1940 a 1950, encontramos, para

1485 doentes operadas,  
61 casos de tumores ovarianos, entre os quais  
1 de cisto adenoma papilífero

Do Serviço de Ginecologia do Hospital Santa Isabel, em fichas cirurgicas de 1947 a 1950, obtivemos em

294 doentes operadas,  
22 casos de tumores ovarianos e nenhum de c.a.p.

Da Enfermaria Sta. Marta no Hospital Sta. Isabel, nos foi franqueado o relatório correspondente aos leitos do Dr. Washington Maltês, de 23-1-1950 a 30-8-1951, constando de

156 doentes operadas,  
7 apresentando tumores ovarianos, também com registro negativo para c.a.p.

Na 2.<sup>a</sup> Cadeira de Clínica Cirúrgica, fizemos um apanhado estatístico de 1944 a 1951, atinente apenas à Enfermaria de Mulheres, onde, em

286 doentes operadas  
19 casos correspondiam a tumores do ovário, com  
1 c.a.p. objeto das considerações presentes.

Ainda em disciplinas dessa Universidade, na Clínica Pro-pedêutica Cirúrgica, sob a regência do Prof. Dr. João José de Almeida Seabra, de 1944 a 1950, para

161 operadas, encontramos  
6 casos de tumores ovarianos, com  
1 de c.a.p.

No intuito de controlarmos os casos discriminados, revisamos fichas de exames microscópicos, em Serviços diversos. Deste modo, no Gabinete de Anatomia Patológica do Hospital Santa Isabel, em

- 1340 fichas consultadas,
- 16 correspondiam a tumores ovarianos, das quais
- 2 casos referindo-se ao c.a.p. sem que nos fosse possível obter informes de documentação, registro clínico, etc...

No Departamento de Anatomia Patologica do Hospital das Clínicas, graças ao esforço do Dr. Clarival Prado Valadares, conseguimos apurar que, em

- 1154 exames realizados,
- 35 referiam-se a tumores ovarianos, com
- 2 casos de c.a.p. já inclusos nas estatísticas anteriores (Profs. Drs. Alício Peltier de Queiroz e João José de Almeida Seabra).

No Instituto de Saude Pública, Secção de Anatomia Patológica, mercê da cooperação do Dr. Anibal Silvano Filho, revimos fichas atinentes aos casos ginecológicos, com

- 156 exames realizados
- 15 por tumores ovarianos e
- 2 de c.a.p. um dos quais motivo dêsses comentários.

Alicerçados nas pesquisas levadas a efeito em nosso meio poderemos concluir que o c.a.p. é uma localização pouco comum entre os t.o. Assim, num global de 2380 operadas, 115 c foram por neoplasias do ovário, somente 3 casos enquadrando-se como cisto adenoma papilífero.

### HISTOGÊNESE

Pouco se conhece sobre a gênese dêsses cistomas papilares, encontrando-se formas de transição entre os cistomas glandulares e os papilares, bem como associação de ambos (3).

Três teorias aventam sua explicação (12):

- a) seriam desenvolvidos às expensas da germinativa ou superfície epitelial do ovário (incluindo invaginação, tubulos e pequenos cistos corticais).
- b) originar-se-iam do folículo de De Graaf
- c) seriam oriundos do tubulo de Wolff.

Montóbio (20) admite-os derivando do revestimento ovárico, cu melhor, de estrangulações ou restos embrionários (ninhos de Walthardt) do epitélio celômico, que recobre a crosta germinal.

Embora as opiniões divirjam, parece estar fora de duvidas, que sua origem se faz partindo do epitélio germinativo do ovário, sendo mesmo possível demonstrar tôdas as fases de transição (21): desde uma simples invaginação do epitélio germinativo, a invaginação com formação papilar, até ao cisto papilomatoso típico. Não constituem raridade, os pequenos papilomas superficiais do ovário e os papilomas solidos originados do mesmo epitélio germinativo, que podem, atingindo grandes dimensões, ocupar tôda a cavidade pélvica, deixando-nos perceber, por vêzes, uma tendência cística pronunciada. Mais amiúdo, o epitélio germinativo forma por suas invaginações, cavidades císticas cada vez maiores, com as características increscências papilares. Por tal mecanismo, torna-se fácil compreender o motivo de encontrarmos formações papilares, externa ou internamente aos cistos serosos.

Ainda controversa é a questão da benignidade ou malignidade dêsses tumores. Alguns autores, como Curtis (11), conceituam que "todo tumor do ovário com crescimento papilomatoso (superfície papilomatosa), deve ser considerado como um tumor maligno, independente das características histológicas". Já Meyer (27) admite sua benignidade, podendo no entanto, por degeneração, chegar ao cisto carcinoma papilar. Ewing (27) aceita a malignidade primitiva e secundária. Enquanto, pois, alguns preferem agrupá-lo como potencialmente maligno, outros reputam-no como intermediário entre as formas benigna e maligna, com linha de demarcação imprecisa.

Quer clínica, quer morfológicamente, o diagnóstico entre benigno e maligno apresenta dificuldades, já pela possibilidade

de ambos favorecerem enxéritos peritoniais, já histologicamente, nos casos em via de transformação.

É, pois, o ovário o órgão que origina a maior variedade de blastomas, e, como se tal não bastasse, é receptor de metástases de carcinomas que podem assestar em qualquer órgão da economia (9).

Estaria o tumor na dependência endócrina do ovário? Tal subordinação explicaria os resultados favoráveis da radioterapia, através da castração, em alguns casos de tumor papilífero avançado. Wintz (27) em uma série de casos dessa natureza, a despeito do comprometimento peritonal, obteve cura em 23% das irradiadas, mesmo após 5 anos.

Considerando-se a escassa sensibilidade dos adenocarcinomas, resultados tão favoráveis pareceriam depor pela interrelação endócrina do ovário. Há, mesmo, quem insista sobre tal possibilidade (27), argumentando a razão de ser da ooforectomia bilateral em tais casos, não só pela frequência de metástases em ovários aparentemente normais, como e principalmente, pela necessidade de suprimir a atividade ovariana, condicionadora, talvez do crescimento da neoplasia.

### ANATOMIA PATOLÓGICA. CLASSIFICAÇÃO

Geralmente, tumores uniloculares e unilaterais, não excedendo no tamanho de 18 a 20 cms, podem, não obstante, apresentar-se multiloculares e bilaterais.

Macroscopicamente, o aspecto externo pode assemelhar-se ao dos cistos pseudo mucinosos; em outros casos, porém, apresenta a superfície papilomatosa, com excrescências que, em certas oportunidades, lembra o aspecto de couve flôr. O conteúdo é aquoso, ralo, podendo ser hemorrágico e pardacento. Quanto a parede interna é completamente lisa, mais difícil se torna a distinção com os cistos da variedade folicular simples, mormente quando muito pequenos. A presença, porém, de excrescências verrucosas, quer pequenas e discretas, quer excluindo por completo as cavidades císticas, caracteriza tais tumores serosos; as massas papilares — consistindo numa camada de ce-

lulas epiteliais e algum estroma — quando em contacto com a parede oposta do cisto, após penetrarem-na, surgem como vegetações papilomatosas na superfície externa.

O aspecto microscópico difere daquele apresentado pelos tumores pseudo mucinosos, com a circunstância de maior variabilidade nos casos individuais. Em geral, mostram revestimento epitelial, constituído por uma fileira de células ciliadas, comumente cubicas ou achatadas, de molde a assemelharem-se com o epitélio. Em outros tumores, ou mesmo em partes distintas do mesmo tumor, o epitélio pode ser cuboide ou em forma de cunha. O estroma é fibroso, em algumas circunstâncias, com tal degeneração hidrópica, que lembra a gelatina de Warton do cordão umbilical. Os nucleos dessas células são relativamente grandes, ocupando a parte media. As massas papilares possuem um estroma conjuntivo, que contem os vasos, e, em suas multiples ramificações, está recoberto por epitélio de uma só camada. No tecido conjuntivo das papilas, frequentemente são encontradas concreções e depositos calcareos, dispostos irregularmente, constituindo os corpusculos de psamonas.

Pela irritação peritonial, êsses tumores acarretam ascite; eis porque, mesmo após a extirpação do bloco principal, pode persistir a proliferação dos elementos implantados no peritônio. Alguns autores (6), estribam-se no aspecto histológico para decidir de sua malignidade. Assim, se epitélio cuboidal plano, em uma só camada, seriam benignos; se papilas constituídas por camadas epiteliais superpostas, existiria transformação maligna.

Mac Carty (12) realisou cuidadoso estudo, macro e microscópico, de ovários removidos cirurgicamente, concluindo:

- a) que grande parte dos cistos ovarianos papilíferos, originaram-se de pequenas estruturas cística do epitélio germinativo, achados na cortex do ovário normal.
- b) que a espessura do ovário normal, associada com um cisto papilar do outro ovário é um potencial perigoso; se a idade da paciente o permite, deverá ser removido.

As mais diversas classificações pretendem agrupar os tumores ovarianos. Tal dificuldade em enfileirá-los, parece resi-

dir “no pouco ou nenhum conhecimento da histogenese” (21)  
Calatroni (8) considera-os em três grupos:

I — Conjuntivos

- a) benignos — mioma e fibroma
- b) malignos — sarcoma

II — Epiteliais

- a) benignos — cisto adenoma mucoide  
                  cisto adenoma seroso (simples e papilar) tumor  
                  de Brenner
- b) malignos — carcinoma (primitivo e secundário)

III — Teratomas

- a) adultos — cisto dermoide
- b) embrionários ou teratoblastomas

Novak (21) focalisa-os sob dois aspectos:

I — Benignos

A — Cisticos

- a) não neoplasicos:
  - cistos foliculares
  - cistos luteínicos
  - cistos de inclusão germinal
  - cistos endometriais
- b) neoplasicos:
  - cistos adenomas
  - cistos dermoides

B — Solidos:

- papiloma, fibroma, angioma, etc...
- tumor de Brenner
- tumor adrenalínico

II — Malignos

- carcinoma:
  - c. primario solido

- c. cístico
- c. metastásico
- teratoma
- sarcoma
- melanoma

Spencer e Reel (26), seguindo orientação diversa, preferem esquematizar as neoplasias ovarianas em:

I — Ovariogênicas — derivadas do tecido ovariano

A — Derivadas do núcleo mesenquimal

a) derivadas de células fetais remanescentes com desencaminhamento nos cromosomas do sexo:  
arrenoblastoma e disgerminoma

b) derivados de células fetais remanescentes, sem desencaminhamento ou engano nos cromosomas do sexo:

tumor de células da granulosa

tumor de células da teca

c) derivadas de tecido intersticial sem potência ou atividade sexual:

fibroma — angioma — mioma — fibromioma

B — Derivadas do epitélio superficial:

a) cistoma seroso

b) endometrioma

c) cistoma pseudo mucinoso

II — Não ovariogênicas: — derivadas de tecidos estranhos ao ovário porém encontrados em outros locais:

A — Por deslocamento para o ovário durante a vida fetal:

a) precoce, dando origem aos teratomas, que por sua vez podem ser imaturo (embrioma) ou maturo (dermoide)

b) tardio, advindos em tecidos de órgãos contíguos ao ovário durante o desenvolvimento embriológico:  
supra renais — hipernefroma

rins — mesonefroma  
ap.uro genital — tumor de Brenner  
gânglios simpáticos — ganglioneuroma

B — Por deslocamento para o ovário durante a vida adulta:  
metastases dos tumores malignos — tumor de Krukenberg.

III — Carcinomas de histogênese indeterminada:

- c. simples
- c. cirroso
- c. plexiforme

Do exposto, poderemos esquematizar as considerações feitas encarando os c.a.p. como tumores de natureza benigna, embora, pela possibilidade de transformação maligna, potencialmente malignos. A ascite, a implantação peritoneal, a idade da paciente, a repercussão para o estado geral, etc... aliadas ao aspecto microscópico de camadas superpostas, ditariam a malignidade.

### EVOLUÇÃO CLÍNICA

No início de seu desenvolvimento, confundem-se com o próprio ovário. Caso encaminhem-se para a base ou hilo do ovário, seu crescimento far-se-á entre as fôlhas da ligamento largo, conseqüentemente, intra ligamentar. Caso, entretanto, orientem-se para a periferia da glândula germinativa, formarão uma saliência, que progressivamente se irá acentuando, e, como o próprio ovário, permanecerá livre na cavidade peritoneal, tornando-se pedunculada e lateralizada em relação ao útero. Com o progredir gradativo, sofrem uma migração para baixo, em função do próprio pêso, já então retro uterina, acantonando-se no Douglas. Se o crescimento persiste, a acomodação sendo insuficiente, força-os para cima, atingindo a cavidade abdominal, num mecanismo semelhante ao do útero grávido, e, como neste, podendo haver encarceramento no Douglas. Já nesse estadio, teremos a sintomatologia mecânica da compressão,

com sensação de pêsco e pressão na pelve; irritabilidade vesical; edema dos membros inferiores; dôres nas pernas; dispnéa; obstipação, etc... Embora não exerçam influência particular sobre a função menstrual, os autores mencionam, quer dismenorréa (18), quer hipomenorréa (15), por destruição do tecido ovariano. Em virtude da irritação peritoneal, originam ascite, cuja formação geralmente consegue despertar a atenção da doente, mesmo quando todo o cotejo anterior passa despercebido. Não obstante constituir uma das causas de esterilidade (22,4%), a gestação foi observada algumas vêses em portadoras de tais cistos. Discute-se, então, se a gravidês favorece ou não ao crescimento dêsses tumores, bem como se a degeneração maligna seria por ela exaltada (23). O que parece assentado é a interrupção prematura da gestação, podendo, ainda, originar apresentações viciosas.

Rompendo-se o cisto, pode haver implantação no peritoneo visceral e parietal, onde continuará a crescer.

Assim pois, a sintomatologia e repercussão geral se fazem sentir na dependência do volume, desenvolvimento e situação do tumor.

Para o diagnóstico das neoplasias do ovário, nossas dificuldades serão maiores ou menores, consoante o volume das mesmas; lançaremos mão do toque combinado e recursos propedêuticos clássicos (manobras de Hégar, Freud, Schultze, Halban, etc...) Quando pelo ato cirúrgico, temos a atenção despertada pelas características excrecências papilares, aventaremos, de logo, a variedade papilífera, hipótese que somente o exame anatomo patológico irá elucidar.

No ról das complicações mais frequentes, poderemos apontar, ao lado da degeneração maligna, a ruptura (expontanea ou traumática), a infecção séptica e a torsão do pedículo.

## TRATAMENTO

A terapêutica é essencialmente cirurgica; a espécie e limites da operação, serão ditados pelo tipo do cisto, idade da paciente, estado geral, possibilidade de gestações, etc...

Em tese, alguns tratadistas (8) aconselham, como medida profilática — se a paciente não é jovem —, ao lado da histerectomia sub total, a ooforectomia bilateral, ainda que o ovário oposto seja macroscopicamente normal. Não menor número de estudiosos (19) (21) porém, adotam uma diretriz menos extensa: — nos casos sem degeneração, ascite ou implantes peritonais, mormente se em pacientes jovens, realizam a ooforectomia unilateral, com poupança dos anexos do lado oposto; como complemento a esta conduta, indicam a roentgenterapia post operatória.

Quando, entretanto, houver qualquer suspeita de malignidade, deveremos recomendar a histerectomia com salpingo-ooforectomia bilateral. Com maior dose de razão, faremos nesses casos, a irradiação post operatória, visando, principalmente, a evitar proliferação dos elementos implantados no peritônio, evento observável, mesmo após a exérese do tumor principal.

**OBSERVAÇÃO CLÍNICA:** — (resumida).

2.<sup>a</sup> Cadeira de Clínica Cirúrgica  
Serviço do Prof. Dr. Flavio Faria  
Enfermaria Sta. Marta  
Leito n.º 35

**Identificação:**

M. F. J.  
sexo feminino — naturalidade Sergipe  
côr branca — estado civil casada  
idade 42 anos — profissão doméstica  
entrada em 9-2-951 — residência Macuco (Itabuna)

**Anamnese:**

Informa-nos que há cerca de um ano e quatro meses, notou o aparecimento de tumoração ao nível do abdome inferior, sem, contudo, acarretar perturbações apreciáveis. Ultimamente, todavia, vem apresentando dores que se irradiam para a região lombar, sensação de dormência nos membros inferiores, ao lado de irregularidades menstruais (hipermenorréa)..

a) Antecedentes fisiológicos:

Deambulação e dentição em épocas normais. Menarca aos 16 anos, ocorrendo 5 dias, com cólicas acentuadas; ciclos posteriores regulares,

t.m. 3-4/23. Vida sexual aos 18 anos. Multipara com cinco partos de termo e 3 abortos espontâneos.



FIG. 1

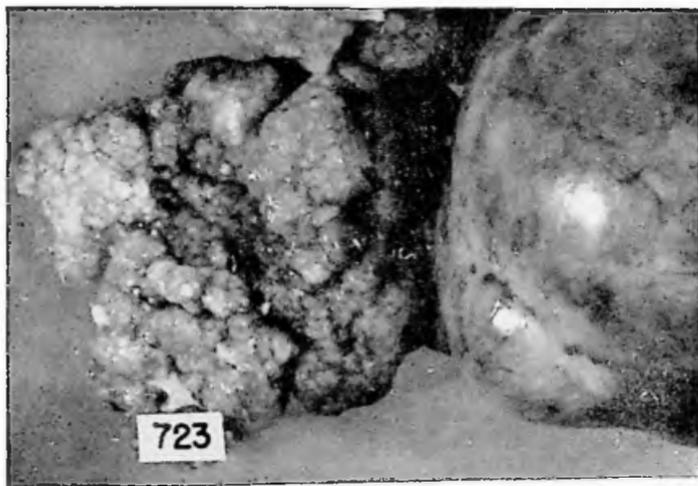


FIG. 2

b) Antecedentes patológicos:

Doenças próprias da infância (sarampo, varicela). Como ocorrência mórbida post pubere, paludismo.

## c) Antecedentes hereditários:

Pai falecido de causa ignorada. Mãe viva, saúde precária. Aparelhos vitais clinicamente normais.

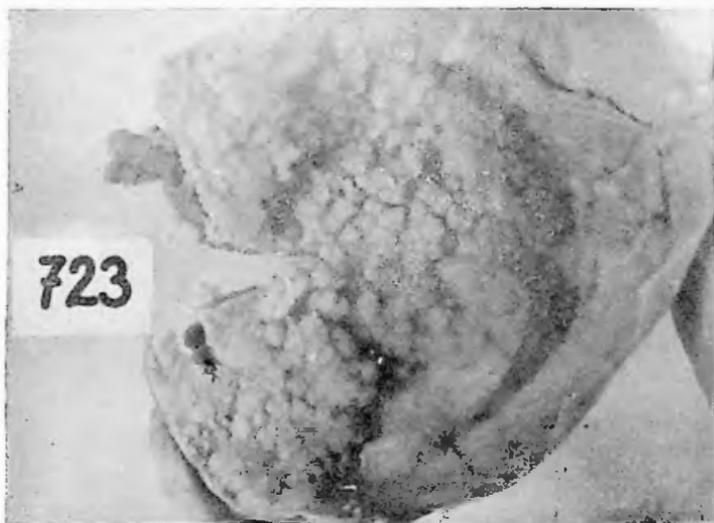


FIG. 3



FIG. 4

Exames laboratoriais satisfatórios, oferecendo um bom risco cirúrgico.

### Exame especial:

Pela inspeção, observamos uma assimetria da parêde abdominal, representada por abaulamento que ocupa o hipogástrico e fossa ilíaca esquerda. A palpação informa de massa tumoral com mobilidade limitada, contornos imprecisos, consistência cística, por sobre a qual deslizam os planos superficiais. O toque combinado deixa-nos perceber o útero em anteversão, ladeado à esquerda por conglomerado tumoral, que parece prolongado até o Douglas. Anexos direitos não percebidos com claresa.

### Intervenção:

Operador — Dr. Antemar Campos  
Auxiliar — Ddo. Enio Faria Rozendo Pinto  
Instrumentador — Acad. Dino Farias  
Anestesia — raque  
Anestésico — percaína  
Data — 27-2-951.

Praticada a laparotomia mediana infra umbilical, encontramos uma tumoração intra ligamentar esquerda, com excrescências papilares acantonadas no Douglas, de onde conservam o molde. Utero em anteversão, recalçado pelo tumor. Anexos do lado oposto macroscopicamente normais. Praticamos a salpingo ooforectomia esquerda, seguida de apendicectomia atípica (apêndice aderente, retro cecal, apresentando zona de congestão acentuada) .

Recomposição da ferida em planos separados. Síntese da pele com agraffes.

Tempo operatório: — 60 minutos

Alta em 8-3-951. Cicatrização per primum.

Remetido o material operatório (ovário) para o Instituto de Saúde Pública, foram realizados cortes, cujo laudo se segue:

“Relatório macroscópico: — a peça enviada, consta de volumoso tumor, pesando 1740 grs. arredondado, de superfície lisa e brilhante, onde se desenham com nitidês as ramificações vasculares; de coloração que varia do rôxo ao vermelho escuro e que mede 18,5 cms. X 13,5 cms. X 10,2 cms. (Fig. 1).

Em uma das extremidades desta tumoração, toma inserção por fino pedículo, uma massa tumoral abrolhante, de coloração amarelada e de superfície granulosa, na qual se pode ver alguns cistos de conteúdo seroso. (Fig. 2).

É friável ao tato, pegajoso e ao corte mostra uma superfície de secção onde se vêem raros cistos volumosos e numerosos, outros pequeninos, que se dispõem em torno ao eixo esbranquiçado. A 1ª tumoração tem uma consistência elástica. Aberta a peça, deixa escapar

volúmosa quantidade de líquido cremoso de coloração marrom. As paredes internas são irregulares, apresentando numerosíssimos nódulos idênticos aos já descritos para a massa que adería a esta. (Fig. 3).

Relatório microscópico: — O exame microscópico dos diversos blocos mostra tratar-se de uma neoplasia extremamente papilar, constituída por formações vilosas que se ramificam profusamente para a superfície externa e que também emitem projeções para a profundidade sob forma de glândulas ramificadas. (Fig. 4).



FIG. 5

O epitélio de revestimento dessas vilosidades, bem como dessas invaginações, assume espectos variados, ora é cubico simples, ora cilíndrico e ainda estratificado. O estroma das projeções papilares maiores mostra-se edemaciado, por vèzes hialinizado e ainda calcificado em certas áreas. (Fig. 5).

A secreção que se coleta entre as projeções papilares é em geral serosa, mas em alguns pontos essa secreção se espessa, assumindo aspecto basófilo, granuloso, comparável à mucina. Em certas áreas tem-se a impressão de que o epitélio está em atividade, multiplicando-se e formando pilhas de células jovens que tendem a invadir o estroma. Ausência de figuras de mitose.

Diagnóstico: — cistoadenoma papilífero seroso.

Em 6-3-951 — a) Dr. Dacorzo Filho.

## CONCLUSÃO

Na observação presente, tratamos a paciente como portadora de um tumor benigno, já que não foram encontradas características de transformação maligna. Nossa intervenção, pois, resumiu-se na retirada do ovário enfermo (que foi acompanhado pela trompa respectiva), cuidando em fazê-lo numa peça única, sem o rompimento das múltiplas vesículas, o que foi conseguido.

Todavia, como sabemos de sua potencialidade maligna, fizemos sentir a conveniência e vantagens da irradiação post-operatória (roengenterapia ou radioterapia), que, apesar do nosso empenho, não foi possível iniciar, na dependência de fatores inerentes à própria operada. Não obstante, temos notícias do bom estado geral da mesma, que tudo faz acreditar, até o presente, como clinicamente curada.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 — Anderson e outros — Amer. J. Obst. Gyn. Sept. 1949. 58: 537 — 43 apud — Quartely Review of Obst. and Gyn. Vol. 8 n. 2 Pag. 208, Abril 1950.
- 2 — Adair, Fred — Obstetrics and Gynecology 2º vol. Pag. 320, Philadelphia 1940.
- 3 — Aschoff, L. — Tratado de Anatomia Patológica 2º vol. Pag. 650 Labor 1950.
- 4 — Ahumada, J. Carlos — Tratado de Gynecologia 2º vol. Pag. 600 Guanabara 1942.
- 5 — Boyd, William — Comp. de Patologia geral e de Anatomia Patológica, Pag. 681, Guanabara 1949.
- 6 — Baravalle, Norberto — Bol. Soc. Obst. Gin. Buenos Aires, Vol. 13, Tomo XXVII, Pag. 519, Outubro 1947.
- 7 — Barros, Moraes — Clínica Ginecológica, Pag. 571, S. Paulo 1944.
- 8 — Calatroni, Ruiz — Terapêutica ginecológica, 2º vol. Pag. 663 — Guanabara 1941.
- 9 — Cardini, Cezar — Ginecologia clínica, 6º vol. Pag. 421, Ateneo 1947
- 10 — Christopher, F. — Textbook of Surgery, Pag. 1521, Saunders 1944
- 11 — Curtiss, Arthur — Gynecology, Pag. 368, Philadelphia 1946.
- 12 — Crossen, Crossen — Diseases of Women, Pag. 713, St. Louis 1944
- 13 — Faure-Siredey — Traité de Gynecologie, 2º vol. Pag. 1219, Paris 1928.
- 14 — Forgue — Patologia externa, 2º vol. Pag. 1197.

- 15 — Fabião, M.M. — Tratado de Ginecologia, Pag. 360, Briguet 1935
- 16 — Hygalle, A. — J. Ceylon Br. Brit. M. A. 44: 12-21 Dezembro 1949
- 17 — Karsner, Howards — Human Pathology, Pag. 667, Lippincott 1942.
- 18 — Moore, Alan — Anatomia Patológica, Pag. 935, Prensa Med. Mexicana 1944
- 19 — Matos, Sylla — O Ovário, Pags. 240-248, Melhoramentos 1943
- 20 — Montóbio, Conill — Tratado de Ginecologia, Pag. 698, Labôr 1946
- 21 — Novak, Emil — Ginecologia e Endocrinologia femenina, 2º vol. Pags. 465-480, Guanabara, 1944.
- 22 — Nicóira, Giuseppe — Surgery, Gynecology and Obstetrics (Abstracts) Vol. 93 nº 2 Pag. 160, Agosto 1950.
- 23 — Perez, M. Luiz — Tratado de Obstetricia, 2º vol. Pag. 195, Guanabara 1942.
- 24 — Ribeiro, Galdino — Índice bibliográfico baiano de Gin. e Obst. Científica 1949
- 25 — Sancho, Lopez E. — Trat. de Gin. general e especial, 2º vol. Pag. 968, Ed. Pubul. 1931
- 26 — Spencer, J. A. e Reel, P. J. — Rev. Brasileira de Cirurgia, Pag. 759, n. 11. Novembro 1947
- 27 — Salgado, Clovis — Anais Bras. de Ginecologia, Junho 1946, Pag. 419, n.º 6.
- 28 — Stoeckel, W. — Tratado de Ginecologia, Pag. 587, Madrid, 1948
- 29 — Te Linde, R. — Ginecologia operatória, Pag. 629, Guanabara 1947