

MEMÓRIAS  
DO  
**INSTITUTO OSWALDO CRUZ**

---

Tomo 47

Março-Junho, 1949

Fascículos 1-2

---

**Adenocarcóide primário do estômago**

pelos doutores

Eitel Duarte, Jorge P. Guimarães e Paulo Torres

(Trabalho da Secção de Anatomia Patológica, Divisão de Patologia  
do Instituto Oswaldo Cruz)

HERXHEIMER (1907) utilizou pela primeira vez o termo adenocarcóide, para designar um tumor constituído, ao mesmo tempo, por epitélio cilíndrico com formações glandulares e por epitélio pavimentoso estratificado com queratinização.

Outras denominações também foram propostas, tais as de adeno-acantoma (Pasternack), epitelioma polimorfo (OBERLING & WOLF) e carcinoma adeno-escamoso (RABSON).

A julgar pelo número de casos publicados, tais tumores seriam muito raros.

WOOD (1943), revendo a literatura sobre o assunto, arrolou dez casos de adenocarcóide, aos quais adicionou dois por ele estudados.

Realizando minuciosa consulta à literatura mundial, encontramos quatorze casos, aos quais juntamos um que nos foi dado observar no Serviço de Anatomia Patológica do Instituto Oswaldo Cruz, em material de autópsia realizada no Hospital São Francisco de Assis.

O primeiro caso de adenocarcóide, observado, parece ter sido o de Rolleston e Trevors (1905 relatado sob o título "A case of column-celled carcinoma of the stomach showing squamous-celled metaplasia". Aqueles autores, referem o caso de mulher de trinta e cinco anos, na qual a necropsia

revelou um tumor de cerca de 7,5 cm de diâmetro, no piloro, o qual sofreu ulceração, perfurando o órgão.

O exame microscópico de material retirado da parede anterior do estômago, mostrou tratar-se, então, de um adenocarcinoma, cujas células tendiam a assumir a forma esferoidal. Na parede posterior entretanto, diz o autor: "a remarkable feature was present, namely a further change of the cells of the growth from the spheroidal to the squamous type". Em certos pontos havia pérolas epiteliais típicas. O resto do estômago (fundo e cárdia) não apresentava formações tumorais.

LUBARSCH (1906), examinando metástases ganglionares de um adeocarcinoma do estômago, observou grupos de epitélio pavimentoso estratificado. Voltando a examinar o tumor primitivo que estava situado no piloro, encontrou áreas de epitélio malpighiano típico, com células espiculadas e queratinização.

HERXHEIMER (1907), relata o caso de um paciente, morto oito dias após uma operação, no qual foi encontrado um tumor do tamanho de um punho, limitado à região pilórica, cuja análise histológica revelou a concomitância de elementos glandulares e epidermóides. O aspecto adenocarcinomatoso predominava e segundo o autor podia-se observar nítida e gradual transição entre este aspecto e o epidermoide.

OBERLING e WOLF (1927), publicam o caso de uma mulher que faleceu momentos após uma laparotomia exploradora. À necropsia, as vísceras abdominais estavam inteiramente cobertas por massas viscosas e avermelhadas.

"Ces masses agglomérées, occupent tout le paquet des anses intestinales, elles infiltrèrent l'épiploon au point d'en former un énorme bloc gélatineux hémorragique du poids de 11 kg. "O tumor ocupava todo o piloro. Microscopicamente, viam-se formações glandulares, ora alveolares, ora em tubos limitados por células cilíndricas dispostas em uma ou mais camadas e "subitement au beau milieu de ces éléments glandulaires, nous voyons apparaître des formations inattendues et totalement différentes de tout le reste. Ce sont des larges boyaux constitués par des cellules malpighiennes tout à fait typiques et centrées par des globes épidermiques énormes." O tumor infiltrava o peritônio, apresentando aí, intensa degeneração mucoide, formando as massas já referidas. Não foi possível observar nenhuma passagem gradual dos elementos cilíndricos para os elementos epidermóides. Nas metástases só foi encontrada a forma mucoide do tumor. Os autores denominaram este tumor de epitelioma polimorfo.

BOEDECKER (1927), menciona dois casos de adenocarcóide do estômago. O primeiro era o de uma mulher de 35 anos, que apresentava um tumor ulcerado, situado imediatamente acima do piloro, cujo exame microscópico revelou estruturas glandulares e epitélio pavimentoso estratificado, com predominância do aspecto adenocarcionomatoso. Este caso é o mesmo descrito por BORMANN, no tratado de Henke-Lubarsch. O segundo era um tumor da pequena curvatura, em mulher de 65 anos, onde também se misturavam formações glandulares e epidermoides.

PASTERNAK (1935), relata o caso de um homem que sofreu gastrectomia e sobreviveu quatro meses à operação. O tumor limitava-se ao piloro, estando normais o resto do estômago e o esôfago. Histologicamente predominava o aspecto de carcinoma epidermoide em relação ao de adenocarcinoma e enquanto em alguns setores podia-se observar uma passagem gradual do epitélio cilíndrico para o pavimentoso estratificado, em outros pontos a mudança era brusca e sem ligação evidente. O tumor media 9x6x4 cm. As metástases no epiplon, nos gânglios linfáticos e no pâncreas, mostravam apenas aspecto adenocarcinomatoso.

MARTIM e POLOSSON (1936), verificam o caso de um homem submetido a uma intervenção cirúrgica, durante a qual retiraram um tumor ulcerado da pequena curvatura, cujo exame microscópico revelou estruturas glandulares e epidermoides, com predominância das primeiras. Não havia evidência de transição gradual de um tipo histológico para outro.

No caso de TAKAGI (1937), tratava-se de um homem de 35 anos, no qual a necropsia revelou um tumor do estômago, estendendo-se do piloro ao cárdia, com intensa degeneração mucoide, apresentando à semelhança do descrito por OBERLING e WOLF, grandes massas viscosas ocupando a parte superior do abdomen e infiltrando o grande epiplon, o baço e o pâncreas. A descrição do aspecto histológico não é clara, deixando dúvida sobre o fato de haver ou não elementos epidermoides no estômago. Segundo o autor, ha ligeira infiltração circunscrita do esôfago e na parte inferior do mesmo as células estão um tanto desorganizadas e seus núcleos corados em excesso. Nota-se certo cuidado do autor quando se refere ao esôfago, tendo razão SCHEFFELER e FALK, quando afirmam que a origem gástrica destes tumores é discutível quando ha comprometimento do esôfago. Sendo assim devemos aceitar sob reserva o caso de TAKAGI, embora WOOD o considere sem restrições. TAKAGI só refere claramente a existência de elementos epidermoides nas metástases (gânglios linfáticos adjacentes), constituídos por células espiculadas sem queratinização. Seu trabalho não é documentado por desenhos ou microfotografias.

SCHEFFLER e FALK (1940), relatam o caso de um homem de 74 anos, portador de um tumor ulcerado da pequena curvatura, situado a cerca de 7 cm. do cárdia. O aspecto predominante era de carcinoma epidermoide. Em outros pontos as células dispunham-se num arranjo alveolar.

HIRAISI (1941), descreve o caso de um homem de 45 anos, com uma síndrome de estenose pilórica, no qual foi realizada uma gastro-enteroanastomose. O tumor localizava-se na região da pequena curvatura, logo acima do piloro e era do tamanho de um ovo de galinha. O exame histológico revelou um aspecto predominantemente adenocarcinomatoso, com degeneração mucoide em alguns pontos e células disseminadas com queratinização incompleta. Em certas partes do tumor puderam ser evidenciadas nítidas pontes intercelulares, possuindo as células citoplasma algo basófilo e não havendo neste ponto queratinização. Os gânglios linfáticos perigástricos mostravam os mesmos elementos do tumor de origem.

WOOD (1943), relata dois casos de adenocarcinoma do estômago. Um deles era o de um homem de 51 anos falecido algum tempo após submeter-se à gastrectomia parcial. Não foi realizada autópsia. Aparentemente não havia metástases no fígado.

O tumor estava situado na pequena curvatura e media cerca de 5x7x1cm., invadindo tôdas as camadas do estômago. Microscopicamente mostrava aspecto adenocarcinomatoso de mistura com formações epidermoides. Não havia predominância de um aspecto sobre o outro. O segundo caso era o de um homem submetido também à uma gastrectomia parcial. O tumor estava representado por uma úlcera de cerca de 4cm. de diametro, localizada imediatamente acima do piloro, com bordos endurecidos e base espessada.

O exame histológico revelou uma mistura de elementos glandulares e epidermoides, não só no tumor primitivo como também nas metástases ganglionares. Em nenhum dos dois casos foi possível evidenciar uma transição gradual de um tipo histológico para outro.

STRASSMAN (1946), publica interessante caso de um homem de 85 anos de idade, morto em consequência de uma infecção respiratória, no qual a autópsia revelou formações neoplásicas, constituídas por numerosos nódulos, ocupando o estômago do piloro ao cárdia. Diz STRASSMAN: "The case of adenocanthoma reported in this paper is different from those described in the literature. The tumor had not been suspected during life, although at autopsy it was found that large areas of the gastric wall from the pylorus to the cardia were involved in a neoplastic process preceded or accompanied by chronic hypertrophic gastritis. This was predominantly a more or less anaplastic type

of adenocarcinoma, infiltrating all layers of the wall. The adenocarcinomatous cells were of an irregular pale polymorphous type eccentric nuclei. The part of tumor which consisted of both adenocarcinomatous and squamous cells was limited to a small circumscribed area of the greater curvature near the cardia, covered by squamous epithelium similar to that normally present in the esophagus. There was no continuation of the squamous epithelium from this region to the cardia. "As metástases no fígado e gânglio linfático, mostravam aspecto de carcinoma epidermoide puro, com muitas pérolas epiteliais. O cárdia e a parte inferior do esôfago estavam normais.

O caso por nós observado foi o seguinte :

F. A., 54 anos, brasileiro, masculino, preto. Infelizmente a história clínica não foi conseguida.

Protocolo de necropsia n.º 7.915.

Hora da morte: 10 horas de 21-4-47. Hora da necropsia: 11 horas de 22-4-47. O cadáver é o de um homem velho de côr preta, em péssimas condições de nutrição, pesando 45 quilos e medindo 1,63 m de comprimento. Pupilas igualmente dilatadas e conjuntivas pálidas. Dentes mal conservados. Cabelos negros encarapinhados. Externamente não ha anomalias, nem icterícia, nem edema. Abdomen um tanto distendido por líquido. Ao corte as camadas gordurosa e muscular estão muito reduzidas de espessura. Cavidade peritoneal encerra cerca de 500 cm<sup>3</sup> de líquido esbranquiçado, ligeiramente turvo. O fígado não alcança o rebordo costal. Alças intestinais livres de aderências, excepto na parte media do colon transverso, a qual adere à porção pilórica do estômago.

Torax — Espaço precordial com área normal. Pulmões apresentam aderências fibrosas firmes e circunscritas às paredes do torax e ao diafragma. Cavidades pleurais e pericárdica vasias de líquido. Coração diminuído de volume, com a ponta formada pelo ventrículo esquerdo. Vasos superficiais, principalmente a coronária esquerda, que mostra uma emergencia muito alta, apresentam suas paredes esbranquiçadas e espessadas, fazendo saliência na superfície do órgão.

Gordura epicardial muito reduzida. Na face anterior do ventriculo esquerdo, existe uma placa leitosa circular. Cavidades do coração diminuídas de volume.

O endocárdio é transparente e brilhante. O aparelho valvular está íntegro e flexível. Musculatura cardíaca é de côr parda avermelhada, não havendo aumento do tecido conjuntivo. Túnica interna da aorta, apresenta

placas amarelhas proeminentes e raros sulcos com retração dos tecidos. A crossa da aorta, mostra cicunferência pouco maior que o normal. Parágrafo Pulmões revelam a pleura lisa e brilhante, exceto em pequenas areas, correspondendo a aderências fibrosas. Superfície do corte é de côr vermelha clara, nos lobos superiores, e de côr vermelha escura nos inferiores, deixando sair, por compressão, líquido espumoso e sanguinolento. Não são sentidos nódulos nem áreas de consolidação do parênquima.

Abdomen — Baço muito diminuído de volume, com espessamento considerável da cápsula. Superfície do corte é de côr vermelha-pardacenta clara, sendo muito aparentes os tecidos conjuntivo e linfóide. Fígado diminuído de volume, muito aderente ao diafragma. Ao córte, na face ântero-superior, existe um tecido esbranquiçado, firme, extranho ao órgão, invadindo-o numa espessura de 2cm. Na face inferior existem dois nódulos menores, semelhantes ao primeiro. A superfície do corte é de côr parda, sendo aparente o desenho lobular. O tecido conjuntivo não está aumentado. Vesícula biliar contraída, contendo pequena quantidade de bile. Estômago, diminuído de volume, apresentando, quando aberto, formação tumoral proeminente, achatada, de limites rítidos, de forma ovoide, na região pilórica, medindo 3x2x2 cm. As paredes do estômago, nesta região, estão espessadas à custa de tecido neoplásico, esbranquiçado e firme, semelhante ao toucinho. A parte média do colon transversa está aderente à porção pilórica do estômago. A parede do intestino a este nível está espessada à custa de tecido neoplásico, firme e esbranquiçado. Mucosa de aspecto normal. Apêndice íleo-cecal, encurtado, dobrado e engrossado, com paredes espessadas e endurecidas, diminuindo de muito o lumen do órgão. Pâncreas, suprarrenais e intestino delgado, não mostram alterações macroscópicas dignas de nota.

Rins, diminuídos de volume, medindo o direito, 8x5x2,5 cms., e o esquerdo 10x3,5x2,5 cms. A cápsula se destaca com facilidade, deixando descoberta uma superfície regular. A superfície do corte é de côr vermelha clara e a camada cortical é de espessura normal.

Próstata, bexiga e vesículas seminais, não mostram alterações dignas de nota. Crânio não foi examinado.

### ESTUDO MICROSCÓPICO

Estômago: na porção pilórica, encontramos um blastoma do tipo epitelial, constituindo um tecido que substitue o do órgão e faz proeminência no interior do mesmo. Nele podemos reconhecer três aspectos histológicos distintos a saber:

- 1º) Aspecto de adenoma destruens.

- 2º) Aspecto de adenocarcinoma.
- 3º) Aspecto de carcinoma epidermoide.

As porções do tumor com aspecto de adenoma destruens e de adenocarcinoma, ocupam a parte interna do estômago, em substituição à mucosa e à sub-mucosa e bem assim à túnica muscular. A que possui aspecto epidermoide é vista principalmente na túnica muscular externa e fora dela, na serosa. (Fig. 1). O epitélio que constitui tanto o adenoma destruens como o adenocarcinoma, é composto de células cilíndricas altas, mostrando tendência a formarem mais de uma camada (Fig. 5). A altura destas células é bastante variável e algumas são cúbicas. O núcleo, muito rico em cromatina, ocupa geralmente a parte inferior da célula e é na maioria das vezes ovoide. Mitoses são encontradas, porém em pequeno número. Em muitos pontos nota-se transição gradual de células cilíndricas para células achatadas, e o aspecto adenocarcinomatoso torna-se lentamente epidermoide. (Fig. 5). O epitélio tumoral pavimentoso é formado de células que apresentam um polimorfismo muito acentuado (Fig. 1). Estão dispostas em grupos com muitos elementos, não sendo raro entretanto o encontro de células isoladas, algumas das quais parecendo possuir espículas (Fig. 3). Há queratinização isolada de células (Fig. 3) e em alguns pontos podem ser vistos esboços de "pérolas epiteliais". (Fig. 1). Os núcleos apresentam forma e tamanho diversos. O conteúdo em cromatina é considerável e os nucléolos são proeminentes. Aqui, na zona do carcinoma epidermoide, as mitoses são frequentes. O estroma está infiltrado por células mononucleares em grande quantidade. Fígado apresenta metástases extensas e grandes áreas de necrose. Neste órgão predomina o aspecto de adenocarcinoma (Fig. 4), encontrando-se porém em alguns pontos isolados, elementos epidermoides. As células hepáticas na vizinhança do tumor, mostram-se comprimidas e atrofiadas. Gânglios linfáticos do hilo do fígado, estão infiltrados por células blastomatosas, predominando o aspecto adenocarcinomatoso. Intestino grosso na porção contígua ao estômago, mostra invasão pelo neoplasma apenas na túnica serosa e muscular. Pulmão apresenta edema, hiperemia, antracose, broncopneumonia, enfisema e atelectasia. Ausência de metástases. Coração — arteriosclerose das coronárias. Não há metástases do tumor. Baço — atrofia e fibrose. Hiperemia. Periesplenite crônica fibrosa. Ausência de metástases. Aorta — arteriosclerose. Rins — glomerulonefrite crônica (leve).

Diagnóstico anatômico — Adenocarcóide do estômago. Metástases no fígado, gânglios linfáticos regionais, apêndice cecal, colon transversal, peritônio e diafragma. Arteriosclerose das coronárias e aorta. Glomerulonefrite. Broncopneumonia. Edema e hiperemia dos pulmões. Atrofia e fibrose do

baço. Periesplenite crônica fibrosa. Pleurite crônica fibrosa bilateral. Caquexia.

### DISCUSSÃO

Dos quinze casos revistos neste trabalho, inclusive o observado por nós, 4 eram do sexo feminino (Rolleston e Trevors, Oberling e Wolf, e Boedecker dois), e 10 do sexo masculino (Pasternack, Martim e Polosson, Wood dois, Hiraisi, Takagi, Scheffler e Falk, Strassman e o nosso). Herxheimer e Lubarsch, não referem sexo nem idade. A idade variou entre 35 e 85 anos.

Em dez casos predominava no tumor primitivo o aspecto adenocarcinomatoso (Rolleston e Trevors, Lubarsch, Herxheimer, Oberling e Wolf, Martim e Polosson, Boedecker um Hiraisi, Takagi, Strassman e o nosso), em dois o epidermoide (Pasternack e Scheffler e Falk) e em três havia uma mistura igual de ambas as formações (Boedecker um, e Wood dois). O quadro histológico das metastases era mixto em 7 casos (Lubarsch, Wood dois, Hiraisi, Takagi, Scheffler e Falk e o nosso) adenocarcinomatoso apenas, em dois (Oberling e Wolf e Pasternack), exclusivamente epidermoide em um (Strassman). Em um caso não havia metástases (Herxheimer) e em quatro os autores não fazem referências às mesmas (Rolleston e Trevors, Boedecker dois, e Martim e Polosson).

O sítio de localização mais frequente foi o piloro, contando-se dez casos (Rolleston e Trevors, Lubarsch, Herxheimer, Oberling e Wolf, Boedecker dois, Pasternack, Wood dois e o nosso); três vezes o tumor foi encontrado na pequena curvatura (Martim e Polosson, Hiraisi e Scheffler e Falk) e em dois casos estendia-se do piloro ao cárdia (Takagi e Strassman). Em três tumores, foi possível observar uma transição gradual entre os vários tipos histológicos componentes.

A presença de epitélio pavimentoso estratificado, em um blastoma primitivo do estômago, pode correr por conta de uma heterotopia, sendo que no caso de Strassman, foi encontrado epitélio pavimentoso normal. Essa interpretação torna-se mais difícil de aceitar, quando o tumor não é um carcinoma epidermoide puro, mas sim um adenocarcinoma. Na opinião de Herxheimer (1907), as células de origem seriam células embrionárias, indiferenciadas, onipotentes, situadas anormalmente na mucosa gástrica, que em dado momento, sob a ação de um agente cancrígeno indeterminado, começariam a proliferar desordenadamente, diferenciando-se em ambos os sentidos (células cilíndricas e chatas) e constituindo o tumor.



A antiga concepção da especificidade celular estrita, segundo a qual a célula durante toda sua vida, obedeceria sempre ao mesmo padrão morfo-fisiológico, tem sido gradualmente abandonada.

Os inúmeros exemplos de metaplasia, como a transformação epidermoide da mucosa brônquica nos casos de inflamação crônica, a ossificação das cartilagens, a metaplasia gástrica da mucosa jejunal após gastro-enteroanastomose, etc., fizeram abrandar a rigidez das idéias antigas. No estômago do homem entretanto, até agora, não foi possível observar metaplasia epidermoide não cancerosa, a não ser que se considere como tal, o caso de Strassman. O próprio autor admite que se possa tratar de uma metaplasia em virtude de uma gastrite hipertrófica de que era portador o paciente por ele observado, sem desprezar entretanto inteiramente a hipótese de uma heterotopia.

FUTTERER (1904), foi o primeiro a provar, experimentalmente, a possibilidade de metaplasia epidermoide da mucosa gástrica, trabalhando com coelhos. Ressecando um pedaço de mucosa da parede posterior do estômago e injetando ácido pirogálico para retardar a cicatrização, pôde observar formações malpighianas típicas na ferida. Refutando a hipótese de uma heterotopia, ele argumenta dizendo, que se existissem restos embrionários, estes teriam sido removidos com a operação e no local não apareceria epitélio pavimentoso estratificado. Futterer acha que há uma transformação das células cilíndricas do estômago, em pavimentosas. Outros experimentadores não tem sido tão felizes quanto Futterer ao tentarem produzir metaplasia epidermoide da mucosa gástrica, falhando quase sempre em suas experiências; Stewart e Lorenz (1942), conseguiram entretanto, obter adenocarcinoma em quatro casos, na porção pilórica (glandular) do estômago do rato, utilizando metilcolantreno como agente cancerígeno.

ROLLESTON e TREVORS, advogam a hipótese de uma metaplasia, pois segundo eles o aspecto malpighiano aparece no tumor em crescimento e não na mucosa gástrica.

KROMPECHER (1924), também acha que se trata de uma metaplasia, porém, enquanto a maioria dos outros autores aceita uma metaplasia regressiva ou anaplásica, na qual haveria inicialmente uma proliferação desordenada das células cilíndricas, atingindo graus ontogenicamente inferiores, praticamente embrionários, a partir do qual iniciariam nova diferenciação, podendo fazê-lo no sentido do epitélio de origem ou de outro tipo epitelial, no caso pavimentoso estratificado; ele admite para os órgãos que possuem revestimento de células cilíndricas, uma camada de células basais não embrionárias, germinativa, descontínua, de difícil evidênciação, a qual produz normalmente

epitélio cilíndrico, e que sob a ação de um agente cancrígeno indeterminado poderia dar nascimento a formações epidermoides neoplásicas. Momigliano, diz ter encontrado, em úteros de camondongas, células semelhantes às descritas por Krompecher e obtido por intermédio de agentes irritantes, a proliferação destas células e sua diferenciação, ora no sentido de epitélio pavimentoso, ora no de cilíndrico.

PENNA DE AZEVEDO e VILLELA (1936), descrevem um caso de carcinoma epidermoide puro do estômago. Para estes autores, a hipótese da metaplasia é a mais aceitável.

DELARUE (1947), diz textualmente, : "ainsi le type morphologique d'un cancer, et l'aspect des éléments cellulaires qui le constituent paraissent dépendre dans une large mesure, non pas des cellules d' "origine", en vertu d'une spécificité transmise, mais de l'adaptation de ces éléments aux conditions physico-chimiques dans lesquelles ils se trouvent, et aux exigences des métabolismes locaux. Si la morphologie des tumeurs malignes se rapproche parfois de très près de celle de leur tissu matriciel, c'est parce que les conditions d'adaptation locale sont semblables à ce qu'elles étaient pour les éléments normaux. On peut admettre que, inversement, les structures paradoxales "heteromorphe" par rapport au milieu dans lequel prend naissance le cancer sont dues à l'apparition en même temps que le processus cancéreux, de conditions "fonctionnelles" nouvelles, différentes de celles du tissu matriciel; pour les expliquer, il n'est nullement besoin d'invoquer une hétérotopie embryonnaire".

Resumindo, a hipótese da metaplasia parece ser no momento atual, a mais condizente com os fatos e que melhor explica todos os aspectos do fenômeno.

A seu favor falamos argumentos e experimentações incontestáveis. Resta decidir se se trata de uma metaplasia regressiva, ou se os fatos se passam segundo a interpretação de Krompecher.

## RESUMO

Os AA. referem um caso de blastoma primitivo do estômago, mostrando a par das estruturas de adenoma destruente e de adenocarcinoma, a de carcinoma epidermoide.

O tumor corresponde ao tipo descrito na literatura como adenocarcinoma e apresenta metástases no fígado, gânglios linfáticos regionais, apêndice cecal, colon transverso, peritônio e diafragma. Uma revisão da literatura e discussão sobre a origem de tais tumores são apresentadas.

### SUMMARY

The AA. report a case of adenocarcinoid of the stomach (aged colored male), with metastasis in the liver, regional lymph nodes, vermiform appendix, transverse colon, peritoneum and diaphragm. The structure was not uniform, and was referred as adenoma destruens, adenocarcinoma and epidermoid carcinoma, according to the field under examination.

### BIBLIOGRAFIA

FUTTERER, G.

1904. Experimentally produced genuine epithelial metaplasia in the stomach and the relations of epithelial metaplasia to carcinoma, as demonstrated by cases reported in the literature. *J. A. M. A.*, 43 : 1129.

ROLLESTON, H. D. e SALISBURY, TREVORS

1905. A case of columnar-celled carcinoma of the stomach showing squamous-celled metaplasia. *Jour. of Path. and Bact.*, 10 : 418.

KROMPECHER E.

1924. Basalzellen, Metaplasie und Regeneration. *Ziegl. Beit.*, 72 : 163.

HERXHEIMER, G.

1907. Über heterologe cancroide. *Ziegl. Beit.*, 41 : 362.

OBERLING, CH. e WOLF, M.

1927. Sur un cas d'épithélioma polymorphe (glandulaire, épidermoïde, et mixoïde) du pylore. *Bulletin de l'association française pour l'étude du cancer*, 16 : 68.

PASTERNAK, J. G.

1935. Adeno-acanthoma of the pylorus. *Am. Jour. of Path.*, 11 : 541.

TAKAGI, C.

1937. Ein fall von Adenokankroid des Magens. *Gann*, 31 : 173.

HIRAISI, K.

1941. Ein Fall von Adenokankroid des Magens. *Gann*, 35 : 372.

BOEDECKER, F.

1926-1927. Beitrag zur Lehre von den heterologe Carcinomen. *Ztschr. Krebsforsch.*, 24 : 406

SCHEFFLER, M. e FALK, A. B.

1940. Epidermoid carcinoma of the stomach. *Am. Jour. of Cancer*, 38 : 359.

GAUTHIERS-VILLARS, P. e LEGER, L.

1940. Cancer gastrique a type d'épithélioma malpighien spino-cellulaire. *Annales d'Anat. Path.*, 16 : 1065.

WOOD, D. A.

1943. Adenoacanthoma of the pyloric end of the stomach. *Archives of Path.*, 36:177.

MARTIM & POLOSSON (citados por Wood).

1936. *J. de med. de Lyon*, 17 : 553.

LUBARSCH (citado por Pasternack).

1906. *Verhandl. d. deutsch. path. Gesellsch.*, 10 : 198.

STEWART e LORENZ (citado por Wood)

1941. *J. Nat. Cancer Inst.* 2 : 193.

1942. *J. Nat. Cancer Inst.* 3 : 175.

PENNA DE AZEVEDO, A. e VILLELA, E.

1936. Carcinoma epidermoide primário do estômago. *Mem. do Inst. O. Cruz*, 31 : 719.

EWING, J.

1940. *Neoplastic diseases*. W. B. Saunders Company, Edit. Filadelfia & Londres.

DELARUE, J.

1947. *Le problème biologique du cancer*. Masson et Cie., Edit. Paris.

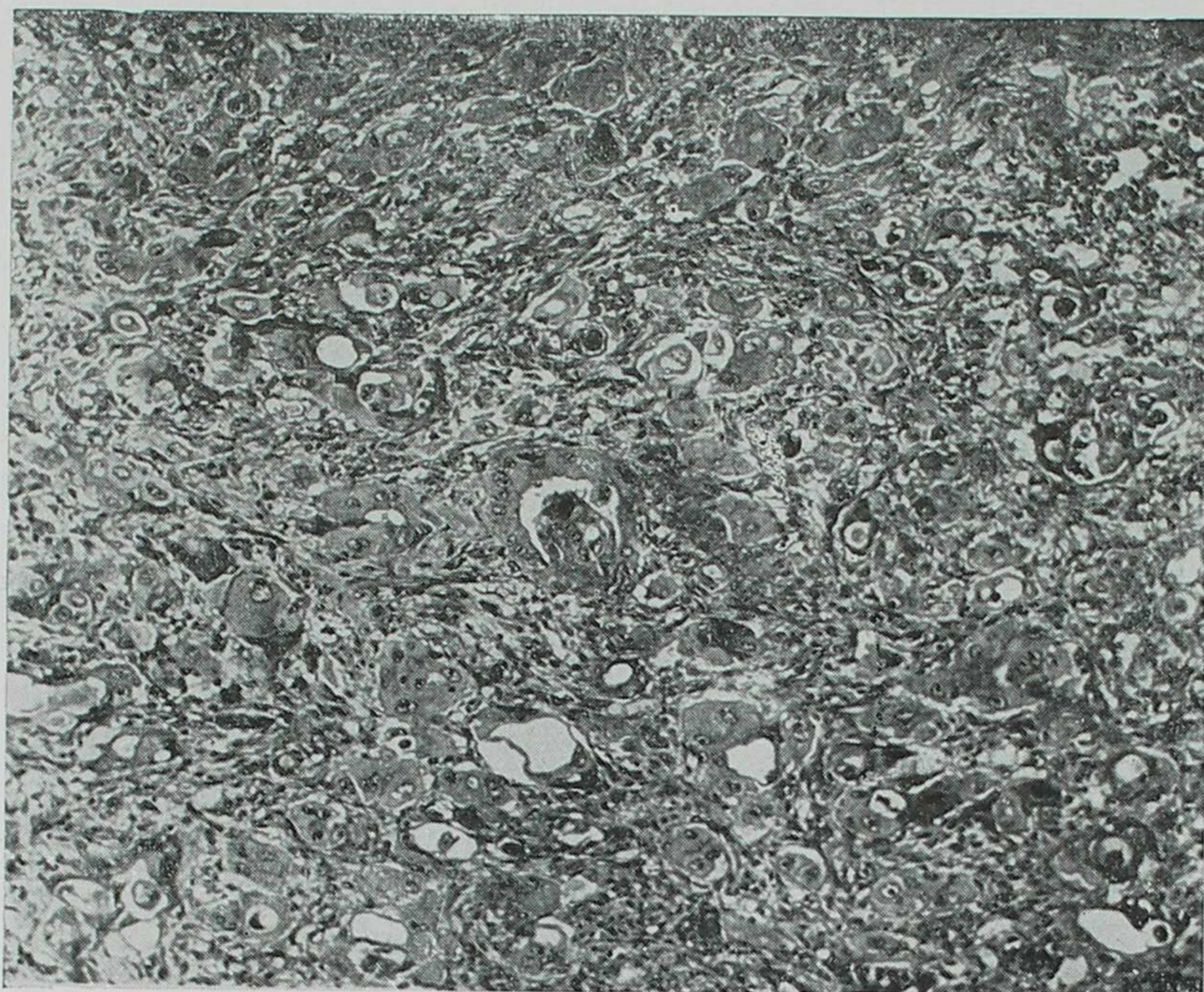


Fig. 1 — Corte de estômago. Aspecto predominantemente epidermoide com células cornificadas e pérolas epiteliais. No centro uma formação glandular. (114 x Hematoxilina-eosina).

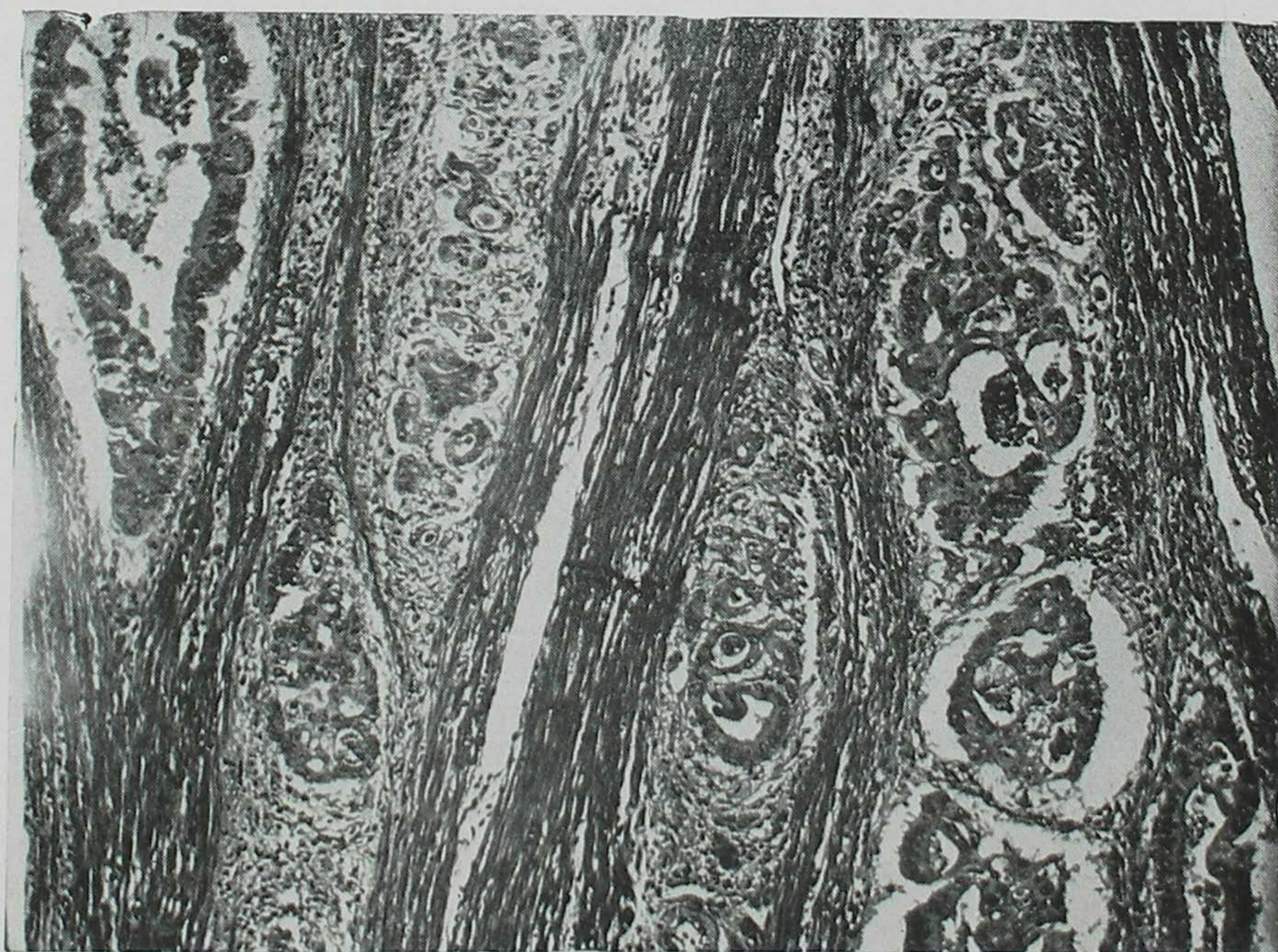


Fig. 2 — Corte de estômago. Invasão da túnica muscular pelo tumor. Aspecto de adenoma destruído. (114 x Hematoxilina-eosina).

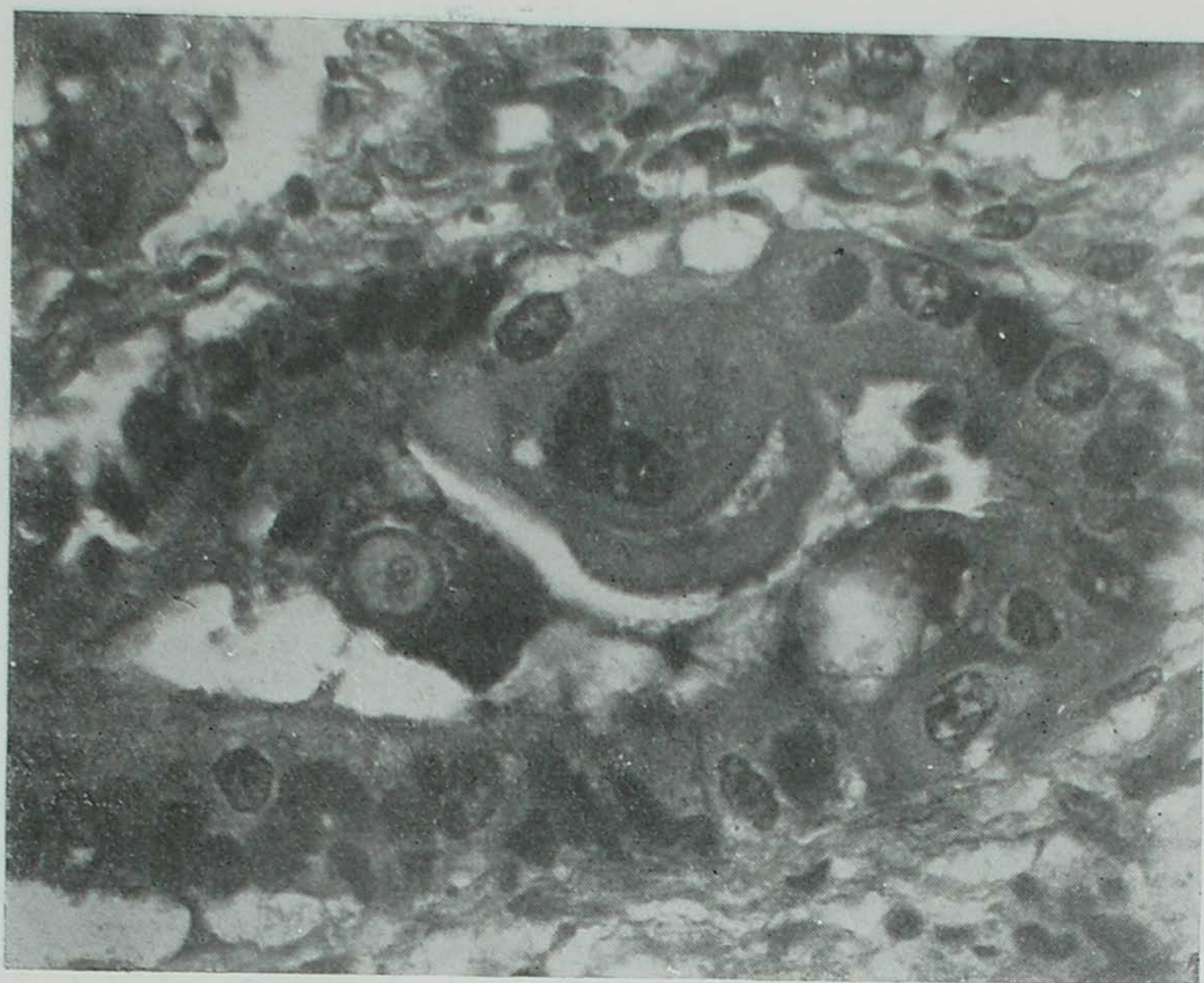


Fig. 3 — Corte de estômago. Formação adenocarcinomatosa mostrando células em via de cornificação, projetando-se na sua luz. Aspecto sugerindo metaplasia epidermoide do epitélio glandular tumoral. (660 - Hematoxilina-eosina).



Fig. 4 — Corte de fígado. Metástase do tumor. (114 x Hematoxilina-eosina).

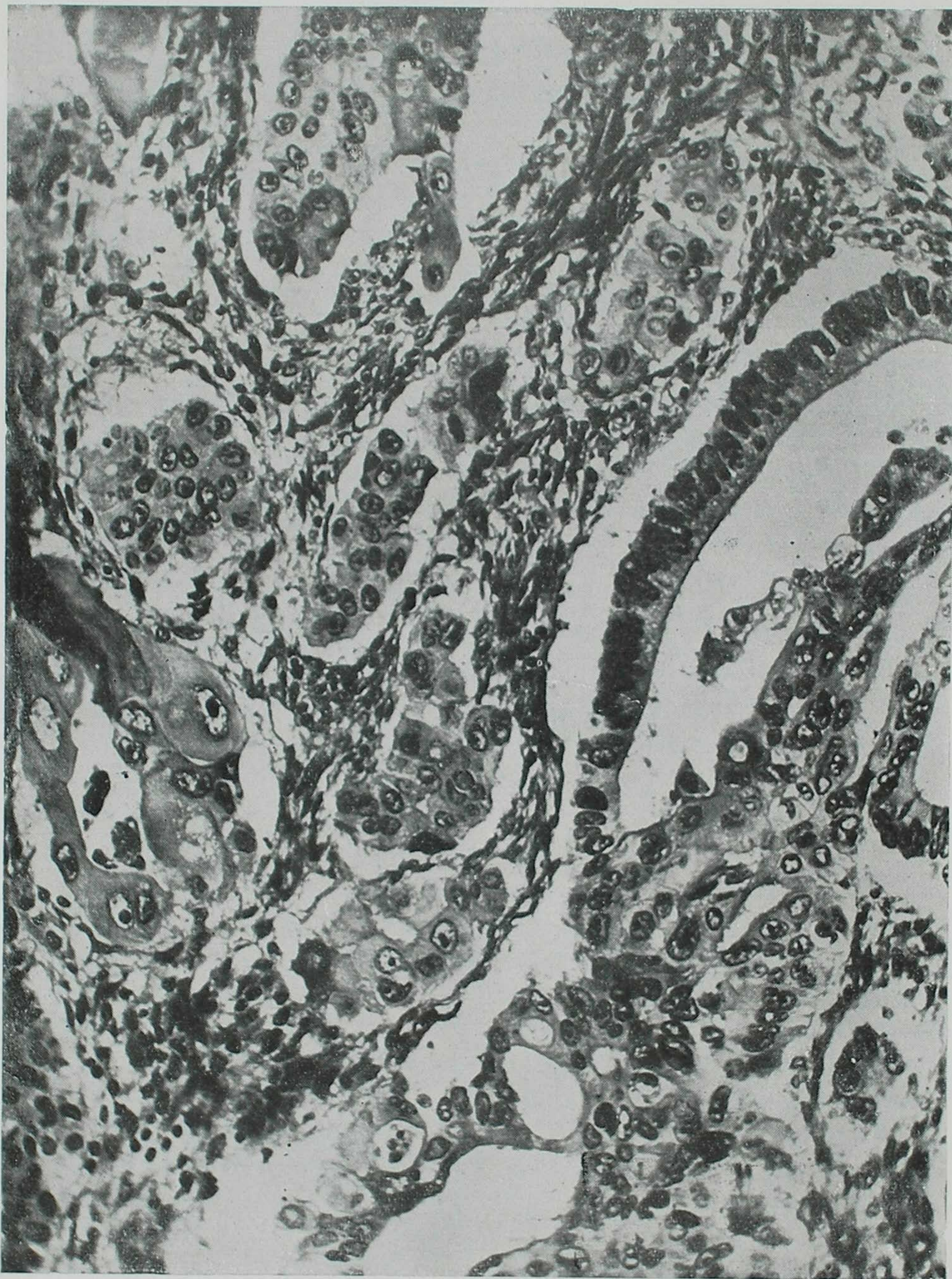


Fig. 5 — Corte de estômago, mostrando os diferentes tipos celulares que compõem o tumor.  
Hematoxilina-Eosina. 550 x