

II
N.º 225

FERNANDO DUARTE DE AZEREDO ANTAS

SARCOMA PRIMITIVO DO ESTOMAGO

(NOTAS REFERENTES A UM CASO OBSERVADO
NAS ENFERMARIAS DA 2.ª CLÍNICA CIRÚRGICA)

TESE DE DOUTORAMENTO APRESENTADA
À FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

JULHO DE 1925

212/2 FMP

EMPR. INDUST. GRÁF. DO PORTO, L.^{da}
178, R. MÁRTIRES DA LIBERDADE, 178

SARCOMA PRIMITIVO DO ESTOMAGO

(NOTAS REFERENTES A UM CASO OBSERVADO
NAS ENFERMIARIAS DA 2.^a CLÍNICA CIRÚRGICA)

FERNANDO DUARTE DE AZEREDO ANTAS

SARCOMA PRIMITIVO DO ESTOMAGO

(NOTAS REFERENTES A UM CASO OBSERVADO
NAS ENFERMARIAS DA 2.^a CLÍNICA CIRÚRGICA)

TESE DE DOUTORAMENTO APRESENTADA
Á FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

JULHO DE 1925

EMPR. INDUST. GRÁF. DO PORTO, L.^{da}
178, R. MÁRTIRES DA LIBERDADE, 178

Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães

SECRETÁRIO

Dr. Hernani Bastos Monteiro

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários

Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior . . .	Higiene
Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar . . .	Patologia geral
Dr. Carlos Alberto de Lima	Patologia cirúrgica
Dr. Luís de Freitas Viegas.	Dermatologia e Sifilografia
Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães . . .	Terapêutica geral
Dr. António Joaquim de Souza Júnior. . .	Anatomia patológica
Dr. Tiago Augusto de Almeida	Clínica médica
Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima . . .	Anatomia descritiva
Dr. Álvaro Teixeira Bastos.	Clínica cirúrgica
Dr. António de Souza Magalhães e Lemos .	Psiquiatria
Dr. Manuel Lourenço Gomes	Medicina legal
Dr. Abel de Lima Salazar	Histologia e Embriologia
Dr. António de Almeida Garrett	Pediatria
Dr. Alfredo da Rocha Pereira. ,	Patologia médica
Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão . . .	Bacteriologia e doenças infecciosas
Dr. Hernani Bastos Monteiro	Anatomia cirúrgica
Dr. Manuel António de Morais Frias . . .	Clínica obstétrica
Vaga	Fisiologia geral e especial
Vaga	Farmacologia
Vaga	Parasitologia e doenças parasitárias.

Professores Jubilados


Dr. Pedro Augusto Dias

Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão



À MEMÓRIA DE

MINHA MÃE



A MEU PAI

A MEUS IRMÃOS JOSÉ e MARIA

AO MEU TÓNIO

AOS MEUS AMIGOS
E COMPANHEIROS DE ESTUDO

MANUEL ARAUJO e CARLOS GUEDES



AOS MEUS CONDÍSCÍPULOS
E EM ESPECIAL

A

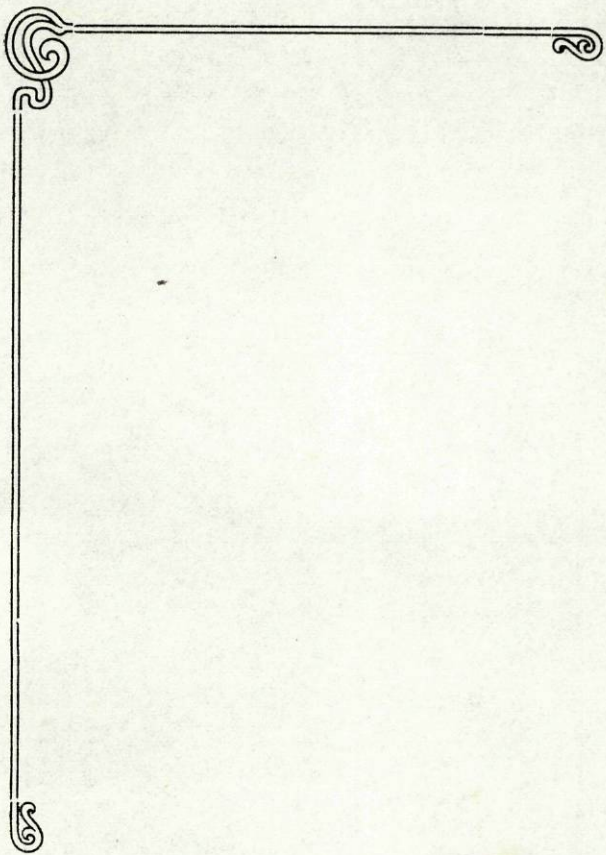
ANTÓNIO ARAUJO, MAMEDE GUIMARÃES,
CARLOS FRIAS, ROCHA PEIXOTO,
BERNARDO PEREIRA LEITE,
ANTÓNIO GOMES

AO MEU
PRESIDENTE DE TESE

EX.^{mo} SENHOR PROFESSOR

DR. ÁLVARO TEIXEIRA BASTOS

Homenagem respeitosa.



As neoplasias malignas, de origem conjuntiva, do estômago são de tal modo uma raridade, que esta basta a justificar a apresentação deste caso.

Para que seja possível conhecer e apreciar em detalhe qualquer entidade nosológica forçoso é proceder antes de mais, a um longo trabalho de seriação quer de sintômas quer dos seus aspectos múltiplos até a sua inteira individualização.

Lecène e Petit até 1904 não tinham averiguado mais que 54 casos autenticos; Zesas e Gosset em 1911 e 1912 conseguiram reunir 171 casos.

Das clinicas chirurgicas da Faculdade de Medicina de Lisboa procuramos obter dados referentes a sarcomas gastricos, não tendo conseguido averiguar a existên-

cia de qualquer caso; o mesmo se conclue da leitura do catálogo das teses defendidas na Faculdade de Medicina do Porto.

O sarcoma primitivo do estômago que vamos relatar, não tem, a nosso vêr, interesse especial.

A sua forma, o volume, a sintomatologia, etc., até ao comportamento terapêutico, nada adiantam ao pouco que se tem escrito sôbre tumores conjuntivos malignos do estômago. É comtudo mais um documento a juntar à serie não avultada, de sarcomas primitivos do estômago.

Esta neoplasia gastrica é no emtanto tão pouco conhecida, os erros de diagnostico são tão variados, que não julgamos a apresentação deste caso inutil.

ETIOLOGIA E FREQUÊNCIA

Os dados etiológicos referentes ao sarcoma primitivo do estômago são obscuros. Tôdas as causas que se aduzem para os tumores em geral, se podem aplicar igualmente a esta espécie neoplásica.

No entanto para ZIESCHE e DAVIDSOHN o traumatismo é, nalguns casos, um agente determinante indiscutível.

MOSER e KEHR, conforme citações destes últimos autores, apontam um caso originado numa velha ulceração gástrica; VON HACKER relata um caso de sarcoma primitivo do estômago, tendo como ponto de partida um tumor benigno da cavidade gástrica.

HÜNERMANN a comprovar a opinião de VON HACKER, aconselha a extirpação total dos tumores

benignos, afim de evitar a sua degenerescência sarcomatosa.

SCHILLER cita um caso de sarcoma primitivo do estômago consecutivo à degeneração neoplásica dum leiomyoma.

ZESAS, de Basileia, aponta como causa etiológica mais constante as doenças crónicas do estômago: a gastrite crónica, a úlcera simples, etc.

O traumatismo e a hereditariedade têm para êste autor relêvo etiológico incerto.

FUNSTERER apresenta um caso de sarcoma do estômago desenvolvido sôbre a sutura duma exclusão pilórica *a la von EISELBERG*, seguida de gastro enterostomia.

Um ano após, o doente emagrece e palpa-se um tumor no epigasto. Operado de novo e feita a ressecção do tumor, a análise histopatológica mostra tratar-se dum sarcoma de células polimorfas com predomínio de células redondas. O autor pergunta se o tumor já existia, ou se se desenvolveu após a primeira intervenção. Era lícito neste caso invocar o traumatismo da primeira intervenção como determinante dêste sarcoma?

É incerto como se verifica pela resenha bibliográfica o conhecimento dos factores etiológicos do sarcoma primitivo do estômago.

Avultam para a maior parte o traumatismo, as doenças crônicas do estômago, etc.

No tocante à *freqüência* desta neoplasia do estômago nota-se a extrema raridade.

HABERKANT, na clínica de BILLROTTI, em 505 tumores da cavidade gástrica observados no decurso de 15 anos, encontrou apenas 5 sarcomas.

ZIESCHE e DAVIDSOHN conseguiram reunir 150 observações de sarcoma do estômago, das quais 128 primitivos; LOFARO agrupa 123 observações; ZESAS 154; CÍRIO encontra na literatura 181 casos. FRAZIER (citado por ZESAS), diz que o sarcoma primitivo do estômago entra numa percentagem de 2 % dos tumores malignos do estômago e não representa mais que 0,25 a 0,045 por cento de todos os sarcomas do organismo.

O sexo é indiferente. Em toda a bibliografia percorrida não encontramos autor algum que fizesse predominar o sarcoma primitivo do estômago, num ou noutro sexo.

Mais freqüentes no adulto e no velho citam-se, entretanto, casos de sarcoma do estômago antes dos 20 anos.

MATHIEU e MOUTIER supõem-no mais freqüente na primeira metade da vida.

As idades extremas são os 3 e 78 anos (STHAELIN) (1).

A idade predileta orça segundo os vários autores pelos 40 a 50 anos.

(1) STHAELIN — *Du sarcome primitif de l'estomac*, Arch. fur Verd. KRANK, 1908, in *Traité medico-Chirurgicale des maladies de l'estomac*, etc., par MATHIEU, SENCERT, TUFFIER.

ANATOMIA PATOLÓGICA

LÉCÈNE e PETIT num trabalho basilar, hoje clássico, sobre esta variedade de neoplasias gástricas, apresentam quatro formas fundamentais:

A infiltração circunscrita, a forma nodular, a infiltração difusa, e a forma pediculada.

Ulteriormente ZIESCHI e DAVIDSOHN, modificaram esta classificação e apontam a seguinte divisão dos sarcomas gástricos:

Os sarcomas endogástricos (constituídos pelas variedades apontadas por LECÈNE e PETIT) e os exogástricos.

KONJETZNY (cit. por SEBESTYEN e KALO) divide-os identicamente em sarcomas de desenvolvimento exogástrico, endogástrico e intraparietais.

A forma nodular atinge por vezes o tamanho duma

cabeça; a infiltração difusa invade por vezes todo o estômago e chega a atingir o duodeno.

Os exogástricos são a maior parte das vezes mio-sarcomas, pediculados, originados num ponto circunscrito vizinho da grande curvatura, insinuando-se entre os folhetos do grande epíploon ou no mesocolon transversos.

À medida que aumentam de volume, o seu pedículo torna-se maior, e chega a atingir a bacia. Já VIRCHOW notara que nestas formas a mucosa é, por vezes, arrastada neste deslocamento, e assim examinada a cavidade gástrica, nota-se ao nível da implantação tumoral, uma depressão infundibuliforme.

Apesar dêste repuxamento da mucosa gástrica esta raramente apresenta, como nota LOFARO, ulcerações.

Macroscopicamente êstes tumores são ou bosselados ou lisos, geralmente aderentes, algumas vezes flutuantes.

Os endogástricos, mais pequenos em geral que os exogástricos, têm um aspecto fungoso, irregular, em couve flor.

A consistência é variável consoante a sua estrutura histológica.

A degenerescência quística é habitual nestes tumores; mais freqüente nas formas exogástricas. A necrose,

as hemorragias, a trombose, acompanham esta degenerescência.

A estenose pilórica é pouco freqüente. No entanto LOFARO, FRAZIER e HOLMES citam casos de localização pilórica e duodeno—pilórica com a conseqüente estenose orificial.

A *séde* é variável: a grande curvatura, a pequena curvatura, a parede posterior, a parede anterior, etc.

LOFARO, num grande número de sarcomas primitivos do estômago que consegui reunir, observou por ordem de freqüência, as seguintes localizações: a grande curvatura, a parede posterior, piloro, a forma difusa na pequena curvatura, parede anterior, cardia, fundo gástrico.

O desenvolvimento tumoral fez-se 65 vezes na cavidade abdominal, 18 vezes nos folhetos do grande epíploon, 45 vezes na cavidade gástrica.

A submucosa é o ponto de origem predilecto dos sarcomas primitivos do estômago (ZESAS, ZIESCHI e DAVIDSOHN); raramente oriundos do tecido celular sub-seroso, podem algumas vezes provir da musculosa ou da muscularis mucosæ (miosarcomas).

Os tipos histopatológicos são por ordem de freqüência, segundo ZEISCHI e DAVIDSOHN, o globo—

celular, fusocelular, linfosarcoma, miosarcoma, sarcoma mixto, angiosarcoma e linfangiosarcoma.

Nos 123 casos coligidos por LOFARO encontram-se as seguintes variedades: 28 sarcomas de células redondas; 27 linfosarcomas; 19 de células fusiformes; 14 miosarcomas; 11 fibrosarcomas; 4 sarcomas mixtos de células redondas e fusiformes; 2 mixosarcomas; 2 angiosarcomas.

FRAZIER aponta como regra geral a localização pilórica dos sarcomas de células redondas.

O tipo de células fusiformes tem especial afinidade para a grande tuberosidade e parede posterior do estômago; linfosarcoma e o sarcoma de células redondas são as espécies encontradas, de preferência antes dos 20 anos.

As metastases são raras. ZIESCHI, DAVIDSOHN e ZESAS assentam em que estas se fazem em 37 % dos casos. A maioria dos autores aceitam este número. São geralmente os linfosarcomas e os sarcomas globo-celulares os mais aptos à generalização.

O enxerto neoplásico localiza-se, de preferência, nos gânglios, no fígado, intestino, ovário, mesentério e pâncreas.

SINTOMATOLOGIA

Podemos, com ZIESCHE e DAVIDSOHN, estabelecer para o sarcoma do estômago o seguinte esquema semiótico: *sinais gerais, sinais locais*.

Os fenómenos gerais tradutores de intoxicação do organismo pelos produtos de desagregação neoplásica são a caquexia, a anorexia, a anemia com baixa de hemoglobina (15 e 10 %).

Nas formas ulceradas a leucocytose e a febre.

Sinais locais. A forma, o volume e a sede são variáveis. A dôr precede por vezes todos os outros sintomas.

Os sintomas funcionais são duma variabilidade extrema.

A maior parte das vezes o sarcoma é pobre de

sintomas funcionais. O vômito aparece em 20 % dos casos; a hematemese é rara. O quimismo gástrico pouco estudado apresenta alterações idênticas às do cancro. Normal por vezes, hipercloridria com ou sem ácido láctico noutros casos, hipercloridria, anacloridria algumas vezes. A acidez é mais constante que no sarcoma.

As alterações qualitativas e quantitativas do sangue são geralmente inconstantes. Leucocytose com eosinofilia num caso de SCHILLER; a anemia, a baixa de hemoglobina. FENWICH (citado por ZEZAS) assinala a ausência da leucocytose digestiva.

O exame radioscópico fornece poucas indicações. Num caso de GOSSET o estômago era limitado a uma bandícula horizontal.

BURGAUD e BERTRAND agrupam esta sintomatologia em três tipos: uma forma latente, uma forma de sintomatologia gástrica e uma forma tumoral abdominal sem fenómenos gástricos. MASCHKE cita um caso de forma latente: Mulher de 57 anos, sem antecedentes, morre após a ressecção da cabeça do húmero, por artrite purulenta. A autópsia revelou entre outras lesões, um sarcoma fuso-cellular do cardia com 10^{cm} de comp. por 7,5 de largura e 2,5 de espessura.

A forma de sintomatologia gástrica corresponde aos sarcomas endogástricos, infiltrantes, intraparietais. Teem, como vimos, uma semiótica pouco característica. O 3.º tipo enquadra os neoplasmas exogástricos, pediculados, que invadem os folhetos do grande epíplon e simulam tumores dêste órgão, do colon, etc. São, diz SACCONAGHI, *tumores pseudo-epiploicos*.

A *evolução* é mais ou menos rápida. A morte pode sobrevir em algumas semanas, ou, noutros casos, arrastar durante anos. A duração média é de ano e meio. A marcha faz-se mais lentamente no miosarcoma.

COMPLICAÇÕES

A perfuração gástrica é mais freqüente que no cancro. Faz-se excepcionalmente na pleura e quási constantemente na peritoneu, seguida de peritonite difusa ou de abcesso sub-frenico. A hematemèse, que pode ser considerada como complicação, é nalguns casos fulminante.

Contrairement. au carcinome gastrique le sarcome na provoque qu'exceptionnellement des hematemèses (ZESAS).

DIAGNÓSTICO

Ni les troubles digestifs ni les modifications du chimisme gastrique, ni les modifications du sang ne sont pathognomiques.

L'existence d'une tumeur exogastrique perceptible joint à l'hypertrophie des amygdales palatines et lingual pourra cependant, dans certains cas donner des sérieux présomptions pour le diagnostique.

Vê-se por estas citações de ZESAS quanto o diagnóstico de sarcoma do estômago é difícil.

Nas formas gástricas não há sinal diferencial absoluto entre o cancro e o sarcoma: perturbações digestivas, alterações do quimismo, etc., são de tal modo incaracterísticas que não permitem um diagnóstico seguro.

Nas formas exogástricas há apenas sinais de pressão. É confundível com tumores abdominais, com o kisto do ovário, ou de pancreas, os tumores do epiplon ou baço, o kisto hidático do fígado, o rim flutuante, etc.

Num caso de LOGAN CLENDING o diagnóstico foi de pericardite com derrame e pleurisia esquerda com derrame. Havia uma metastase no pericardio.

As dificuldades do diagnóstico são constantes.

PROGNÓSTICO

O prognóstico do sarcoma primitivo do estômago é, como se compreende, mau.

Factores múltiplos concorrem para ensombrar mais ou menos êste prognóstico: a localização tumoral, a forma anatomo-patológica, etc.

Depreende-se facilmente que um sarcoma situado na região pilórica tem um prognóstico mais sombrio do que um outro situado na grande curvatura; os tumores exogástricos, pediculados, são relativamente mais benignos que os endogástricos.

ZIESCHE e DAVIDSOHN apresentam a seguinte estatística de mortalidade: em formas exogástricas, praticaram ressecções do tumor, houve 4 mortes operatórias, 3 mortes no 10 ano; 16 sobreviveram dos quais 3

conseguiram prolongar a vida por período superior a um ano

De doze ressecções praticadas em formas gástricas resultaram quatro mortes operatórias; uma sobrevivência de um mês; 7 conseguiram ultrapassar este tempo, atingindo duas dentre essas período de um ano ou inferiores.

LOFARO declara abertamente o prognóstico grave.

ZESAS atribui ao portador dum sarcoma primitivo do estômago, uma duração de vida não ultrapassando 12 a 18 meses nas formas gástricas, 2 a 3 anos nas formas exogástricas.

HESSE cita um caso cuja sobrevivência foi de 7 anos e meio; HOLMES cita um outro localizado na região duodeno-pilórica cuja vida, apoz a operação, foi prolongada de 6 anos; LECÉNE ao fazer a análise de dois casos de sarcoma primitivo do estômago, apresentados por LOFARO, conclue:

«... il n'y a pas un seul résultat éloigné heureux publié jusqu'à présent...»

HÜNERMANN apresenta duas sobrevivências de 2 ou 3 anos em 4 ressecções de sarcomas primitivos do estômago e pronuncia-se por um prognóstico favorável.

As estatísticas! As estatísticas!

Vem a proposito lembrar uma piada lida em

algures a este proposito: concluiu-se que em certa cidade alemã, determinada profissão, dava um mortalidade de cinqüenta por cento: Havia na mesma cidade de dois indivíduos praticando a mesma profissão dos quais morreu um!

TERAPÊUTICA

As considerações de ordem clínica e anatomopatológica, que acabamos de fazer atestam à evidência quanto o comportamento terapêutico é variável, consoante a localização, variedade, etc.

A eficácia da intervenção depende, é natural da precocidade do diagnóstico.

Podemos definir a atitude cirúrgica a tomar, consoante a forma tumoral.

Nas formas exogástricas a ressecção do tumor e da parede gástrica vizinha, tem uma indicação natural; nas formas endogástricas à gastrectomia devemos ir buscar a melhor tentativa de cura.

Dum modo geral, diz GOSSET, a gastrectomia é a operação da escolha.

As metastases ganglionares ou viscerais contraindicam por inúteis quaisquer tentativas de salvação.

Além da ressecção ou gastrectomia tem-se praticado outras intervenções: a gastro-entrostomia, a enterostomia, etc.

Verifica-se facilmente como estas operações, mesmo com um fim paliativo, são inúteis. A raridade das perturbações gástricas no sarcoma do estômago assim o afirmam; ressalvam-se os casos, aliás raros, com estenose pylórica.

É inútil dizer que a gastrectomia tem uma mortalidade elevada.

DARWE reuniu 15 casos de sarcoma primitiva do estômago, nos quais foi praticada a gastrectomia parcial. A mortalidade foi, segundo êste autor, de 20 %; quatro sobrevivências de 4, 5, 12 e 24 meses.

OBSERVAÇÃO

Maria de O. C. de 55 anos casada, doméstica.

Entrou para a enfermaria n.º 8 do Hospital de S.^{to} Antonio em 25 de Março e saíu em 25 de Abril de 1924.

Esta doente recolheu ao Hospital portadora de um volumoso tumor, situado na linha média do abdómen e ocupando a parte inferior do epigastro, todo o umbigo e parte superior do hipogastro. Ha cerca de 18 meses que notara o seu aparecimento: tinha então o tamanho dum ovo, hoje atinge proporções muito maiores.

Nunca teve perturbações digestivas; ausência de hematemêses e de melena.

Os principais sintomas eram a sensação de peso especialmente ao findar do dia, e pequenas dôres em todo o abdomen independente dos períodos digestivos, as quais calmavam com o decúbito dorsal. Nos últimos 3 meses emagreceu um pouco.

Conservou um bom estado geral e esteve sempre apirética.

No abdomen ao nível das regiões mencionadas, apresentava na ocasião em que deu entrada na enfermaria um volumoso tumor do tamanho duma cabeça de adulto, bosselado, resistente, movel em todos os sentidos. A parede abdominal moldava-se perfeitamente sôbre as bosseladuras citadas.

Este tumor dava pela percussão uma massiszez absoluta.

Examinada em 10 de Abril. O coração, os pulmões, o aparelho génito-urinário e o sistema nervoso, nada apresentavam digno de nota.

A tensão maxima era de 14, a tensão minima de 8,5. O índice oscilométrico 3,5 divisões.

A curva térmica era normal.

O volume de urina eliminada oscilava dentro dos limites normais (1000 grs. nas 24 horas). A análise qualitativa da urina indica o resultado seguinte:

ANÁLISE QUALITATIVA DA URINA

Caracteres gerais

Volume apresentado	1.200 cc.
Côr.	Amarelo alaranjado
Aspecto.	Turvo
Depósito	Pequeno
Cheiro	Lv.te urinoso
Consistência	Fluída
Reacção	Lv.te ácida
Densidade a 15.º	1,016

Elementos anormais

Albumina	Vestígios leves
Glucose	Nula
Pigmentos biliares.	Nulos
Ácidos biliares	Nulos
Indican.	Pequena porção
Urobilina	Normal

Exame microscópico

Células das vias génito-urinárias, alguns piócitos e elementos estranhos de inquinação.

A formula leucocitária fornece os seguintes dados:

Form. leucocitária

Polinuel. neutrof.	49,8 0/0
» eosinof	4,7 0/0
» bazofilos	0,9 0/0
Linfocitos	38,7 0/0
Monocitos	59 0/0

Os *antecedentes pessoais e hereditários* não revelaram nada de importante.

A deficiência de sintomas objectivos e subjectivos da doente tornavam o diagnóstico da sua afeção bastante difícil.

A hipótese dum quisto do ovário fôra abandonada após o exame ginecológico. A extrema mobilidade e pobreza de sintomas impunham a localização tumoral num órgão muito móvel, tal como o epíloon, mesentério, etc. O colon era livre em tôda a sua extensão.

E assim foi posto o diagnóstico provavel dum tumor do grande epiploon ou do mesentério.

Feita a laparotomia (10 de Abril) observa-se imediatamente um volumoso tumor inserido na face anterior do estômago por um largo pediculo.

Feita a sua excisão e sem penetrar na cavidade gástrica, suturam-se as camadas muscular e serosa e

finalmente é suturada a parede abdominal em planos distintos. (Prof. TEIXEIRA BASTOS).

Examinado o tumor, fóra da cavidade abdominal, após a sua extirpação, observa-se a seguinte constituição:

Massa oblonga, globulosa, tendo a forma e dimensões duma cabeça de adulto, bosselado, de consistência mole, tendo 1.200 gramas de pêsso e ligado ao estômago por um pedículo medindo cêrca ce 4 cm. de largura e 8 cm. de comprimento.

Assente sôbre plano resistente achatava-se e tomava uma fórmula ovalar.

Ao corte apresentava numerosas cavidades, septadas, engorgitadas dum líquido deuso e hemorragico.

O exame histopatológico requisitado ao laboratório de Histologia e firmado pelo Sr. Prof. SALAZAR concluia tratar-se dum *sarcoma heterogeneo da sub-mucosa*.

A nnálise descritiva (1) assinala o seguinte: Formação neoplasica desenvolvida na sub-mucosa gástrica e constituída por elementos polimorfos. ora do tipo fibroblastrico ora arredondados, assentes sôbre um

(1) Ao 2.º assistente de Histologia, Sr. Dr. VELOSO DE PINHO, devemos a rápida descrição analítica dêste tumor.

esqueleto formado por largas malhas conjuntivo-vasculares.

Celulas de tamanho variavel, oscilando entre o volume dos elementos dum sarcoma globo-celular de pequenas celulas e o de grandes celulas; os elementos fusiformes tendo as dimensões dum sarcoma fusiforme de pequenos elementos.

Ricas de cromatina, com um nucleolo, por vezes, muito nitido. O citoplasma, reduzido, era na maior parte dos casos, mal definido. Muito raras figuras de mitose.

Capilares numerosos percorrem o tumor em todos os sentidos.

Nalguns pontos, especialmente nas visinhanças da musculosa, observam-se abundantes hemorragias intersticiais.

Dispersos na massa tumoral encontra-se numerosos leucocitos; em alguns pontos veem-se infiltrações do tipo linfoide.

A musculosa constituida por elementos, morfológica e citologicamente normais, não se apresenta conspurcada por elementos neoplásicos. (Fig. 3).

No entanto, em certos pontos os limites entre as duas camadas, a submucosa e a musculosa, não são precisos.

Tem-se a impressão que a musculosa começava a

ser ameaçada pela invasão tumoral, de tal modo que, os seus elementos fronteiros parecem já sofrer as conseqüências das desordens visinhas. (Fig. 4).

*

* *

As *suites* operatórias nada apresentaram digno de menção. A doente abandonou o hospital em 24 de Abril, clinicamente restabelecida.

Durante larga temporada soubemos que se conservava bem; últimamente procuramos obter informes sôbre o seu estado, não o tendo conseguido: a sua profissão de criada parece tê-la obrigado a uma certa instabilidade de residência.

VISTO

Teixeira Bastos.

PRESIDENTE

PODE IMPRIMIR-SE

Alfredo Magalhães.

DIRECTOR

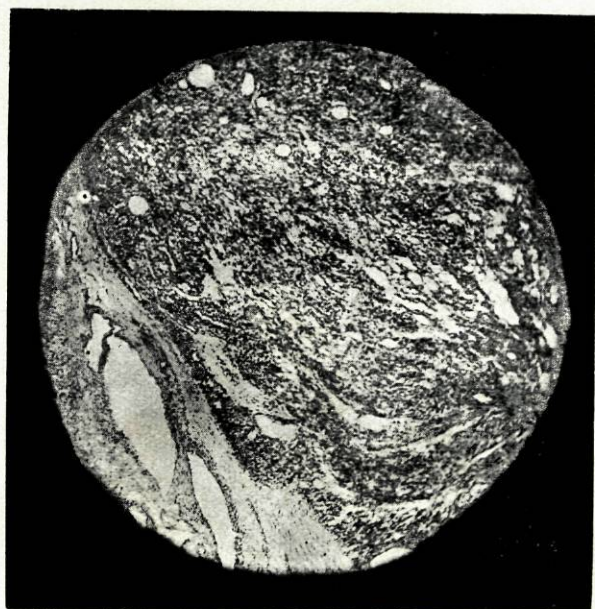


FIG. 1

MICROFOTOGRAFIA. Oc. 3 ; obj. 3. LEITZ-WETZLAR

Corte mostrando o aspecto geral da neoplasia
e as suas relações com a musculosa

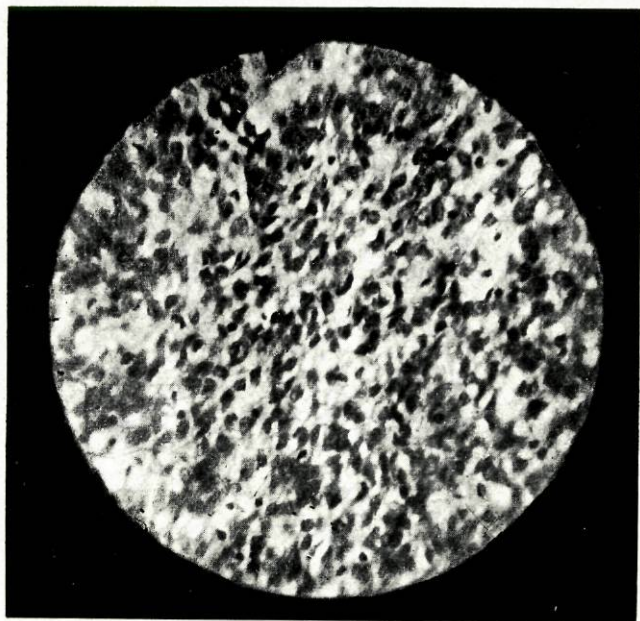


FIG. 2

MICROFOTOGRAFIA. Oc. 3; obj. 7. LEITZ-WETZLAR

Corte focádo em plena massa tumoral

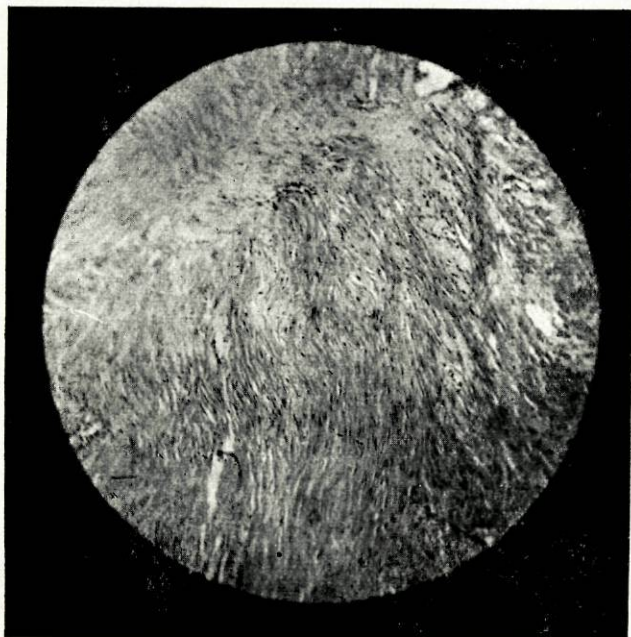


FIG. 3

MICROFOTOGRAFIA. Oc. 3; obj. 3. LEITZ-WETZLAR

Campo microscopico mostrando a musculosa
do estomago, normal

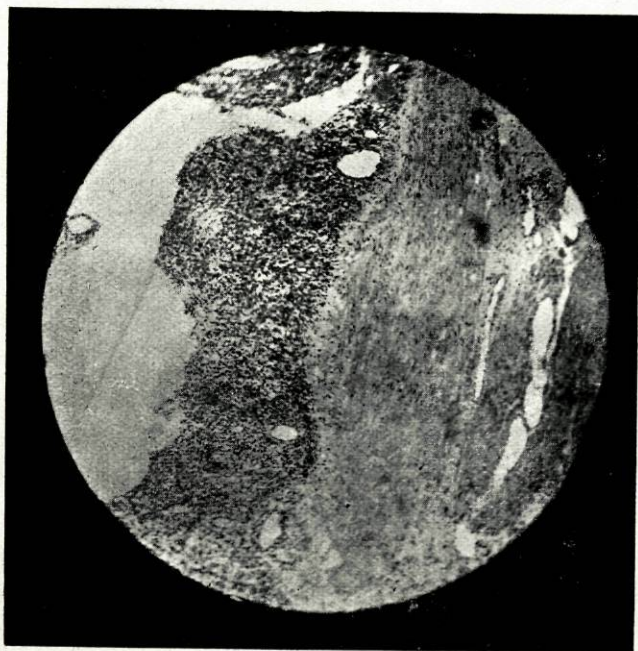


FIG. 1

MICROFOTOGRAFIA. Oc. 3; obj. 3. LEITZ-WETZLAR

Campo microscopico mostrando à direita a musculosa,
à esquerda a sub-mucosa em degenerescência
neoplásica. Os limites das duas camadas são indistintos
(Vd. descrição)

BIBLIOGRAFIA

LECÈNE et PETIT — «Revue de gynécologie et chirurgie abdominal». Nov. dec. 1904.

LENORMANT et LECÈNE — «Un cas de sarcome de l'estomac». Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris, tom. XI, 1909, págs. 99. Analyse in Journ. de Chirurgie par L. Chevrier, tom. II, 1909, págs. 678.

SOUQUES et CHÉNÉS — «Sarcome primitif. de l'estomac». Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris, tom. XI, 1909, pág. 363.

LECÈNE et PETIT — «Sarcome primitif. de l'estomac. Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris, tom. VI, 1904, págs. 504.

LETULLE — «Sarcome primitif. de l'estomac». Bull. et Mém. de la Soc. Anat. Paris, 1906.

MAYLARD et ANDERSON — «Deux cas de sarcome primitif. de l'estomac». Annals of Surgery, tom. 52, 1910, págs. 506, analyse de R. Proust. in Journ. de Chirurgie, 1911. tom. VI, págs. 83.

ZEZAS — «Le sarcome primitif de l'estomac et son traitement chirurgical (Sammburg klinischer Vorträge, 1911, vol. 175, págs. 1 a 16) analyse de L. Sencert in Journ. de Chirurg., tom. VI, 1911, págs. 560.

O. W. H. MITCHELL — «Sarcome primitif de l'estomac avec autopsie» (Journ. of. the Amer. Ass., tom. 56, 1911, págs. 500) analyse de A. GOSSET in Journ. de Chirurg., tom. VI, 1911, págs. 562.

O. HESSE — «Guérison durant depuis sept ans et demi d'un sarcome traité par large résection». (Die therapie der Gegenwart, tom. XIII, 1911, págs. 250). Analyse de L. Sauvé in Jour. de Chirurg., tom. VII, 1911, págs. 184.

- A. GOSSET — «Le sarcome primitif de l'estomac». La Presse Médical, tom. XX, 1912, págs. 221. Analyse in Journ. de Chirurgie par J. Demont., tom. VIII, 1912, págs. 565.
- VON HAFF — «Un cas de sarcome primitif de l'estomac. Résection. Guérison». (Wiener Klinische Wochenschrift, tom. 25, 1912, págs. 1.005); analyse in Journ. de Chirurgie pour E. DESMAREST, tom. IX, 1912, págs. 369.
- M. SCHILLER — «Sur un singulier cas clinique et histologique de sarcome primitif de l'estomac». (Archiv. für Verdauungskrankheiten, tom. XX, 1914, págs. 179); analyse de L. HOUDARD in Journ. Chirurgie, tom. XII, 1914, págs. 775.
- C. FRAZIER — «Sarcome de l'estomac». (The Amer. Journ. of the Medical Sciences, tom. 142, 1914, págs. 781); analyse de M. CHIFOLIAN, in Journ. de Chirurgie, tom. XIII, 1914-15, págs. 290.
- MASCHKE — «Sur deux cas de sarcomes primitifs de l'estomac». (Berliner Klinische Wochenschrift, tom. 47, 910); analyse de A. BAUMGARTNER in Journ. Chirurgie, tom. V, 1910, págs. 59.

- C. W. HOLMES — «Tumeurs malignes pediculées de l'estomac». (The American Journ. of Röntgenology, tom. VI, 1919); analyse de M. DENIKER in Journ. Chirurgie, tom. XV, 1918, págs. 533.
- H. HAGGARD — «Sarcome de l'estomac». (Surgery, Gynecology and Obstetrics, tom. 31, 1920). Analyse de J. L. Roux-Beyer, in Jour Ch., tom. XVII, 1921, págs. 375.
- C. R. CIRIO — «Un cas de sarcome primitif de l'estomac». (La Prensa Medica Argentina, 1922). Analyse de Deniker, in Journ. de Chirurgie, 1922, tom. XX, págs. 526.
- E. FR. LINDBLOE — «2 cas de sarcome de l'estomac opérés». (Norsk Magazin for Laegeviden Isekaben, 1924). Analyse de Francis Munch, in Journ. Chir., tom. XXIV, 1924, págs. 212.
- TH. HUNERMAN — «Des tumeurs non concréuses de l'estomac». (Archiv. für Klinische Chirurgie, 1913). Analyse de P. Hallopeau in Journ. Chir. tom. XXII, 1923.
- LOFARO (Roma) — «Les sarcomes primitifs de l'estomac». (Arch. Gen. de Chirurgie, tom. IV, 1909),

resumido no Journ. Chirurgie por CHEVASSU founn. Ch., tom. III, 1909, págs. 567.

ZIESCHI et DAVIDSOHN (Breslau) — «Le sarcome de l'estomac». (Mitteilungen aus den Grenz Ibiten de Medizini nur Chirurgie, tom. XX, 1909), resumido por LENORMAND in Journ. Ch., tom. III, 1909, págs. 440.

LOYAN CLENDING (Kansas City) — «Sarcome de l'estomac». (The American Journ. of Medical Sciences, 1909); análise de PIERRE WIART in founn. Chirurgie, tom. III, 1909, págs. 439.

LOFARO — «Deux cas de sarcome primitif de l'estomac». (Archivio e Atti della Societa Italiana di Chirurgie, tom. II, 1909); análise de LECÈNE in Journ. de Ch., 1909, tom. II, págs. 677.

FUNSTERER — «Sarcome primitif de l'estomac après exclusion complète du pylore pour ulcère du duodenm». (Medizinische Klinik, 1922, tom. XVIII); análise de ÉCOT in Journ. Ch., 1922, tom. XX, págs. 652.

A. MATHIEU et F. MOUTIER — «Sarcome de l'estomac in Traité médico-chirurgicale des maladies de l'es-

tomac et de l'oesophage par A. MATHIEU, L. SENCERT e TH. TUFFIER, cap. XV, págs. 682, Paris, 1913.

R. DEMEL — Un cas de sarcome fuso-cellulaire pédiculé de l'estomac. (Archiv. fur Klinische chirurgie; tom. 128, 1924). Analyse de J. Sénèque, in Journ. de Chirurgie, tom. 24, 1924, págs. 349.

SEBESTYEN et KALO — Un cas de perforation primitive d'un sarcome de l'estomac. (Archiv. fur Klinische Chirurgie, tom. 30, 1924). Analyse de J. Sénèque, in Journ. de Chirurgie, tom. 24, 1924, págs. 705.

G. L. SACCONAGHI — Diagnostic des tumeurs abdominales. Traduction française de Mayer et J. Pinchart, Bruxelles, 1911, págs. 342.

CORNIL et RANVIER — Manuel d'Histologie Pathologique.

ACABOU-SE DE IMPRIMIR
NA EMP. INDUSTRIAL GRÁFICA DO PÔRTO, L.DA,
RUA DOS MÁRTIRES DA LIBERDADE, 178,
AOS 28 DE JULHO DE 1925.