

# Em torno de um caso de cystodermoma do ovario

(Contribuição ao estudo anatomo-pathológico e histogenotico dos tridermomas em geral).

Trabalho do laboratorio de Histologia e Embryologia da Faculdade de Medicina de São Paulo, apresentado á Sociedade Arnaldo Vieira de Carvalho pelo academico José Oria.

## PRELIMINARES

**A**LITTERATURA conta relativamente poucos casos de teratoma em geral. A observação de tridermomas puros dos órgãos genitales é pois muito rara, o mesmo não se podendo dizer dos cystos dermoides ou teratoides que são mais frequentes.

Em São Paulo, poucos são os casos descriptos.

Assim é que nesses ultimos 10 annos os casos conhecidos são pelo que parece sómente os seguintes:

1.º Teratoma intra-craniano (forma rara) — caso do prof. Bovero, ainda não publicado.

2.º Cysto-dermoma do ovario, representando um esboço da arvore respiratoria e uma struma-celloide — caso do Dr. C. Lordy, quando assistente de Anat. Path. da nossa Faculdade — publicado em 1918.

3.º Teratoma do polo caudal, localizado na região glutea — caso do Dr. João Montenegro, do Lab. de Anat. Path. da Santa Casa — estudado em 1923.

4.º Teratoma do pharynge — caso do Dr. Juvenal Meyer, do Instituto de Anat. Path. da nossa Faculdade — publicado em 1926.

5.º Tridermoma do ovario, forma immatura, sólida, extirpação de uma menina de 14 annos com deficit sexual e psychico — caso recente e ainda em estudo — do mesmo Dr. Meyer.

O nosso caso, por sua vez, representa tambem um tridermoma do ovario, sendo porém de forma madura e cystica.

Clinicamente era um tumor do ovario, sendo a portadora uma adulta multipara para cujo exame physico, afóra a presença do tumor, nada revelou de anormal.

Intervenção cirurgica, levada a effeito em Março deste anno, no serviço da Maternidade, dirigido pelo Prof. Raul Briquet.

A peça foi enviada ao Lab. de Histologia e Embryologia; procedemos ao exame e estudo guiados pelo Prof. C. Lordy.

## CONSIDERAÇÕES GERAES SOBRE TRIDÉRMOMAS

*Definição — Divisão — Classificação* — As formações teratológicas pertencem á categoria dos chamados tumores mixtos propriamente ditos, por serem constituídos de elementos de varios folhetos embryonarios, de tal modo que, uma vez evoluídos, reproduzem o que se costuma chamar: *aspecto organismoide*.

Por seu lado os communs tumores mixtos encerram em si elementos derivados de um folheto ou de dois folhetos no maximo, proliferam sem modo systematico, sem tendencia alguma de reproduzir determinada parte do organismo. Tumores mixtos propriamente ditos seriam, pois, todos aquelles que embora monodermicos se differenciam em dois ou mais sentidos. Por exemplo: d'entre os mesenchymas: — o myxo-chondroma, o fibro-lipoma, o fibro-myoma, o myxo-fibro-chondroma, etc., ou então os myxo, — fibro, — chondro-sarcomas, desde que este (o sarcoma) se aseste junto ao tumor maduro cada qual evoluindo para seu lado.

Tambem são mixtos aquelles que, sendo de origem didermica, proliferam de dois germens que iniciaram sua differenciação (ectodermica e mesodermica) cada qual em sua direcção, embora combinados ou conjugados.

Exemplo: o cancro-sarcoma.

Visto isso, como chamar as formações teratologicas que são ao mesmo tempo tumores mixtos?

Poderemos chamal-as com Barbacci de *teratomas*, porque esta palavra no seu intimo significado etymologico demonstra que taes variedades neoplasticas offerecem ligação, dum lado com os tumores, e d'outro lado com as málfomções e monstruosidades.

Assim é que, dum lado, o teratoma pode se apresentar com seus tecidos adultos, coetaneos aos do portador do tumor, d'outro lado pode se apresentar com os mesmos não evoluídos, immaturos, portanto sem ter a mesma idade que os do portador.

Essa disposição fez com que se os dividisse em duas classes: 1.<sup>a</sup>) a dos teratomas simples ou parasiticos ou coetaneos ou adultos ou cysticos; 2.<sup>a</sup>) a dos teratomas blastomatosos, ou embryonarios ou solidos.

Os teratomas do ovario obedecem geralmente á 1.<sup>a</sup>

Obedecem á 2.<sup>a</sup> os teratomas do testiculo.

Todavia quer os da 1.<sup>a</sup> quer os da 2.<sup>a</sup> classe, todos estão sujeitos á mesma regra fundamental, que radicalmente os separa dos demais tumores mixtos; isto é, é teratoma todo tumor cujas partes componentes se dispõem de maneiras a integrar um rudimento do systema organico. Porém, essas partes componentes se dispõem sem proporcionalidade na sua organização, de modo a termos mesclado entre si, sem regra alguma, tecidos da mais variada natureza: pelle junto a segmentos do tubo digestivo ou do canal respiratorio, formações glandulares ao lado do tecido nervoso, etc. etc.

Como classificar os teratomas?

Wilms classificava-os pela sua raiz, em bidermomas e em tridermonas, isto é, segundo fossem compostos de elementos de dois ou de tres folhetos.

Quanto aos monodermomas de Wilms, estes devem ser localizados fóra dos teratomas, e agrupados entre os tumores simples. Porém ha teratomas que são pseudo-monodermomas: nos casos em que os teratomas venham a soffrer um desenvolvimento unilateral, e integrar formações que na maioria das vezes se confundem com tumores simples. No caso de Saxer havia num cystoma do ovario a representação de um unico folheto, isto é, o teratoma se reduzia á presença anormal dum simples dente. E' muito commum encontrar, unicamente uma struma colloide representando um cystoma do ovario (casos de Glocker, R. Meyer, etc).

Em todos esses casos estamos diante não de monodermomas, mas de bi ou tridermomas em que os representantes de restante ou restantes folhetos soffreram uma parada do desenvolvimento e consequente atrophia em estadios bem precoces.

Podem-se classificar os teratomas pela sua séde, isto é, elles apresentam caracteres differenciaes bem nitidos conforme o ponto em que se localizarem:

1.º) *Teratomas das glandulas germinaes* — localização predilecta, a qual se explicaria, como veremos mais adiante, por hypotheses as mais diversas. Desses teratomas, o do ovario é quasi sempre maduro, isto é, tem um aspecto morphologico cystico, emquanto que o do testiculo é quasi sempre immaturo, e tem um aspecto morphologico solido. O 1.º é clinicamente benigno e o segundo maligno, podendo dar metastese.

2.º) *Teratomas da extremidade caudal*, ou *sacro-coccygeos* — são em essencia proximos ás monstruosidades.

3.º) *Teratomas das grandes cavidades serosas* — que se localizam no revestimento celomatico, e tem uma affinidade genetica com os teratomas das glandulas sexuaes.

4.º) *Teratomas da extremidade cranial* — cervicaes, orbitarios, intra-cranianos e os epignatas. Os epignatas são representados pelos teratomas das cavidades nasal, buccal e pharyngéa.

A interpretação dos epignatas obedece ás mesmas regras dos teratomas sacraes. Quanto aos teratomas intra-cranianos seu mechanismo de origem é semelhante ao dos demais, todavia com algumas particularidades que mais adiante veremos. Os intra-cranianos são os teratomas mais raros. Em 1914 Jacob (de Buenos Ayres) contava cerca de dez somente com essa localização. Lugar de predilecção parece ser a região hypophysaria ou então a epiphysaria. No cerebro mesmo só existiriam poucas observações: uma de Eberth, na região parietal, uma de Talson e outra de Strassmann, nos ventriculos lateraes, uma de Saxer, no terceiro ventriculo e enfim, uma de Jacob, no aqueducto de Sylvio. Entre nós ha um caso de teratoma intra-craniano. (Caso supracit. do Prof. A. Bovero.)

*Pathogenia* — Qual a origem dos tumores de complexa constituição que acabamos de classificar, qual o mechanismo e quaes as condições de sua genese? Muito se tem discutido e muito se discute ainda.

São innumerables as theorias, as hypotheses, sendo que umas pretendem explicar a origem dos tumores mixtos em geral e outras a dos teratomas, e nesse segundo grupo theorias especiaes têm sido elaboradas nos casos de teratomas das glandulas germinales.

Foi Wilms quem expôz a primeira theoria geral dos tumores complexos, enuncianado que para ver um tumor de complexa constituição, é necessario que se destaque um germen embryonario num periodo bem *precoce* de desenvolvimento e que perca suas connexões normaes, afim de adquirir outras anormaes, e que uma vez desenvolvido, integrará uma parte extranha á parte em que se incluiu. Até aqui em nada differe da classica theoria de Cohnheim da génese dos tumores em geral, porém, Wilms enuncia outros pontos de vista fundamentaes que assim poderão ser resumidos:

1.º) Esse germen destacado e incluído, despertando e evoluindo ulteriormente, ha de se differenciar em tecidos diversos, mas com harmonia reciproca ao ponto de fornecerem um complexo organico.

2.º) Quanto mais cedo se der o destaque, mais complexo será o tumor, isto é, maior será a potencialidade do germen para se differenciar em varios tecidos. Por exemplo: se esse destaque se dê nos periodos primarios de vida embryonario antes de se formarem os tres folhetos de blastodorma, nós teremos por força, uma vez o tumor desenvolvido, todos os tecidos que entram na constituição do corpo, um verdadeiro *embryoma*.

3.º) Caso contrario, quanto mais tarde se dê o destaque, tanto menor será o campo de differenciação do germen e tanto mais simples o tumor.

4.º) Um ultimo ponto de vista se acrescentaria aos de Wilms e que é dado por outros autores, isto é, a possibilidade de se processar o destaque e a inclusão de mais de um germen, como no caso dos teratomas dos pólos frontal e caudal. Nesse caso não é necessario que se dê a inclusão em phases muito primarias.

A theoria de Wilms tem grande valor para explicar a origem das fôrmas menos complexas isto é, daquelles que derivariam dum periodo adiantado de desenvolvimento, quando se tenham dispostos em grupos individualisados os elementos dos tres folhetos.

Sabemos pelas pesquisas de Ruffini, que mesmo na phase da blastula já temos a topographia dos tres folhetos, muito antes do apparecimento do endoderma pelo phenomeno da gastrulação, e muito antes ainda de se ter formado o folheto intermediario. Logo, nós deduzimos que o periodo de destaque do germen pode ser menos tardio de quanto affirmam os auctores, e pode se rocessar em phases que apparentemente não possuem, mas que na realidade possuem posição topographica insophismavel.

Para explicar a origem dos teratomas dentro de um periodo mais precoce foi invocada uma segunda theoria, a theoria blastomerica de Marchand-Bonnet. Assim é que, sendo o blastomero elemento da primeira phase (phase da segmentação) elle possui um poder germinativo identico ao da cellula ovo, um valor ovipotente. Uma vez esse blastomero isolado e tornado independente, elle seria apto a fôrner um ulterior desenvolvimento teratologico, em systema organico desproporcional.

A theoria de Marchand-Bonnet tem a vantagem de poder explicar o facto da frequencia dos teratomas nas glandulas genitales. Senão vejamos:

A cellula ovo fecundada desde logo adquire um grande plano de especificidade, isto é, ella contem, no seu interior dum lado o plasma somatico (somatoplasma): — A —) e doutro lado, o plasma germinativo (germiplasma: — B —). (Weissmann). Quer dizer que desde que ella venha a soffrer a segmentação, uma das espheras será: esphera somatica — A<sup>1</sup> — e outra, a esphera germinativa — B<sup>1</sup> —. De A<sup>1</sup> nascerão A<sup>2</sup> e A<sup>2</sup> ou seja, o tronco principal de todas as cellulas somaticas. De B<sup>1</sup> nascerão X e Y X é o tronco principal do endoderma, do mesoderma (com alguns elementos para o stomodeo) e Y será o ponto de partida de uma linha blastomerica que depois de quatro gerações, dará G<sup>1</sup> e G<sup>2</sup>, ou seja as *iniciaes* genitales, as quaes permanecerão em repouso até aos primeiros estadios do desenvolvimento post-embryonario. Tudo isso explicava baseados na theoria de Weissmann e nas experimentações de Zoja, Boveri, Zur Strassenn nos ovos do *ascaris-megalocéphala*.

Posto isto admittamos uma desordem na physiologia embryonaria dessa phase, admittamos que um ou mais blastomeros da linha somatica se destaquem do seu conjuncto e se incluam no conjuncto dos blastomeros germinales, teremos que, num dado instante prematuro da vida embryonaria um elemento somatico permanecendo aberrante dentro de elementos germinales, terá ulteriormente toda a capacidade de se differenciar nas direcções de sua potencialidade dentro de uma glandula genital.

Qual o mechanismo desse destaque, dessa aberração e dessa inclusão? Nada de positivo se affirma nem ninguem se propoz ainda a essa demonstração dum modo completo. Todavia quem acompanha o progresso dos estudos actuaes da embryologia, principalmente naquillo que se refere á physiogenia, poderá de certo modo incluir e fazer transparecer tão complexo mechanismo.

O grande Ruffini, cujo recente tratado "Fisiogenia" veio marcar uma etapa physiologica da embryologia, estabeleceu de suas pesquisas que existem tres grandes meios pelos quaes se cumpre a funcção de segmentação: 1.º) multiplicação cellular; 2.º) cytotropismo e stichotropismo. 3.º) secreção.

Assim, "os jovens blastomeros multiplicam-se e movem-se para attingir o lugar que lhes está determinado, e depois continuam a multiplicar-se in situ para augmentar o numero das cellulas e cada territorio". (Ruffini).

Existem, portanto, tres funcções cellulares na segmentação que na gastrula se accentuam e se tornam as mais delicadas possiveis; uma perturbação de uma ou mais dessas funcções terá respósta no desenvolvimento ulterior.

Supponhamos que antes da introflexão gastrular o phenomeno do movimento em fila das cellulas (stichotropismo) não se processe de modo algum num grupo dado de blastomeros ou então se processe exageradamente, o que resulta? Resulta quer uma inclusão por parada, quer uma exclusão por acceleração desses germens.

Outras theorias para a origem dos teratomas:

1.º) O teratoma proveria da cellula germinal primitiva com desenvolvimento autonomo e independente. Foram imaginados innumeros mechanismos para explicar esse processo de parthenogenese e de fecundação anormal: fecundação das cellulas polares, dupla fecundação do ovo por dois espermatozoides ou por um de duas cabeças, fecundação monospermica do ovo com dois nucleos, etc.

Para o caso de fecundação anormal polyspermica, ha objecção de Ruffini que diz: "um estimulo excessivo se torna cada vez mais inadequado e acaba por fazer cahir o ovoplasma num estado de rigidez e de paralyasia que provoca a morte" (factos experimentaes de Ruffini). Si se der o caso do ovo se segmentar apesar do estimulo em excesso, o desenvolvimento dar-se-á anarchicamente, e teremos, como diz Ruffini, "germens mortos em segmentação ou germens doentes votados á morte.

2.º) Theoria da duplicação do substrato embryonario de Ahlfeld-Bartols: dois germens se unem e se compenetraram intimamente, dos quaes um só é capaz de amadurecer e de se differenciar até produzir um ser perfeito, emquanto que outro soffre uma parada maior ou menor na evolução, de modo que uma vez terminada a differenciação do primeiro, o segundo permanecerá incluído como parasita no organismo daquelle. Já em 1832, Saint-Hilaire designava os teratomas como resultado da concrecencia de dois embryões distinctos.

(Theoria diplogenetica). Essa theoria valeria mais para explicar a genese das monstruosidades e dos teratomas caudales e craniales.

3.º Para os teratomas das glandulas genitales, além de se pensar em phenomenos de parthenogenese e de fecundação anormal, os quaes não explicariam os teratomas extra-genitales e teriam em conta o facto de não se verificar taes phenomenos nos vertebrados, poder-se-hia pensar num facto particular que se refere á migração das glandulas genitales nas suas primeiras phases. Com effeito, o primitivo esboço originario do epithelio celomatico, no seu deslocamento, aprisionaria e arrastaria consigo cellulas ou grupos de cellulas embryonarias dos typos os mais diversos (Cagnetto).

4.º) Para os teratomas intra-cranianos, para aquelles que se localizam na cavidade ependymaria não poderemos falar do processo de metaplasia cellular que referiam os antigos para explicar a maioria dos teratomas. De modo nenhum o ependyma com seu epithelio e com a substancia peripendymaria, daria tecidos diferenciados, como glandulas, cartilagens, musculos, etc. A unica explicação cabal nos é dada por Jacob, que diz, que ao se formarem as vesiculas cerebraes do embrião e num periodo em que ellas ainda não estejam fechadas, pode-se introduzir nellas, sob fórma heterotópica, tecido embryonario: ectodermico e branchial (primeira e segunda branchias); e que depois da occlusão da vesicula permanece incluído no interior de sua cavidade. Outras vezes permanece incluído material que seria destinado á formação do aparelho da visão. (Caso de Saxer, localização: terceiro ventriculo). As cavidades ventriculares são relativamente amplas nessa phase embryonaria de modo que poderão albergar o material germinativo para o desenvolvimento ulterior da formação teratomatosa.

Das theorias todas acima ennumeradas na maioria dellas ha cunhos de verdade que servem para casos particulares, mas por emquanto não se pode apresentar uma ethiologia geral dos teratomas.

## CONCLUSÕES

1.º) Os teratomas são tumores mixtos complexos de constituição, em que entram na sua disposição dois folhetos ou tres (bidermoma e tridermoma).

2.º) Reproduzem rudimentos dum systema organico ou de parte maior ou menor do corpo.

3.º) Podem ser maduros (cysticos) ou immaturos (solidos).

4.º) Sua génese explicar-se-hia pela inclusão heterotopica dum germen embryonario. Essa inclusão dar-se-hia em periodos precoces e teria por mechanismo a perturbação das funcções de segmentação: crescimento e multiplicação cellular, diferenciação, cytotropismo, stichotropismo, secrecção.

5.º) As outras theorias explicariam os casos particulares.

## OBSERVAÇÃO

*Exame macroscópico* — Tratava-se e uma formação tumoral com forma grosseiramente esferica, com mais ou menos o tamanho de uma cabeça de creança (15 X 15 cms.), e apresentando aqui e acolá diversos relevos globosos depressiveis. Achava-se revestida por uma capsula cinzento-escura, espessa e lisa, sendo falha em alguns pontos, denotando ter sido lacerada por adherencias. Pela palpação dos relevos globosos percebia-se a fluctuação propria de cavidades cysticas, e nos pontos intermedios notava-se a consistencia carnosa que em certos logares era maior (cartilaginosa, talvez ossea).

Abertos os relevos correspondentes ás cavidades, de algumas se escoava um liquido vermelho-turvo com o asecto de esudacto hemorragico, e de outras um liquido da mesma côr, porém com maior viscosidade (por assim dizer mucosa, colloide). Não percebemos o aspecto proprio dos liquidos de consistencia sebacea. Dos liquidos escoados desprendia-se leve mau cheiro. Quanto ás cavidades esvasiadas estas correspondiam-se a cystos dos mais variados tamanhos e eram revestidas de paredes cinzento-avermelhadas algumas lisas e outras rugosas, denotando nestas ter havido descamação. No interior dos cystos não se notava presença de formações anormaes: pellos, dentes, ossos, etc.

Ao corte macroscópico, o tumor achava-se centralizado no estroma do orgão e revestido pela capsula do mesmo. Notavam-se as cavidades cysticas separadas por trabéculas carnosas cinzento-escuras. N'alguns pontos zonas vermelhas de angiectasias ou de hemorragia e zonas amarelladas provavelmente de necrose. Os pontos de consistencia maior offereciam certa resistencia ao corte.

Não pudemos guardar a peça devido estar já alterado seu estado de conservação quando veiu ter ás nossas mãos.

Ao que parece o grão de lyse que ella apresentava poderá ser muito bem explicado por um phenomeno que se processasse *in vivo*, dado a grande facilidade com que se dão perturbações vasculares nesses tumores.

*Exame microscópico* — Para exame histologico foi retirado material de diversos pontos, principalmente dos limitrophes das cavidades cysticas.

Fixação: Formalina Coloração: Para estudo genérico, coloração commum pela hematoxylina e eosina. Para o estudo de fibras elasticas, coloração especifica pela Orceina simples ou pela Orceina combinada á hematoxylina ou ao alcool picrico.

*Exame* — O que primeiro chama a attenção é a presença de grandes cavidades cysticas cujas paredes de revestimento apresentam estructura differente quer se trate de uma quer de outras, de tal modo que podemos classificar estas formações como segue: 1.º) Cystos revestidos por um epithelio prismatico estratificado com a presença



de cílios onde aquelle se ache melhor conservado. São cellulas granuladas, algumas apresentam vacuolos e outras apresentam-se degeneradas. Logo abaixo nota-se um abundante tecido mesenchymal, contendo os seguintes elementos: pequenos grupos de acinos glandulares mucosos: nucleos de cartilagem hyalina, alguns dispondo-se em segmento de anel; grande riqueza de fibras elasticas dispostas circularmente em torno aos cystos, como tambem em torno aos nucleos cartilaginoso-hyalinos, o que "demonstra a progressão deste typo de cartilagem ao de cartilagem elastica" (Policard). Em alguns pontos as cavidades cysticas são separadas entre si por um delgado septo constituido apenas por uma continua lamina elastica, o que demonstra que uma cavidade cystica cresce graças a seu aparelho elastico e é função delle: notam-se ainda grande quantidade de fibras musculares lisas que em determinados pontos se agrupam em espessos feixes; e nota-se emfim, abundante infiltração lymphocytaria diffusa que em alguns pontos dispõe-se em folliculos isolados.

2.º) Cystos com epithelio prismatico, n'alguns pontos simples, n'outros estratificado (2 camadas). As cellulas não têm cílios, e sua estructura recorda a cellula caliciforme muccipara. Na luz do cysto cellulas descamadas e a presença duma substancia basophila, provavelmente muccina.

As camadas sub-epitheliaes offerecem aqui tambem os multiformes aspectos supra-citados: nucleos cartilagosos, fibras elasticas, infiltração lymphocytaria, fibras musculares lisas, etc.

3.º) Cystos com epithelio de revestimento descamado e com as camadas subjacentes variando nas linhas dos demais.

4.º) Cystos menores ou tubulos com epithelio prismatico simples destacado ou não da membrana basal, com a caracteristica disposição pregueada, em estrella dos bronchios terminaes.

5.º) Cystos e fragmentos de parede cystica cujo epithelio é ao contrario, pavimentoso pluriestratificado, offerecendo as camadas basal e malpighiana faltando granulosa e a cornea. As cellulas da camada mucosa demonstram, ao grande augmento, pontes inter-cellulares. Ha abundante descamação. Não ha formação de elos ou de folliculos pillosos ou de glandulas sebaceas typicas.

6.º) Cystos epidermoides de varios tamanhos, tendo sua luz inteiramente occupada por cellulas pavimentosas polyedricas claras, a maioria em degeneração, apparentando a estructura das cellulas claras das glandulas sebaceas.

7.º) Cystos revestidos por epithelios de cellulas cubicas, em cuja luz se nota uma substancia amorpha homogeneamente corada pela eosina, assemelhando-se á substancia colloide thyroideana.

Além dessas variedades de formações cysticas outros elementos esparsos pudémos obter, assim como:

1.º) Nucleos de cartilagem isolados, com formas de passagem entre nodulos mesenchymaes e cartilagosos, isto é, precartilagem.

2.º) Acinos glandulares serosos, nitidamente agrupados em lobulos, demonstrando a estrutura de glandula serosa typo salivar (parotida).

3.º) Zonas de necrose vasos, a maioria telangiectasicos, e zonas hemorragicas.

4.º) Restos de stroma ovariano, não havendo signal de elementos que recordem a estrutura intima do ovario: ovocytos, thécas, etc. A não ser o epithelio cubico germinativo que reveste a capsula.

5.º) Trabeculas osseas, vendo-se em algumas nitidos osteoblastos. Em dados pontos notam-se zonas de passagem entre cartillagem e osso. Aquella se apresenta nesses pontos turgescete, com hypertrophia das capsulas, e fortemente basophila, e dá continuação á lamellas osseas. Trata-se pois de um processo discreto de ossificação.

### CONCLUSÕES

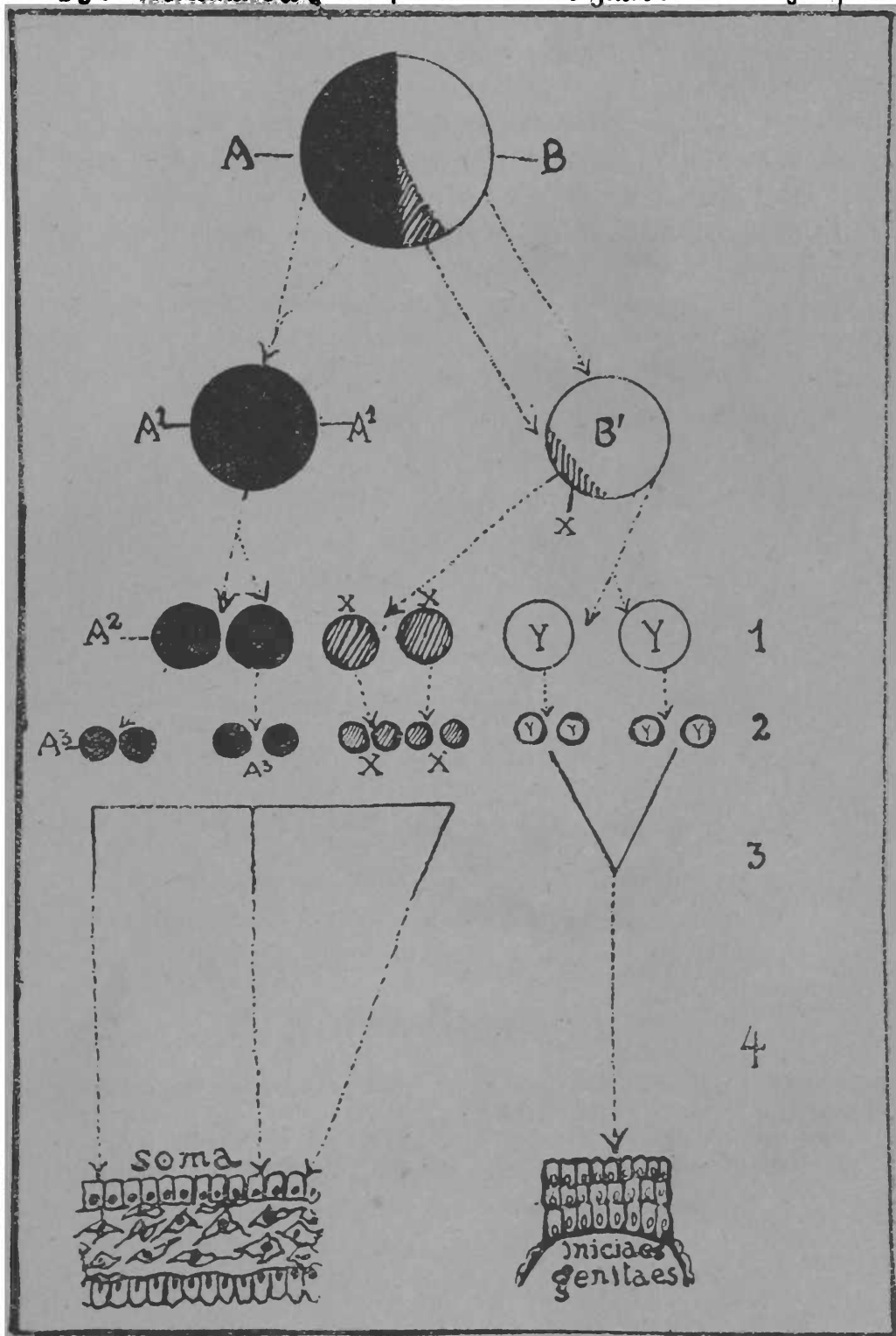
De nosso exame deduz-se o seguinte:

- 1) Trata-se de um tumor polycystico do ovario.
- 2) Essa formação traz em si os derivados tissulares dos tres folhetos, dispondo-se em organização systematica sem, porém, proporcionalidade.
- 3) E', portanto, um tridermoma cystico, isto é, amadurecido — ou então um cysto-dermona.
- 4) A organização systematica nada mais é do que a reproducção cystica da arvore tracheo-bronchial, pela presença fundamental dos taes elementos: epithelio pluriestratificado ciliado, simples muciparo, cartilagem hyalina, glandulas serosas e mucosas, aparelho myo-fibro-elastico, elementos lymphoides, etc. etc.
- 5) A organização attinge o ectoderma: epithelio pavimento pluriestratificado, cystos epidermoides.
- 6) Parece fóra de duvida haver contribuição de germens thyroideos e de germens salivares.
- 7) Notam-se as trabéculas osseas, discreta ossificação, nodulos de precartillagem, etc.

### BIBLIOGRAPHIA

- 1) ASCHOFF — Tratt. di Anat. Path. (trad.; it em 2 vol.)  
1.º vol., pag. 784-796.  
2.º " " 613-615.
- 2) BARBACCI (O) — I tumori (2.ª ed. 1915). Pag. 481-531.
- 3) CAGNETTO (G.) — Apparato genitale maschile. (Coll. Foá) 1923 pag. 50-52.

Fig. 1- Eschema da formação das "iniciais genitais" no *A. Megalocéphalo*



- 4) KAUFFMANN — Tratt. di Anat. Pat. Speciale. (Trad. it., 1913 2.º vol., pag. 1029-1033).
- 5) JACOB (Chr.) — Sobre tumores teratogénicos del cerebro (a proposito de um teratoma del conducto de Sylvio) (Libro en honor de D. S. R. Cajal) — (Madrid, 1922) tomo 2.º pag. 415-431).
- 6) LORDY (C) — Contribuição ao estudo sobre a génese dos kystomas simples do ovario. Rev. de Med. de São Paulo — Junho e Julho de 1918.
- 7) LUNGHETTI (B.) — Tumori in generale (Coll. Foá) 1923 — pag. 133-138).
- 8) RIBBERT — Trat. de Anat. Pat. Generale (Trad. It.) — pag. 644-652.
- 9) POLICARD — Précis d'Hist. Physiologique (1922), pag. 672-683.
- 10) RUFFINI — Fisiogenia (1925) pag. 227-294.

S O C I E D A D E A N O N Y M A  
C A S A P A S T E U R

IMPORTAÇÃO DE MATERIAES DE:  
OPTICA-CIRURGIA  
PHOTOGRAPHIA

PHYSICA, CHIMICA, HISTORIA  
NATURAL, BACTERIOLOGIA,  
MEDICINA, HYGIENE, VIDROS,  
REAGENTES, CORANTES, ETC.

INSTALLAÇÕES DE GABINETES  
MEDICOS, APPARELHOS E  
MATERIAES PARA LABO-  
RATORIOS E HOSPITAES.

ENDEREÇO TELEGRAPHICO:  
"MICROSCOPIO"

RUA SÃO BENTO N.º 32

PHONE CENTRAL, 3205

SÃO PAULO

CAIXA POSTAL, 2927

Cavidade kística com epith. de revestimento prismático ciliado

Núcleo cartilaginoso

Vasos sanguíneos

Parede kística com tecidos mesenquimatosos e muscular liso

Kisto com epith. de revestimento descamado

Acinos glandulares

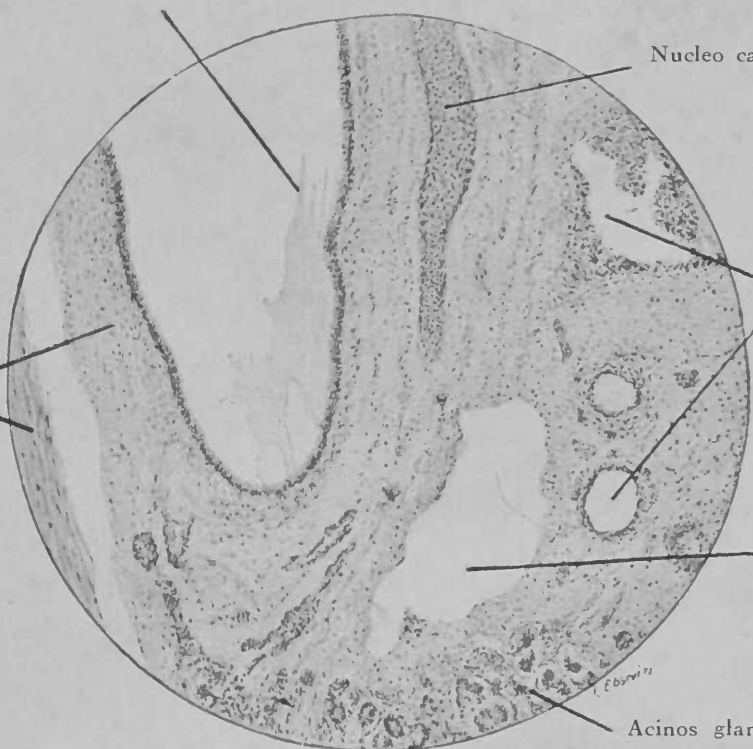
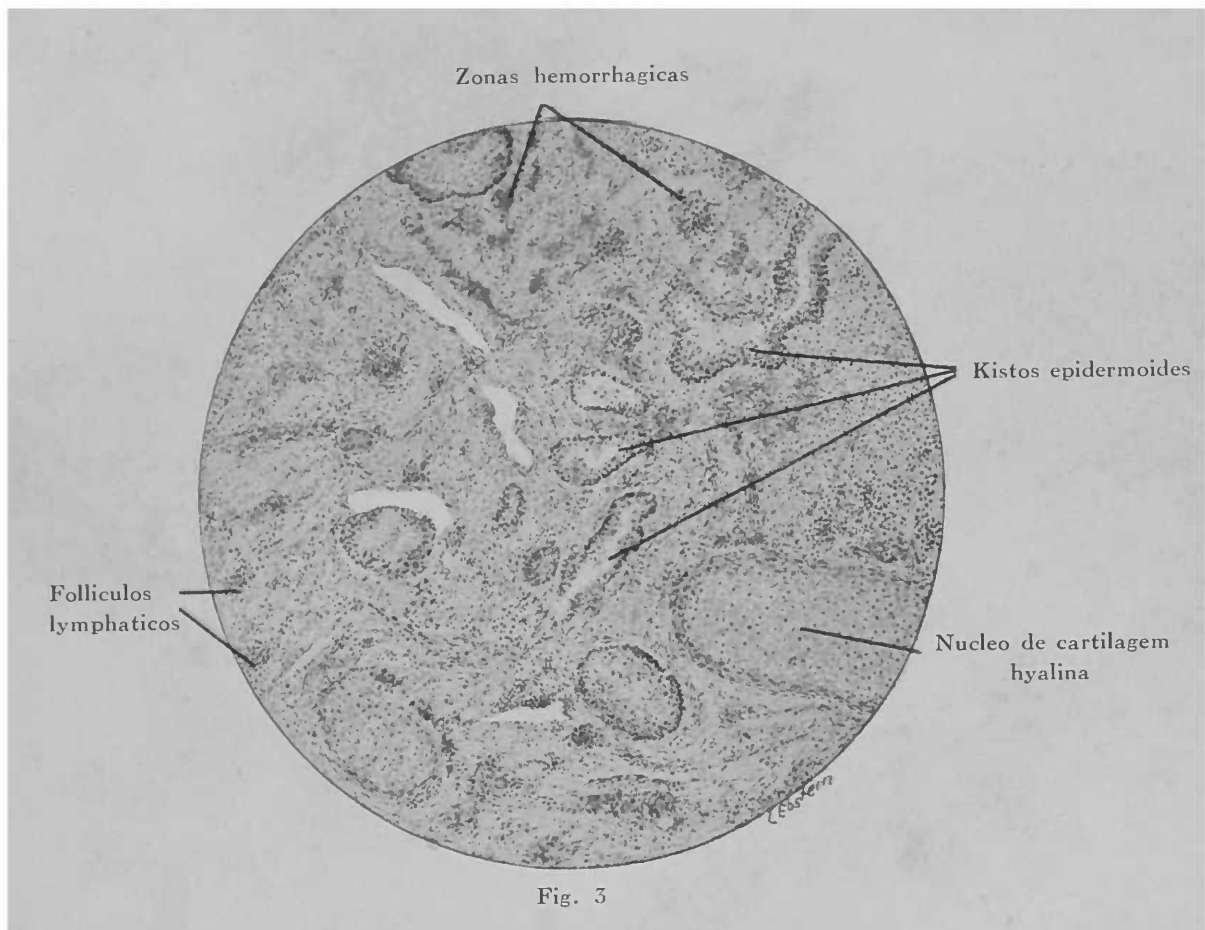


Fig. 2

KYSTODERMOMA DO OVARIO





**KYSTODERMOMA DO OVARIO**

