

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XIX

MAIO DE 1940

N. 5

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade Medicina de Porto Alegre — 1940

PRESIDENTE

HUGO RIBEIRO

Dermatologista da S. Casa

VICE-PRESIDENTE

JACI C. MONTEIRO

Cat. Int. de Cl. Cirúrgica

SECRETARIO GERAL

SALVADOR GONZALES

1.º SECRETARIO

RUBENS MACIEL

2.º SECRETARIO

ALFREDO HOFMEISTER

TESOUREIRO

ANTÉRO SARMENTO

BIBLIOTECARIO

LUIZ SARMENTO BARATA

Doc. Livre de Cl. Urológica

NINO MARSIAJ

Cat. Int. de Cl. Médica

DIREÇÃO CIENTIFICA

MARTIM GOMES

Cat. de Ginecologia

RAUL MOREIRA

Cat. de Cl. Pediátrica Méd.

SECRETARIO DA REDAÇÃO

RUBENS MACIEL

REDADORES

GABINO DA FONSECA
MARIO TOTA
FLORENCIO YGARTUA
NOGUEIRA FLORES
VALDEMAR CASTRO
PEDRO MACIEL
JACI MONTEIRO
MARIO BERND
NINO MARSIAJ
AMÉRICO VALERIO
J. LISBÔA DE AZEVEDO
IVO CORRÊA MEYER
LUIZ S. BARATA
HELMUTH WEINMANN
RAUL DI PRIMIO

MARTIM GOMES
GUERRA BLESSMANN
DECIO DE SOUZA
ANES DIAS
RAUL MOREIRA
PEREIRA FILHO
J. L. T. FLORES SOARES
J. MAIA FAILACE
CARLOS CARRION
ALVARO B. FERREIRA
C. LUPI DUARTE
JOÃO G. VALENTIM
ANTONIO LOUZADA
VALDEMAR NIEMEYER
E. J. KANAN

GERENTE: ALMANZOR ALVES

ASSINATURAS:

Ano: 25\$000 — 2 anos: 40\$000 — Estrangeiro ano: 40\$000

Séde da Redação: Rua dos Andradas n. 1117

Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originais

- J. C. GOMES DA SILVEIRA — “Pré-cancer” sôbre granuloma crônico do còlo, durante a gravidez pág. 147
- FRADIQUE CORRÊA GOMES — Cistos reincentes da pele “ 163

Nas convalescenças: **Serum Neuro-Trófico**
Tônico geral - Remineralizador - Reconstituinte - Estimulador

— MEDICAÇÃO SERIADA —

Instituto Terapêutico Orlando Rangel
Rua Ferreira Pontes, 148 — Rio de Janeiro



NEURILAN

Poderoso calmante do
systema neuro-vegetativo.
Efectuando a excitação nervosa,
nos desequilíbrios vasospasmo-
tânicos, palpitações, insomnias,
dyspepsia nervosa.

A base de estroncio bromado,
crataegus, leptolobium, meimendo

Dose: 1 a 2 colheres das de chá em agua
assucarada às refeições.

Lab. Gross - Rio

MAO DEPRIMENTE
NEURILAN

Trabalhos originaes

«Pré-cancer» sôbre granuloma crônico do cólo, durante a gravidez

Trabalho da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina de
Porto Alegre (Professor: Marlim Gomes) e do Instituto Anátomo-
Patológico do dr. Waldemar Castro

por

J. C. Gomes da Silveira

Vamos estudar o caso de uma paciente que baixou ao serviço, grávida, apresentando uma lesão cervical cujo exame histológico revelou lesões pré-cancerosas sôbre granuloma crônico provavelmente sífilítico.

A associação sífilis e cancer, quer a primeira criando uma predisposição de terreno aos agentes cancerígenos, quer o último desenvolvendo-se sôbre antigas lesões sífilíticas, tem constituído assunto de inúmeros estudos desde que Audry e seus discípulos demonstraram as íntimas relações entre as duas afecções, afirmando que o cancer, antes dos 40 anos, se observa quasi sempre entre sífilíticos. A expressão "canceres sôbre-sífilíticos", de Audry, traduz, hoje, uma conquista definitiva, principalmente depois de importantes trabalhos sôbre a questão e devidos, especialmente, à escola franceza. Tais estudos, entretanto, têm encarado o assunto preferentemente sob o ponto de vista da Dermatologia e da Sifiligrafia. A Ginecologia têm passado quasi desaperecidas essas aquisições, muito embora já em 1912 Gougerot (1) acentuasse que "a noção admitida para os canceres da língua e a filiação, aliás incontestável — sífilis, leucoplasia, pré-cancer, cancer lingual — devia se estender às outras mucosas pavimentosas, especialmente ao cólo do utero e ao esofago".

Quanto à associação da neoplasia maligna do cólo com gravidez, sua constatação é relativamente pouco frequênte. Gross, em 224.080 mulheres grávidas, encontrou 120 casos de carcinoma do cólo e Hirst, em 299.621 grávidas, 24 casos. Stern (2) em 14 mil partos a termo, 1 cancer do cólo. Standley Morris (3) em 3.500 gravidezes, cinco casos. As estatísticas organizadas sob outro aspecto, isto é, calculando o número de coincidências de gravidez sôbre o total dos casos de cancer do cólo, citadas por Goulart de Andrade (4) mostram as seguintes cifras:

Hinselmann.....	1	%
Katz	1,18	0/0
Williams	1,57	0/0
Glochner	1,79	0/0
Stern	1,5	0/0

Observa-se, por êsses dados, que a coincidência de gravidez e cancer do côlo tem sido amplamente estudada, organizando-se estatísticas sôbre grande número de casos. O mesmo, porém, não se dá com as lesões pre-cancerosas e isso, por tres motivos: primeiro, a natural falta de suspeitas nessa época da vida genital; segundo, o receio de praticar, nêsse estado, biopsias extensas e repetidas; e, por último, a confusão lançada pelas conclusões de Hofbauer, citadas por Lynch (5) sôbre um possível aspecto de lesões pre-cancerosas que o epitêlio normal do côlo apresentaria durante a gravidez.

E' justamente a oportunidade que tivemos de surpreender lesões pre-cancerosas do côlo durante a gravidez e, provavelmente, como fase de transição de antiga lesão sifilitica para a malignidade, que justifica êste trabalho. Embora constitua uma observação banal, que bem traduz a precariedade dos elementos de pesquisa em nosso meio, êle encerra uma indiscutível contribuição ao estudo do pre-cancer, especialmente durante a gravidez, através de sua parte de Anatomia Patológica, que devemos à preciosa colaboração do ilustre professor Waldemar Castro.

Ao entrarmos no exame do caso, queremos fazer uma ressalva quanto à expressão "pre-cancer" aqui empregada, que reproduz uma impropriedade que o uso tem mais ou menos consagrado. Rigorosamente, o pre-cancer seria representado ou por alterações de ordem geral e, especialmente, da constituição química do sangue favorecendo o aparecimento do cancer, como querem uns, ou por lesões locais de comprovada tendência para a cancerização, como é universalmente aceito. No nosso caso, ha mais do que isso: ha um estado geral alterado e uma lesão cervical com acentuadas modificações histológicas, que sómente não representa um carcinoma por ser nitidamente delimitada. Trata-se, assim, mais que de pre-cancer, de um verdadeiro cancer local ou estado carcinoide, dos autores americanos. Fica, nestas linhas, ressaltada a impropriedade da expressão que usamos nêste caso. A denominação de "pre-cancer" dada à formação cancerosa precocemente descoberta deve ser modificada. Não nos cabe, porém, fazê-lo com os elementos fornecidos por um caso isolado.

Observação

Dalila R., 24 anos, branca, solteira, multipara, natural de Itajaí (Santa Catarina) e residente em Pôrto Alegre, ocupando-se em serviços domésticos.

Baixou à 3.^a Enfermaria da Santa Casa (Serviço do Prof. Martin Gomes) a 20-4-1939, indo ocupar o leito 18 e ficando registrada sob o n.º 1864.

História da moléstia atual — A paciente baixou ao serviço porque, suspeitando de achar-se grávida ha dois meses, tem tido perdas sanguíneas pequenas e constantes pela vagina, acompanhadas de corrimento amarelo, fétido, espesso.

Ha 4 meses vem notando grandes alterações em seu estado geral. Sente-se muito abatida, em permanente estado de fadiga. Cefalalgia constante.

Esse estado, agravado por uma anorexia invencível, vem se acentuando progressivamente. Um mês após o aparecimento dos primeiros sintomas, a paciente começou a sentir também dores espontâneas na região pubiana, com irradiações para os flancos, não muito fortes e sem relação com a atividade e o repouso. Como suas regras tenham faltado nos dois últimos meses, a paciente receia que seus padecimentos sejam complicações de uma gravidez.

Antecedentes mórbidos pessoais — Coqueluche. Sarampo. Varíola. Gripe. Icterícia na segunda infância. Dores ósseas e articulares, de que melhorou com o tratamento anti-luetico a que se submeteu.

Antecedentes mórbidos familiares — Ignora de que morreram os avós. O pai sempre foi sadio e faleceu aos 70 anos de idade, de provável afecção cardíaca. A mãe é sadia e teve 15 filhos nascidos em partos normais. Atualmente, a paciente tem 13 irmãos vivos e sadios, pois um faleceu na primeira infância de causa que ignora e o outro, já adulto, de febre tifóide. Nunca ouviu falar em casos de cancer na família.

Antecedentes de aspecto ginecológico — Menarca aos 13 anos. As regras sempre foram normais quanto à sucessão dos ciclos, sendo, porém, francamente menorragicas e durando oito dias. Foi regrada pela última vez em 10 de fevereiro último. Alguns dias após cessare essas últimas regras, apareceram as pequenas perdas sanguíneas quotidianas, pela vagina, que se prolongaram até hoje.

4 partos a termo, normais. Um aborto espontâneo, de 2 meses e meio, há 8 anos. Desde a época desse aborto, apresenta um corrimento pouco intenso, amarelado e fétido, que desapareceu durante algum tempo, reaparecendo mais tarde com um aspecto francamente purulento e apresentando-se, às vezes, acompanhado de sangue.

Anamnese fisiológica — Dorme bem. Anorexia intensa para todos os alimentos, especialmente a carne. Digestão sem distúrbios. Constipação intestinal crônica, com evacuações espaçadas de 2 a 3 dias. Micções normais quanto à frequência e quantidade, apresentando-se as urinas, entretanto, de cor escura e, às vezes, de odor muito fétido. Cefalalgia vespertina. Ultimamente, náuseas e vômitos.

Antecedentes psíquicos — Sem importância.

Tal é a história que nos deserveu, no dia do ingresso no serviço, a paciente Dalila R. Um aborto espontâneo, sem consequências imediatas graves e que deixou uma cervicite catarral que mais tarde se tornou purulenta. Doenças comuns na infância. Dores ósseas e articulares que cederam com tratamento contra sífilis, infecção que parece nitidamente presente. Como queixas presentes, suspeita de gravidez há dois meses e pequenas perdas sanguíneas, quotidianas, pela vagina, acompanhadas de dores no hipogastro e corrimento fétido. Cefalalgia.

Exame geral — Paciente longilínea astênica hipofeminil. Facies inexpressivo, cloasmas gravídicos. Mucosas visíveis muito descoradas. Dentes mal conservados. Pele muito pálida e seca, com grande redução

do tecido adiposo. Cadeias ganglionares cervicais, axilares e inguinais palpáveis e indolores. Esternalgia e tibialgia muito nítidas, apesar de duas reações de Wassermann francamente negativas, feitas fóra do serviço.

Exame ginecológico — (No dia do ingresso):

Inspeção dos genitais externos — Normal.

Toque vaginal — Vagina ampla, de paredes húmidas. Cólo muito grande, enchendo o fundo do canal vaginal, cilíndrico, movel, de consistência amolecida e com o orifício externo irregular. Corpo do útero em posição mediana, do volume de um útero grávido de tres meses, movel e indolor. Fundos de saco vaginais livres, elásticos, apresentando pequena sensibilidade à direita. Ausência de tumoração anexal. Ao serem retirados, os dedos que tocaram o cólo trouxeram abundante corrimento purulento e sanguinolento.

Exame ao espéculo — Cólo grande, cilíndrico, como foi descrito, enchendo o fundo do canal vaginal. Orifício externo irregular, sangrando, apresentando em torno uma verdadeira franja formada à custa do epitélio de revestimento. Do orifício cervical escoa-se um corrimento purulento e fétido.

Test de Schiller e colposcopia — O epitélio de revestimento do cólo toma normalmente a coloração do líquido de lugol. À colposcopia, com aumento de 15 diâmetros, ressalta o aspécto franjado do orifício externo.

Biopsia — A necessidade de uma biopsia, em choque com a probabilidade de uma gravidez, fez-nos retirar apenas uma pequena porção de tecido franjado do lábio posterior do orifício externo, para exame histo-patológico.

Diagnóstico clínico — Gravidez de cerca de tres meses. Cervicite prulenta com hemorragia cervical. Lues.

Vejamos o relatório do ilustre professor Waldemar Castro, referente ao material colhido na primeira biopsia:

Exame histo-patológico do material retirado na 1.^a biopsia

Os cortes demonstram a existência das seguintes alterações:

O epitélio estratificado pavimentoso, tipo malpighiano, da porção vaginal do cólo uterino, bastante espessado, isto é, em acantóse em alguns pontos, em outros se apresenta diminuído de espessura.

Seu aspécto textural não revela dissociação celular, pois o epitélio se estende em camada contínua, sem deixar intervalos ou espaços inter-celulares. Observam-se, no entanto, zonas de tonalidades tinctoriais diferentes, atestando anormalidades que o aspecto estrutural ou citológico permite explicar.

Pelo estudo citológico podemos observar nêsse epitélio zonas que acusam as seguintes alterações (fig. 1):

a) — Inversão completa da polaridade celular, porquanto as células, tendo perdido seus pontos de implantação habitual, estão orien-

Novidade!

Suprifen

o novo analeptico
e tonicardiaco
em gotas e ampolas



A Chimica "Bayer" Ltda.

Triod Zambelletti

Preparado organico tri-iodo-azotado

Máxima eficiência curativa — Destacado neurotropismo. — Ausência de retenção — Perfeita tolerância local e geral. Indicações: Artrismo — Artrite deformante — Localizações microbianas e tuberculares — Adenopatias — Afecções para-lueticas — Intoxicações exogenas e endogenas também dos centros nervosos — Arteriosclerose — Polisarcia — Anexites.

Injeções intra-musculares e endovenosas.

Ampolas de 2 e 5 cc.

Via bucal: comprimidos em vidros de 50.

**LABORATORIO ZAMBELETTI LTDA. — Caixa 2069
SÃO PAULO**

DEXTROSOL

(Glucose — d)

EM PEDIATRIA

CLINICA MEDICA

CIRURGIA

GLUCOSE E' A PRINCIPAL

FONTE DE ENRGIA



REFINAÇÕES DE MILHO, BRAZIL S/A.

CAIXA 748

CAIXA 2972

CAIXA 3421

PORTO ALEGRE

SÃO PAULO

RIO DE JANEIRO

tadas de modo anarquico, em todos os sentidos, havendo, pois, ruptura completa das relações intercelulares normais.

b) — Acentuadas modificações na morfologia celular, que dão lugar a células ora ovaladas, ora arredondadas, ora com formas que fogem a toda a comparação possível.

c) — Grandes modificações das dimensões celulares, com elementos ora de tamanho diminuto, muito menores que os normais, ora aumentados de volume, ultrapassando as dimensões habituais.

d) — Afinidade tinctorial manifestamente desigual de célula a célula, tomando alguns elementos, em demasia, as cores de anilina, apresentando-se, por isso, hipereromáticos, enquanto que outros, com escassa afinidade tinctorial, aparecem nitidamente descorados.

e) — Os núcleos oferecem as mesmas modalidades sofridas pela massa citoplasmica, acompanhando em todas as suas variadas modificações.

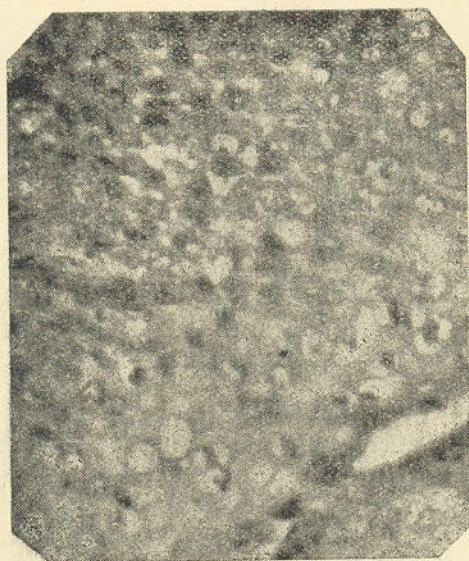


Figura 1

Epitélio pavimentoso do cólo com lesões pré-cancerosas.
250 D

f) — Exuberância nuclear e citoplasmica, que contribue para maior destaque dos elementos modificados.

g) — Visível localização das alterações descritas, que não ultrapassam os limites do "stratum filamentosum" sem atingir sequer o "stratum germinativum".

Semelhantes modificações, de ordem textual e estrutural, constituem o quadro típico do estado carcinoide ou cancer local dos autores americanos, do pre-cancer dos franceses ou do cancer próximo, como o classificam os autores japonezes.

Além das alterações acima descritas, limitadas tão somente ao epitélio de revestimento, outras existem no cório uterino que integram o quadro da metrite glândular crônica. (a) Waldemar Castro."

Primeiros exames complementares e orientação terapêutica

Os primeiros exames complementares feitos, além da biopsia, deram os seguintes resultados (Instituto Oswaldo Cruz):

Urina (24-4-939) — Densidade — 1022.
 Reação — Ácida.
 Albumina — Positiva.
 Pigmentos e ácidos biliares.
 Acetona.
 Excesso de urobilina, indol e escatol.

Sangue (21-4-939) — Uréia — 0 gr. 180%. Glicose — 0 gr. 636%.
 Velocidade de sedimentação das hemácias:
 40 mm. na 1.^a hora.
 Glóbulos vermelhos — 2.600.000
 Glóbulos brancos — 5.900
 Eosinófilos — 10 %
 Neutrófilos — 67,5 %
 Linfócitos — 7,5 %
 Monócitos — 15 %
 Dosagem da hemoglobina — 49 %

Reação de Roffo — Positiva.

Reação de Botelho — Positiva (com correção refratométrica).

Deante desses resultados — lesões pre-cancerosas do cólo, reações de Roffo e Botelho positivas, anemia, etc. — e em face da gravidez quasi indiscutível da paciente (de uma reação de Ascheim e Zondek solicitada não veio resultado) a nossa atitude inicial foi de expectativa, à espera de mais rigoroso diagnóstico. Impunha-se nova biopsia, de tecido mais abundante e melhor selecionado. A necessidade de uma interrupção da gravidez apresentava-se imperiosa; o mau estado geral da paciente e a infecção grave do cólo, porém, constituíam riscos ponderáveis, contraindicando-a.

Entrementes, fomos combatendo a anemia da paciente com extrato hepático associado ao extrato de mucosa gástrica. Antissépticos urinários e intestinais (de acordo com as indicações do exame de urina). Repouso. Tratamento anti-luetico. Alimentação tonificante.

Aborto espontâneo — Modifica-se o quadro clínico

Assim fizemos até 7-5-939, um domingo, quando ocorreu um acidente que, se quasi foi fatal à paciente, também simplificou extraordinariamente o caso, permitindo maiores pesquisas de diagnóstico e orientando melhor a terapêutica: um aborto espontâneo.

Avisados do que ocorria, fomos vê-la. Após um curto período de cólicas típicas de aborto, a paciente expeliu um feto de mais de tres meses, refendo, entretanto, a placenta. Surgiu profusa hemorragia e foi entre as maiores dificuldades, agindo quasi às cegas entre sangue abundante, através de um cólo extremamente infectado e agora duro quasi impermeável impedindo a curagem, que, após uma série de tentativas, se conseguiu esvaziar a cavidade uterina por meio de uma curetagem de urgência, sem tempo de dilatar convenientemente o cólo e com a paciente desfalecida e quasi completamente exangue. Nessa ocasião, ponde-se notar que as lesões não eram tão pequenas como pareciam. Iniciando-se no bórdo do lábio posterior, elas se dirigiam para o ístmo, formando um triângulo de tecido ulcerado e de base endurecida.

Passada a tormenta, foi instituido urgentemente um enérgico tratamento reconstituente. Sôro fisiológico, 500 c.c., diluindo 10 c.c. de Transfusina, na veia. 500 c.c. de sôro fisiológico e outro tanto de glicosado nos músculos. Cardiazol-efedrina. Óleo canforado em alta dóse. A tensão arterial, impossivel de medir antes da medicação, elevou-se, depois dela, a Mx. 10 e Mn. 6, ao Vaquez-Lauby.

Durante mais cinco dias, continuou a medicação reconstituente, constante de sôro, extrato esplênico mais extrato hepático e de mucosa gástrica. Pouco a pouco a paciente recobrava as forças, alimentando-se bem. Mesmo cessado o sôro, continuou a medicação pelos hormônics de figado, baço e mucosa gástrica.

A 20-5-939, novo exame ginecológico foi feito, constatando-se o seguinte:

Cólo grande, **duro**, enchendo o fundo da cavidade vaginal. Corpo aumentado de dois terços do volume normal, de consistência endurecida, em ante-verso-flexão, movel e apenas sensível aos movimentos de lateralização.

Espéculo: Cólo grande, apresentando o orifício externo muito dilatado. A mesma aparência franjada do primeiro exame. Tudo, porém, em maiores proporções. O lábio posterior, que ao primeiro exame nada apresentava de particular, parece agora um pouco saliente, mostrando uma ulceração endofítica. O cólo sangra abundantemente ao menor contato.

Nova biopsia, confirmando-se a existência de lesões pré-cancerosas

Deante do estado atual, bastante favorável, da paciente, achamos chegado o momento de praticar nova biopsia, aproveitando a franca alteração de aspéto havida no lábio posterior do cólo que, antes móle, agora se apresentava endurecido. O aspéto regular franjado

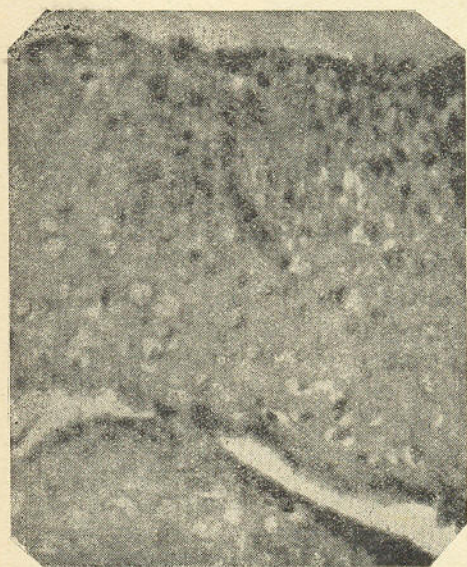
via existir anteriormente, durante a gravidez. Quinze dias depois, acompanhando a negatificação das reações, a dosagem da albumina no sangue total e no sôro deu os seguintes resultados normais:

Albumina total — 72 c.e. por litro.
Albumina no sôro — 7 gr. 2.

A indicação operatória

Duas biopsias, dando aspéctos microscópicos de lesões pré-cancerosas nítidas, desenvolvidas sôbre granuloma crônico sífilítico, impuham uma terapêutica radical. O precário estado geral da paciente,

Figura 2 — Quadro comparativo organizado pelo Prof. Waldemar Castro.

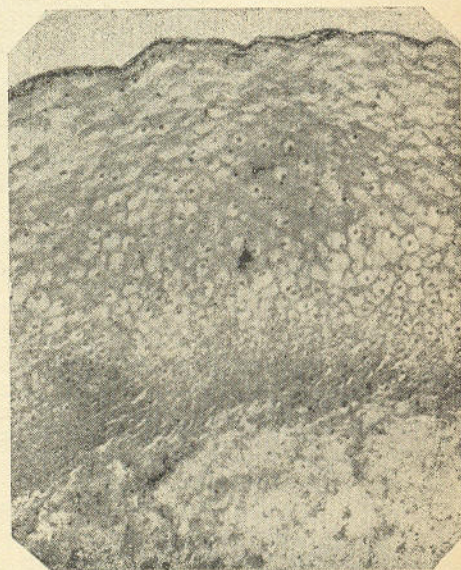


Epitélio pavimentoso do cólo com lesões pré-cancerosas

350 D

Características:

- 1 — Modificação da polaridade celular.
- 2 — Rutura das relações inter-celulares.
- 3 — Modificação da forma celular.
- 4 — Modificação das dimensões celulares.
- 5 — Modificação da afinidade tinctorial.
- 6 — Aspecto exuberante das camadas superficiais.
- 7 — Ligeira esponjose das camadas mais profundas do epitélio.
- 8 — Modificações todas circunscritas a uma zona bem limitada do epitélio do cólo.



Epitélio pavimentoso do cólo normal

250 D

Características:

- 1 — Polaridade celular uniforme.
- 2 — Coerência celular perfeita.
- 3 — Morfologia celular uniforme.
- 4 — Dimensões celulares uniformes.
- 5 — Afinidade tinctorial uniforme.
- 6 — Aspecto laminado das camadas superficiais.
- 7 — Ausência de esponjose.
- 8 — Características que se estendem a todo o epitélio.



Epitélio pavimentoso do cólo na gravidez normal

250 D

Características:

- 1 — Acentuado espessamento. Acantose.
- 2 — Manutenção da polaridade celular.
- 3 — Maior coerência celular.
- 4 — Morfologia celular modificada.
- 5 — Manutenção do tamanho celular.
- 6 — Aspecto condensado das camadas superficiais.
- 7 — Ligeira espongiose.
- 8 — Características que se estendem a todo o epitélio.

entretanto, exigia um rigoroso diagnóstico diferencial, escoimado de todas as causas de êrro. Operá-la sem uma razão segura seria fazê-la correr um risco inútil. Protelar uma solução que se fazia urgente em face de lesões pré-cancerosas seria arriscar-se a deixar passar a oportunidade de um tratamento eficaz.

Analisemos os elementos de confusão:

Hipertrofia do epitélio cervical durante a gravidez — Hofabuer, em 1933, no "Amer. Journ. of Gynec. and Obst.", chamou a atenção para a considerável hipertrofia do epitélio cervical durante a gravidez, "hipertrofia essa que dá quadros microscópicos idênticos aos das muito discutidas e debatidas lesões pré-cancerosas". Não é êsse o caso da nossa paciente. Na fig. 2 vemos, ao lado das microfotografias de cortes de cólo normal e do cólo da enferma, a de um corte do cólo de mulher gravida de 10 semanas, preparado especialmente para comparação.

Além da documentação histo-patológica, suficiente para afastar qualquer dúvida, a evolução do caso corrobora a indicação dos achados microscópicos. No tecido retirado após a cessação da gravidez, o aspecto de lesões pré-cancerosas foi ainda mais nítido, ao mesmo tempo que a reação de Asheim e Zondek, então realizada, deu resultado negativo, demonstrando que a hiperfunção do lobo anterior da hipófise, invocada por Hofbauer baseado nas teorias de Zondek, não mais estava em jogo.

Sífilis tratável do cólo — Confiar êsse caso sómente a um tratamento específico da lues não seria, certamente, a melhor conduta. A sífilis era evidente, mau grado duas reações de Wassermann negativas, em face da sintomatologia clínica geral e dos antecedentes da paciente. Com essa convicção, o tratamento antiluetico foi instituído durante o internamento da paciente. Desapareceu, com êle, a cefalalgia. A esternalgia e a fibialgia tornaram-se mais discretas e as demais dores ósseas e articulares de que se queixava não mais se fizeram sentir. O tratamento instituído foi de pouca duração, mas intenso. Melhoraram as manifestações gerais. As condições do cólo, porém, não reagiram ao tratamento, embora, nos casos de sífilis do cólo, os efeitos benéficos da medicação sejam geralmente rápidos.

Não residia aí, porém, o maior perigo. O desenvolvimento de cancer sôbre lesões sífilíticas dos epitélios pavimentosos, com as etapas habituais de leucoplasia e pré-cancer, é uma eventualidade que se deve ter sempre em mente, como assinalou Gougerot, já citado aqui.

Os trabalhos comprovando a frequência com que o cancer aparece sôbre zonas cronicamente irritadas por lesões lueticas são abundantes e constituem uma pujante contribuição ao estudo da etiologia das neoplasias malignas. Marcel Pinard, comentando um estudo de A. Touraine (6) pensa que o mais das vezes a sífilis figura como a origem do cancer. Êle mesmo publicou um caso de cancer sôbre zonas sífilíticas do ante-braço, no qual o tratamento produziu uma melhora quasi completa das lesões, o que não impediu a paciente de morrer. Noutro caso, de lesão lingual parecendo cancer sôbre goma, a biopsia foi negativa, sob o ponto de vista de cancer. Tratado, melhorou. Mais tarde, nova biopsia: cancer.

G. Etienne, Drouet e Watrin, (7) estudando o problema sífilis-cancer, concluem: "De todos os fatores reconhecidos como susceptíveis de favorecer o aparecimento do cancer, a sífilis parece ser, na hora atual, para alguns, considerada como um dos mais importantes. As relações de causa e efeito entre a sífilis e o cancer são, de fato, de duas ordens: num primeiro grupo de fatos, observa-se a degeneração cancerosa de uma lesão de natureza sífilítica. E' o caso de um cancer da língua desenvolvido sôbre leucoplasia. E' o caso de cancer enxertado sôbre uma ulcera sífilítica ou sôbre uma goma. Um segundo grupo de fatos, muito mais interessante, compreende os cancers desenvolvidos entre os sífilíticos e fora de qualquer lesão aparente. Nêstes casos, pôde-se dizer que a sífilis faz o leito do cancer e pôde-se notar, como fazem justamente Pinard e Touraine, que se trata, quasi sempre, de sífilíticos

pouco ou mal tratados. A degeneração duma lesão sifilitica não tem nada de absurdo. O mesmo fato pôde-se observar sôbre o lupus tuberculoso, as úlceras crônicas, as radiodermites, as cicatrizes irritadas. Mas, a interpretação dos casos do segundo grupo é mais delicada. Trata-se de uma coincidência em relação com a relativa frequência da sífilis? Constitue ela um fator de terreno mais particularmente propício à cancerização? Ou esta última se faz às expensas duma lesão específica inaparente?"

Finalmente, para encerrar essas citações, não nos podemos furtar à oportunidade de transcrever aqui uma curiosa observação de Milian e Boulle, (8) cuja semelhança com o caso que estudamos é suficiente para justificar a terapêutica radical que adotamos:

"Mme. M... Marguerite, doente de 24 anos, sem profissão, deu entrada na sala Henri IV a 10 de junho de 1936, enviada pelo dr. de Douhet. Apresenta, desde vários meses, sem fenômeno doloroso, perdas amareladas que se exageraram ha algumas semanas e se acompanham de um corrimento sanguinolento. A doente já fora tratada no serviço em dezembro de 1933 de um cancro sifilitico do cólo do utero. Seu Wassermann era positivo. Ela recebeu, nessa época, duas séries de novarsenobenzol, que negativeram a reação de Wassermann. Além disso, durante 18 meses, fez diversas séries de bismuto e mercúrio. Ha mais de um ano a doente abandonou toda a terapêutica. A reação de Wassermann é agora negativa.

"Ao exame ao espéculo, a 10 de junho de 1936, isto é, menos de 3 anos após o cancro sifilitico, constata-se, sôbre o cólo uterino, a existência de lesões vegetantes, vermelhas, sangrentas, ulcerosas, muito duras ao toque, que nos fizeram pensar imediatamente em um cancer do cólo e nos determindaram a pedir ao dr. Douay de examinar a doente e praticar uma biopsia. O dr. Douay constata que se trata de uma forma vegetante e avançada. Ao toque vaginal, o fundo de saco lateral esquerdo está infiltrado. Existe uma massa anexial esquerda provavelmente inflamatória. O fundo de saco vesico-vaginal está igualmente infiltrado. Ao toque retal, os ligamentos utero-sacros são moles, mas, sente-se, à ponta do dedo, um polipo retal pediculado. O resto do exame clínico não revela nada de anormal. A biopsia revela a existência de um epitelioma pavimentoso. A doente é enviada, para radiumterapia, ao Hospital Tenon".

Nessas condições, analisados rigorosamente os elementos que permitiram ao anatomo-patologista estabelecer o diagnóstico de lesões pré-cancerosas desenvolvidas sôbre granuloma crônico sifilitico do cólo e afastadas as mais comuns causas de êrro, impunha-se uma terapêutica radical: histerectomia total, curativa das lesões atuais do cólo e profilática de mais extensa malignidade futura.

O caso acima citado, de Milian e Boulle, apresentava-se-nos como uma advertência da rapidez com que essas lesões cancerosas sôbre-sifiliticas atingem a inoperabilidade.

O estado geral da paciente, entretanto, mau grado o intenso e insistente tratamento realizado, não era nada favorável a uma grande intervenção. Novos exames deram os seguintes resultados, a 23-5-939 (Instituto Osvaldo Cruz):

Sangue: Globulos vermelhos	— 2.810.000
Globulos brancos	— 4.800
Dosagem da hemoglobina	— 56%
Fórmula hemática	— Normocítica e leve hipocrômia.
	Leve policrômia.
Fórmula leucocitária: Celulas de Rieder	— 2%
Basofilos	— 1%
Eosinofilos	— 14,5%
Neutrofilos	— 51%
Linfocitos	— 24%
Monocitos	— 7,5%
Valor globular	— 0,81
Tempo de sangría	— 2'20"
Tempo de coagulação	— 14' (na lâmina).
Reação de Wassermann	— Negativa

Os resultados, agora, mostraram leve aumento do número de glóbulos vermelhos e da taxa de hemoglobina. Tão precários progressos com tão intensa medicação não nos permitiam esperar que as taxas se normalizassem, para a intervenção, com a rapidez que o caso exigia. Uma histerectomia abdominal pareceu-nos muito chocante, nessas condições. As irradiações (radium e Raios X) foram postas de lado, pelas dificuldades naturais do nosso meio. A electro-coagulação do cólo estava contraindicada pela presença de lesões sifilíticas, constatadas ao exame histo-patológico e clínico, não obstante a negatividade persistente do Wassermann. A amputação alto do cólo é uma operação incompleta que, embora satisfatória para muitos por sua relativa simplicidade, não nos parece indicada quando houver suspeita de malignidade. Decidimo-nos, assim pela histerectomia vaginal, pela sua relativa benignidade. A mobilidade normal do utero, a ausência de lesões anexiais sérias e de infiltração dos paramétrios mostravam que a operação era possível. Por outro lado, a infecção francamente purulenta do cólo encontrava, na técnica vaginal, um elemento de proteção para a paciente que não se devia desprezar. Assim, mau grado as precárias taxas de globulos vermelhos e de hemoglobina, foi a paciente preparada para a intervenção vaginal. A normalidade dos tempos de coagulação e de sangría foi creditada a favor da paciente, para contrabalançar tantas circunstâncias desfavoráveis.

Descrição do ato cirúrgico

(30-5-939 — Às 8 horas)

Operador: Gomes da Silveira.

Auxiliares: Dr. Baptista Hoffmeister e interino Aveline.

Anestesia: raqueana. 1½ c.c. de Percaina a 0,5%.

Cardiazol-efedrina — 1 ampola.

Histerectomia total por via vaginal. Processo de Doyen, com hemisseção anterior.

A intervenção decorreu normalmente, permitindo a execução integral da técnica classica.

Tensão arterial antes da operação: Mx. 10,5. Mn. 6 (V. L.)

Veritol. Cafeina. Óleo canforado.

Tensão arterial depois da operação: Mx. 10,5. Mn. 5 (V. L.).

Exame anátomo-clínico da peça operatória

"O exame anátomo-clínico do cólo do utero chama a atenção, sobretudo, pela presença, numa determinada zona, de uma grande perda de substância, isto é, de uma ulceração de forma cônica, de cor negra ou enegrecida, de bordas lisas e aproximadas penetrando a regular profundidade do cório e do interior da qual não se escoo líquido algum.

A palpação cuidadosa da zona peri-ulcerada evidencia um acentuado aumento da consistência tissidual que, aliás, se estende ao resto do cólo.

O corpo do utero apresenta-se aumentado de volume, à custa do espessamento regular de suas paredes, que são de consistência fibrosa.

O exame histo-patológico da zona ulcerada do cólo revelou o mesmo aspécto verificado nos cortes da segunda biopsia. (a) Waldemar Castro.

Post- operatório

O post-operatório decorreu tranquilamente. A paciente sentou-se no leito no segundo dia, andou no terceiro. Purgada no quarto dia, as evacuações continuaram se processando normalmente. Não houve retenção de urina após a retirada da sonda vesical. A temperatura e o pulso sempre se mantiveram sem grandes alterações.

Alta do serviço em ótimas condições a 11-6-39, continuando com o tratamento ambulatorio anti-anêmico e anti-luetico.

EPILOGO

A paciente continuou frequentando periodicamente o serviço, para observação. Embora não engordasse e conservasse a mesma patidez impressionante que chamára nossa atenção na primeira consulta, vivia regularmente, entregue ao trabalho. Tudo, enfim, dava a impressão de que uma intervenção precóce lhe assegurára resultados duradouros.

Nos últimos dias, porém, estando já escrita e mesmo anunciada esta comunicação, tivemos de acrescentar-lhe êste capítulo, que encerra a atribulada história da nossa paciente.

A 16 de abril último, foi levada ao serviço pela Assistência Pública, apresentando uma oclusão intestinal datando de cinco dias, profundamente intoxicada. A operação, encontramos uma brida estrangulando o intestino delgado a uns 15 centímetros da embocadura no ceco. Uma alça de cerca de 20 centímetros foi ressecada, por estar pro-

fundamente alterada, restabelecendo-se a continuidade por uma anastomose latero-lateral. Imediatamente acima da anastomose, o intestino foi fixado à parede, introduzindo-se nêlo, por uma pequena botoeira, um dreno de borracha para assegurar seu esvaziamento.

Contra nossa expectativa, a paciente suportou a intervenção e iniciou um post-operatório calmo, sem vômitos e sem grandes elevações da temperatura. A fístula intestinal funcionou satisfatoriamente e tres evacuações mostraram que o transito digestivo estava restabelecido. Assim permaneceu durante oito dias, quando começou a definhar, deixando de digerir os alimentos e de absorver as soluções salinas introduzidas por gota-gota retal. Faleceu dezesseis dias depois da operação, após ter consumido, serenamente, suas surpreendentes reservas de vitalidade.

RESUMO

O autor estuda o caso de uma paciente grávida, de 24 anos de idade, que foi à consulta por apresentar contínuas perdas de sangue pela vagina desde o início da prenhez. Ao exame físico constatou-se a presença, no cólo uterino, de uma ulceração sangrando facilmente. Feita uma biopsia, o exame histológico demonstrou tratar-se de lesões pré-cancerosas associadas a granuloma crônico provavelmente sífilítico.

Enquanto era observada, a paciente abortou espontaneamente. Como nova biopsia não mostrasse regressão das lesões, foi praticada uma histerectomia total por via vaginal.

Demorando-se no diagnóstico diferencial e na justificação da indicação operatória, o autor apresenta um estudo detalhado dos aspectos histológicos do epitélio pavimentoso do cólo uterino no pré-cancer e na gravidez normal, devido à colaboração do anátomo-patologista dr. Waldemar Castro, procurando demonstrar as características de distinção desses dois estados, que alguns autores acreditam determinarem quadros histológicos idênticos.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — GOUGEROT — "Syphilis et cancer. Cancer de la langue, de la bouche et des lèvres; cancers de la vulve, de l'uterus, du gland: cancers de l'oesophage. (Prophylaxie du cancer)" — Journal des Practiciens, setembro de 1912. — N.º 37, pág. 579.
- 2 — S. I. STERN — "Grossesse à terme et cancer du col" — Gynec. et Obst. — 37:295 — 298. Abril de 1938.
- 3 — STANDLEY W. MORRIS — "Carcinoma of cervix in pregnancy" — The Chinese Medical Journal — julho de 1935.
- 4 — CLAUDIO GOULART DE ANDRADE — "Algumas considerações atuais sobre a etiopatogênica do cancer cervical" — Tese de concurso — Rio de Janeiro, 1938.
- 5 — FRANK W. LYNH — "Carcinoma of the uterus" em "Gynecology and Obstetrics", editado por C. H. Davis. — Volume II — 1938.
- 6 — A. TOURAINÉ — "La syphilis dans 19 observations de cancer conjugal" — Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syphil. — 3: 433 — 439. Março de 1938.
- 7 — G. ETIENNE, DROUET E WATRIN — "Syphilis et cancer. A propos de deux observations" — Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syphil. dezembro de 1936.
- 8 — MILIAN E BOULLE — "Chancre du col de l'uterus. Cancer du col 'in situ' trois ans après, chez une femme de 24 ans." — Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syphil., 7: 1475 — 1476, julho de 1936.

LACTEINA

Farinha medicinal (lactato de cálcio, citrato de sódio e farinha de arroz, em vidros de 90 grms. e latas de 280 grm. — **nutriente e digestivo, para o aleitamento artificial de lactentes normais;**

BAUTROFIL

Granulado (lactato de cálcio, citrato de sódio e "Bauintrato") — **modificador do leite de vaca e da nutrição, para o aleitamento artificial de lactentes débeis e hipotróficos;**

BAUARSAN

Melito de arrenal, lactofosfato de cálcio e "Bauintrato", em vidros de 120 c. c. — **Tônico ideal para a criança.**

Carlos da Silva Araujo, S. A.
Caixa Postal 163

Laboratorio Clínico Silva Araujo.
— L. C. S. A.

Agente em Porto Alegre:

FAUSTO SANT'ANNA

Rua General Andrade Neves, n.º 91

Agentes em Pelotas: BOHNS IRMAOS
Rua Marechal Floriano 115

DIETETO TERAPEUTICA INFANTIL



Lacteina



Bautrofil



Bauarsan

Cistos recorrentes da péle

por

Gradique Corrêa Gomes

Caso clínico.

A. F., advogado, com 42 anos, residente no Rio, no início de 1938 apresentou uma lesão localizada no grande artelho E dificultando-lhe a marcha.

Os fenômenos foram inicialmente atribuídos a traumatismo banal. Porém, a pouco e pouco os caracteres foram se tornando mais precisos quanto à localização e sintomas dolorosos, levando o paciente ao médico, que excisou a lesão.

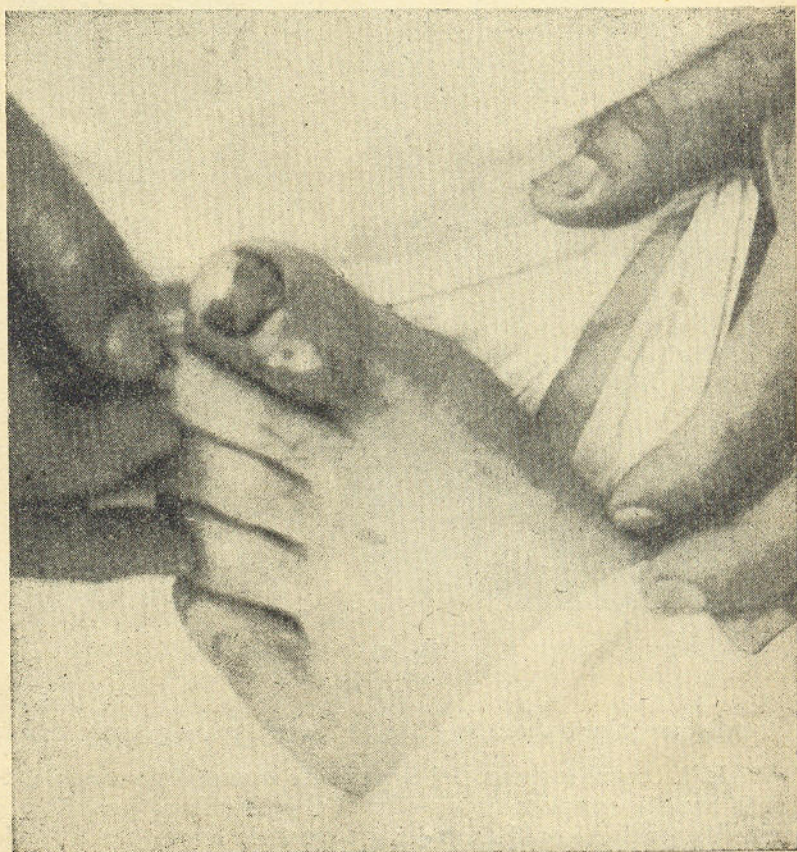


Fig. 1

Uns seis meses após, o mesmo processo se evidenciou, surgindo um pouco para cima da séde anterior. Era uma protuberância cutanea de aspécto vesicular, coloração sensivelmente igual à das regiões vizinhas, com uns dois centímetros de diâmetro por meio centímetro de altura, situada na falange distal do grande artelho E, interessando parte da face dorsal e parte da face lateral interna dêsse dedo. (fig. 1.).

O bordo inferior desta formação, tangenciava nitidamente a cicatriz da operação anterior. (Fig. n.º 2).



Fig. 2

O volume da protuberância não se modificava à pressão externa.

Vindo à consulta então, foi o paciente operado novamente, tendo-se feito excisão completa do cisto inteiro, retirando-se também regular porção de tecido são até alcançar a superfície óssea, que foi cuidadosamente tratada, embóra não houvesse vestígio de qualquer anormalidade. (figura n.º 3).

Considerando a reincidência da lesão e tendo em vista os máos resultados obtidos com tratamento exclusivamente cirúrgico em casos de cistos cutaneos reincidentes, conforme mostrou R. E. Gross em 1937,* institui-se um tratamento radioterápico após a intervenção, distribuído em quatro sessões com um total de 750 r.

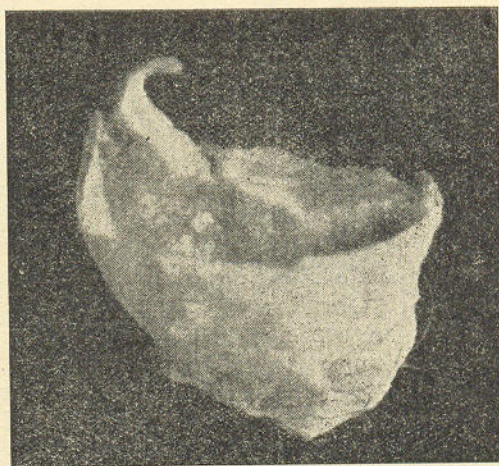


Fig. 3

Material retirado por excisão — Corte mediano — Concavidade ciática voltada para cima.

Este cisto apresenta caracteres semelhantes aos descritos por Gross no artigo já citado. O autor descreve-os como uma protuberância lisa, arredondada, cuja parede é de estrutura delgada, podendo muitas vezes ser transluminada. A coloração é a da pele normal; às vezes levemente amarelada ou azulada. A pele que circunda a base do cisto não apresenta vascularização aumentada a não ser que uma infecção secundária se ajunte.

* R. E. Gross — Recurring Myxomators, Cutaneous Cysts of the fingers and toes: — Surgery, Gynecology and Obstetric — September, 1937.

Não ha redução da protuberância pela pressão externa, porque a cavidade destes cistos não comunica com articulação, bainha tendinosa ou bolsa. A sensibilidade está diminuída ou ausente.

Em vinte e um casos conhecidos na literatura mundial, vinte vezes a lesão apareceu em dedos da mão, e uma vez em dedo do pé. E ainda mais: estes cistos só aparecem na face dorsal do dedo, geralmente próximos à articulação — que mais frequentemente é a articulação distal interfalangiana, — e de preferência situados um pouco para fóra ou para dentro da linha mediana. Quando à distância da articulação, podem aparecer na linha média.

Dos pacientes portadores desta lesão, 75% foram mulheres.

Letulle e Bazy acreditam que esta lesão pôssa ocorrer noutras partes do corpo.

Os cistos têm evoluído nuns casos em meses, noutros, em alguns anos. Nos casos puncionados verificou-se um conteúdo de consistência xaroposa, incolor, reproduzindo-se sempre em mais ou menos vinte dias.

As alterações de ordem anatomo-patológica não são ainda conhecidas na fase inicial d'êste processo, pois a aparência benigna das lesões não atráe a atenção, e os casos conhecidos têm sido tratados cirurgicamente num periodo já distante do inicial.

As reincidências, entretanto, têm sido excisadas imediatamente após o aparecimento, e sôbre êste material foram observadas as alterações que se dão no início da segunda formação cística (primeira fase da reincidência). A primeira manifestação anormal percebida é a degeneração ou reabsorção do colagênio numa área localizada, embôra escassamente limitada. Os fibroblastos permanecem com material intercelular reduzido, como uma espécie de arcabouço. Estes elementos conjuntivos aparentam por muito tempo um bom estado de conservação, ou, pelo menos, evidenciam degeneração muito mais branda do que o colagênio. Nos espaços intercelulares colecciona-se, então, um material mucóide basófilo pouco sensível ao corante, que vai aumentando gradualmente. E de tal forma se processam as mutações, que as células e fibrilas ficam grandemente separados, donde a contestura francamente frouxa desse tecido. A esta altura já os fibroblastos vão se desintegrando gradativamente, originando inumeras pequenas cavidades, que, crescendo em número e volume, unem-se finalmente. Forma-se, assim, um cisto perfeitamente visível, contendo líquido claro, glutinoso, de consistência xaroposa. As paredes dos cistos recentemente formados têm uma textura frouxa e uma estrutura mixomatosa, apresentando-se irregulares ou denteadas. Si continúa a evolução por alguns meses, esta parede interna torna-se lisa e arredondada, mais espessa e bem definida. Alcançando êste estado, um derma de aparência normal conduz diretamente à cavidade cística, através a parede do cisto.

Nunca foi encontrada comunicação destas lesões com cavidade articular, bainha tendinosa ou bolsa. Os cistos não têm revestimento interno epitelial ou endotelial; portanto, o material mucóide coleccionado não pôde ser produto secretório, devendo ser originário exclusivamente da degeneração do tecido conjuntivo local.

Um dos raros caractéres citológicos comuns à substância mixomatosa precóce e à lesão cística completamente desenvolvida é a ausência absoluta de infiltração leucocitária apreciável. Raramente encontram-se células ambulantes, e as que aparecem são geralmente da série linfocítica, e em pequeno número. Em caso algum foi evidenciado qualquer sinal de hemorragia recente ou antiga, não podendo, portanto, considerar-se um acidente hemorrágico local como fator primário na génese destas modificações histológicas.

Quanto aos vasos sanguíneos dos tecidos vizinhos, nada se tem observado de importante.

Laboratorio Tenax, Ltda.

Rua Misericordia, 34 — Pôrto Alegre

A ilustre classe medica, temos a satisfaçãõ de lembrar os nossos produtos

CINOCOL — Empôlas de 1, 2 e 5 cc. Lecitina, Cholester, canfora, guaiacol, cinamato de benzila, em vehic. oleoso.

GASTRENO — Em pó. Composto de Carb. bis., carb. de calcio, bicarb. socio, mag. peridrol, luminal, ext. atropa beladona e mag. calcinada.

NEOESPAMIN — Liquido — Base de Cardenal, papaverina, datura, passiflora e atropina.

MADAN — em pó. $(ALK(SO)_2 \cdot H_2O + C_{20}H^{30}O_{16} + BO^2O^2 \cdot H^2O)$ — latas de 20 papeis.

OESTRAL A — LIQUIDO. Para os atrazos ou falta de regras. Citrato de ferro amoniacal, fenil-dimetil-isopirazolone, acido-fenil-etil-barbiturico, atropa beladona, hyosciamus niger, velariana officinalis, ruta graveolens, juniperus sabina, anemona, pulsatila, piscidia eritrina, apium petroselium e artemisia absinto em veiculo aromatico.

OESTRAL H — Liquido. Para os excessos de regras ou hemorragias. Acido fenil-barbiturico, fenil-dimetil-pirazolone, atropa beladona, hyosciamus niger, valeriana officinalis, piscidia eritrina, viburnum prunifolium, hydrastis canadensis e hamamelis virginica em veiculo aromatico.

TRATAMENTO ESPECIFICO CONTRA AS DYSENTERIAS

C A R O B I N A S E

Producto original, formula dos Drs. W. Peckolt e A. Prado, chefes das secções de Botanica Medica e Parasitologia no Instituto Butantan

**DYSENTERIAS AGUDAS OU CHRONICAS
PRODUZIDAS POR AMEBAS, GIARDIAS E
OUTROS PROTOZOARIOS INTESTINAES.**

INFECÇÕES, FERMENTAÇÕES e COLITES, ENTERITES
INTOXICAÇÕES INTESTINAES e DIARRHEAS em GERAL

**EFFEITO RAPIDO NAS CÓLICAS E PUXOS
NENHUMA TOXIDEZ**

Ação therapeutica comprovada em laboratorios nacionaes e estrangeiros, observações clinicas, e centenas de attestados medicos.

INSTITUTO CHIMICO PAULISTA LTDA.

Rua João Adolpho, 4-A — Caixa Postal, 2575 — São Paulo

Instituto de Radiologia Clinica

Porto Alegre

Praça Senador Florencio, 21 - Edificio Wilson - 1.º andar

Telefone 5424

Dr. Pedro Maciel

Dr. Norberto Pêgas

Radiodiagnostico

Eletrocardiografia

Raios Ultra-Violetas

Eletroterapia de Ondas Curtas
e Ultra-Curtas

ODOBISMAN
RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

TROPHOLIPAN
MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES MORRUCO E CHALMOGRICO, SUPERSATURADOS DE LIPIDEOS TOTAES DO CEBREDO

LITERATURA E AMOSTRAS A DISPOSICÃO DA CLASSE MEDICA

PIO. MIRANDA & CIA. LTDA
RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523
RIO

Amostras em Porto Alegre:

SCHUETZ & COMP. — Rua Senhor dos Passos, 94.

É muito obscura a patogênica d'êste tipo de cisto cutaneo. É um estado que representa um processo degenerativo localizado no derma. A etiologia não está esclarecida.

O tecido conjuntivo das porções mais profundas do derma sofre uma transformação mixomatosa, desaparecendo gradualmente o colágeno e colecionando-se entre os fibroblastos remanescentes um material mucóide basófilo. Numa fase mais adiantada do processo ocorre

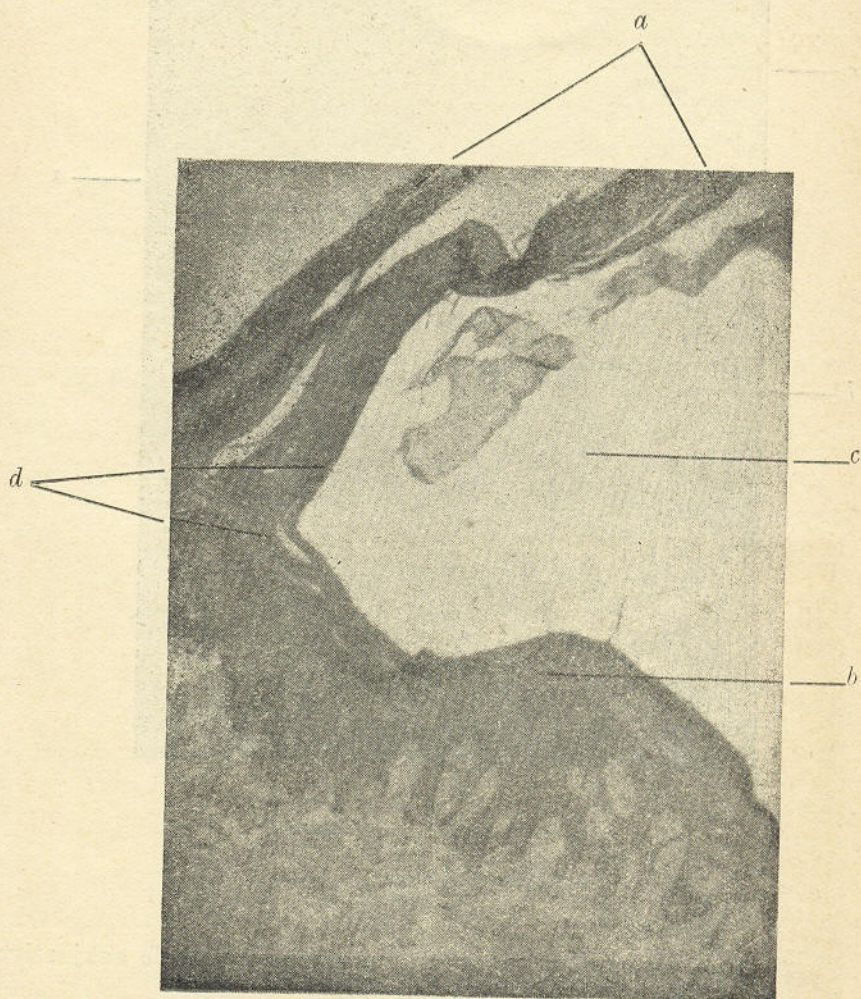


Fig. 4

80 Diam.

- a) — Lâmina cornea destacada
- b) — Corpo mucoso de Malpighi
- c) — Cavidade da vesícula
- d) — Zona de dissociação da epiderme

a liquefação na porção central do tecido mixomatoso, resultando uma cavidade cheia dum material semi-fluido. Não ha, portanto, atividade secretória na evolução da lesão. O processo resulta unicamente duma degeneração focal da camada dermica da pele.

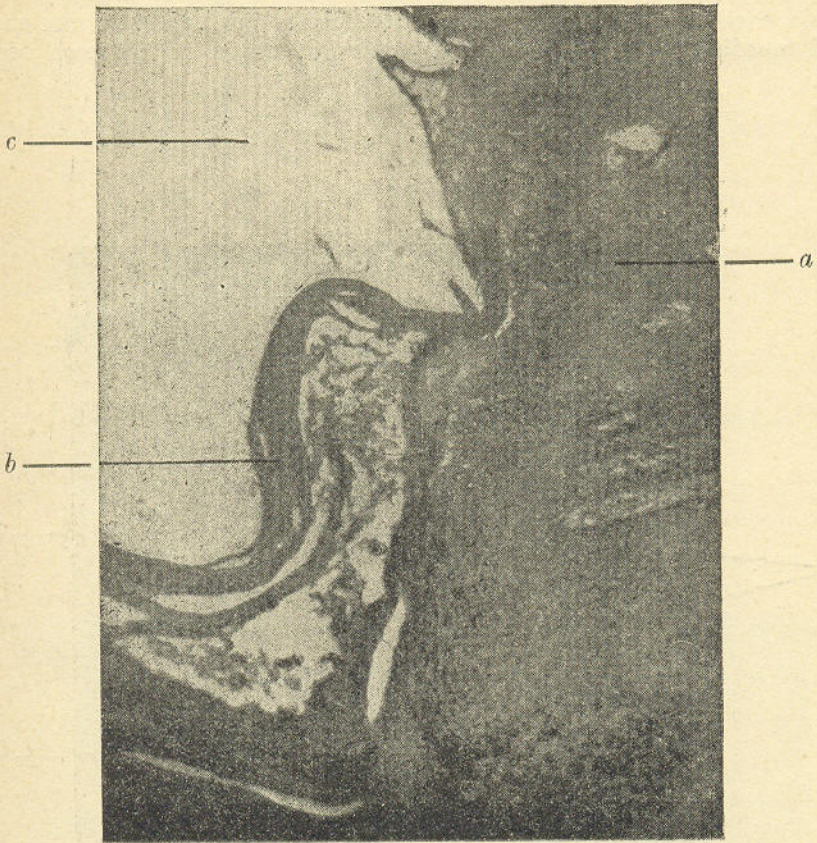


Fig. 5

- a — Corpo mucoso de Malpighi
- b — Camada cornea destacada
- c — Cavidade cística

150 D

É difícil compreender-se porque uma área de tecido conjuntivo limitada sofre tal processo de autolyse.

Mais difícil ainda é compreender porque êsse processo continúa após repetidas excisões teidulares da região.

Duas teorias pôdem ser invocadas:

- 1 — injurias locais de certa importância, pois os sítios de eleição da lesão estão sempre expostos a traumatismos variados, insignificantes, mas que poderiam trazer alterações originando posteriormente o processo.

Autor	idade, sexo	dedo atingido	tamanho da lesão	duração do processo	Tratamento e resultados
Lingenfelter	51 - f	superfície dorsal do dedo médio da mão D, sobre a articulação distal interfalangeana	tamanho de uma ervilha	14 mezes	Excisão - reincidência. Incisão - reincidência. Curetagem - reincidência. Cauterização - reincidência. Neve carbonica - reincidência. Fulguração - reincidência. Resorcina e cristais de acido salicilico - reincidência. Raios X - CURA.
Ormsby	46 - f	superfície dorsal do dedo médio da mão D, sobre a articulação distal	pouco mais que uma ervilha	5 mezes	Excisão - reincidência. Incisão - reincidência. Incisão - reincidência. Radioterapia - Cura.
Ormsby	48 - f	falange distal do indicador	tamanho de uma ervilha	8 mezes	Excisão - reincidência. Incisão - reincidência. Radioterapia e eletrolise - Cura.
Ormsby	50 - f	sobre a articulação distal do indicador	maior que uma ervilha	4 mezes	Radioterapia - Cura.
Ormsby	66 - f		tamanho duma ervilha	18 mezes	Incisão e eletrolise - Cura.
Sutton	58 - f	falange distal do dedo médio da mão	tamanho duma ervilha	18 mezes	Incisão - reincidência. Incisão - reincidência.
Sutton	26 - f	superfície dorsal da articulação metacarpofalangeana do indicador	tamanho duma ervilha	5 mezes	Radiumterapia - Cura.
Pussey, citado por MacKee e Andrews.	f	falange distal do dedo médio D.	tamanho duma ervilha		
Pussey, citado por MacKee e Andrews.	m	sobre a articulação distal interfalangeana do dedo médio D.	tamanho duma ervilha		
Montgomery e Culver					Excisão - reincidência. Curetagem - reincidência. Cauterização com acido trichloracetico - reincidência. Raios X - Cura.
Montgomery e Culver					Diversas operações cirúrgicas - reincidência. Radium - Cura.
Montgomery e Culver		sobre a articulação distal interfalangeana do indicador D.			
Savatard	46 - f	sobre a articulação interfalangeana; dorso do dedo mínimo mão D.		8 anos	Excisão - ? ? ?
Savatard	26 - m	debaixo da unha do polegar D.	diâmetro 4-5 milímetros	poucos mezes	Aplicação de fenol - reincidência. Radium - Cura.
Gross	51 - m	falange distal do dedo médio da mão D, na base da unha	5 milímetros de diâmetro	10 mezes	Incisão - reincidência. Incisão - reincidência. Incisão - reincidência. Incisão - reincidência. Excisão total - reincidência. Excisão total complicada por infecção secundária séria - Cura.
Gross	54 - m	Localização lateral, cerca da articulação distal interfalangeana, dedo médio do pé D.	8 milímetros de diâmetro	1 mez	Incisão - reincidência. Excisão - reincidência. Aspiração - reincidência. Amputação do dedo.
Gross	60 - f	dedo médio D, sobre articulação distal interfalangeana	4 milímetros de diâmetro	2 e meio mezes	Excisão - reincidência. Raios X (600 r) - Cura.
Gross	50 - f	falange terminal do dedo médio da mão E.	11 mm. de comprimento, 9 mm. de largura, 6 mm. de altura	5 mezes	Incisão - reincidência. Incisão e raios X (600 r) - Cura.
Gross	65 - f	sobre articulação terminal interfalangeana do indicador da mão D.	6 milímetros de diâmetro	1 ano	Raios X (600 r) - pequeno efeito. Incisão e evacuação do cisto - Cura.
Gross	46 - f	dedo médio da mão D cerca da articulação distal interfalangeana	12 mm. de comprimento, 8 mm. de largura, 5 mm. de altura	1 ano	Excisão - reincidência. Excisão - reincidência. Incisão raios X (600 r) - reincidência. Aspiração mais raios X (960 r) - reincidência parcial. Excisão total - Cura.
Gross	46 - f	falange terminal do indicador da mão E.	5 por 3 milímetros de diâmetro	9 mezes	Excisão mais raios X (600 r) - Cura.
Gross	49 - f	falange terminal do polegar E.	7 mm. de comprimento, 12 mm. de largura, 5 mm. de altura	3 mezes	Excisão mais raios X (600 r) - Cura.

2. — trombose dos pequenos canais arteriais, trazendo alterações para a nutrição dos tecidos.

Uma revisão do material não evidênciam sinais de neoplasia. A persistência destes cistos por meses ou anos, e o modo pelo qual reincedem uma vez, e outra vez, após excisões completas, sugerem a priori

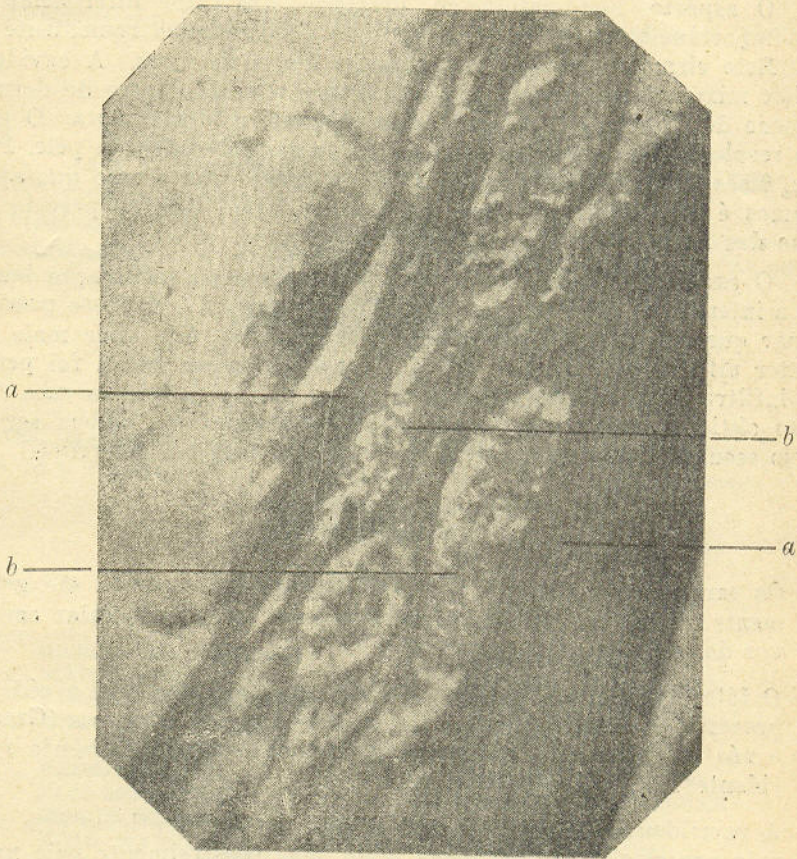


Fig. 6

a — Parede do cisto
 b — Focos inflamatórios
 Diam. 350 Col. H. E.

a possibilidade de nova-produção que reincide localmente após extirpação. O que se tem observado, porém são característicos de uma lesão degenerativa, e não neoplásica.

Aprende-se empiricamente que a maior parte da terapêutica cirúrgica, incluindo drenagem, excisão, curetagem, aplicação de causticos ou esclerosantes e fulguração, é ineficiente, ao passo que raios X ou radium em dose adequada, associados ao tratamento cirúrgico, tem produzido uma cura permanente.

Nas tabelas de Gross confrontam-se nitidamente os resultados:

Como vimos, diversos caracteres são comuns aos cistos descritos por R. E. Gross e a este cujo caso apresentamos. Lembramos a reincidência e a rebeldia às várias formas de tratamento. Em o nosso caso a lesão recorrente desenvolveu-se a partir da cicatriz da primeira excisão mantendo-se tangente a ela. (Figura 2).

O aspecto histo-patológico descobre um fator diferencial de certa importância entre os dois tipos de cisto cutâneo recorrente: a sede. Este elemento permite a distinção dos dois tipos. A cavidade do cisto mixomatoso (Gross) está totalmente contida dentro do derma: em torno dela ha uma orla de tecido conjuntivo ininterrupta. O processo resulta duma degeneração focal da camada dermica da pele. Portanto, esses cistos são infra-epidermicos, ao passo que o caso que apresentamos é de localização supra-epidermica, como bem se percebe ao exame das microfotografias. (Figuras 4 e 5).

O exame histológico do nosso caso evidenciou infiltração leucocitária intensa, ao nível da parede cística. (Figura 6). Si fosse possível afirmar que não se trata de infecção secundária, este seria mais um caracter diferencial, pois nos cistos infra-epidermicos nunca foi percebida infiltração primária. A observação microscópica lembra uma dermatite cística; entretanto, os elementos inflamatórios podem ser de origem secundária, perdendo, então, o valor etiológico e diferencial.

CONCLUSÕES

- 1 — Os caracteres evolutivos observados nesta lesão cística são geralmente alheios aos processos inflamatórios, parecendo falar em favor de lesão de outra natureza.
 - 2 — O fator reincidência parece não ter relação direta com a sede do processo. Foram observados vários casos infra-epidermicos (Gross), e nós apresentamos um supra-epidermico, todos igualmente recorrentes.
 - 3 — A reincidência não se explicaria pela natureza inflamatória nem pelo processo distrófico dessa lesão, mas possivelmente pela natureza blastomatosa do processo.
 - 4 — Localização, reincidência, e especificidade da ação radioterápica, poderiam lembrar a possibilidade de embrioma ou desembrioma cístico para explicar a origem da lesão (cisto embrionário; segundo a teoria embrionária de Conheim, os restos embrionários permanecem no seio dos tecidos adultos despertando e desenvolvendo-se sob a forma blastomatosa por influência de causas ocasionais).
-