

PONTO DE DISSERTAÇÃO.

DO DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL DOS TUMORES DO TESTICULO.

PONTOS DE PROPOSIÇÕES.

Secção accessoria. — Das Quinas.

Secção cirurgica. — Do emprego dos anesthesicos durante o trabalho do parto.

Secção medica. — Hemorrhagia cerebral.

THESE

apresentada á

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

em 11 de Setembro de 1877

para ser sustentada por

JOSÉ EUGENIO DE MIRANDA FERREIRA,

Natural de Minas-Geraes

(JURE DE FORA.)

afim de obter o gráo de Doutor em Medicina.



RIO DE JANEIRO

TYP. DE G. LEUZINGER & FILHOS, RUA DO OUVIDOR, 31

1877.

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO.

DIRECTOR

Conselheiro Dr. VISCONDE DE SANTA IZABEL.

VICE-DIRECTOR

Conselheiro Dr. BARÃO DE THERESOPOLIS.

SECRETARIO

Dr. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES.

LENTES CATHEDRATICOS

Drs. PRIMEIRO ANNO

F. J. do Couto e Mello Castro Mascarenhas..... (1.ª cadeira)	} Physica em geral e particularmente em suas applicações á medicina.
Conselheiro, Manoel Maria de Moraes e Valle (2.ª cadeira)	
Luiz Pientzenauer..... (3.ª cadeira)	Anatomia descriptiva.

SEGUNDO ANNO

Joaquim Monteiro Caminhoá..... (1.ª cadeira)	Botanica e zoologia.
Domingos José Freire Junior..... (2.ª cadeira)	Chimica organica.
José Joaquim da Silva..... (3.ª cadeira)	Physiologia.
Luiz Pientzenauer..... (4.ª cadeira)	Anatomia descriptiva.

TERCEIRO ANNO

José Joaquim da Silva..... (1.ª cadeira)	Physiologia.
Conselheiro, Barão de Macció..... (2.ª cadeira)	Anatomia geral e pathologica.
Francisco de Menezes Dias da Cruz..... (3.ª cadeira)	Pathologia geral.
Vicente C. Figueira de Saboia..... (4.ª cadeira)	Clinica externa.

QUARTO ANNO

Antonio Ferreira Franca..... (1.ª cadeira)	Pathologia externa.
João Damasceno Pequilha da Silva..... (2.ª cadeira)	Pathologia interna.
Luiz da Cunha Feijó Junior..... (3.ª cadeira)	} Partos, molestias de mulheres pejudas e paridas e das crianças recém-nascidas.
Vicente C. Figueira de Saboia..... (4.ª cadeira)	

QUINTO ANNO

João Damasceno Pequilha da Silva..... (1.ª cadeira)	Pathologia interna.
Francisca P. de Andrade Pertence..... (2.ª cadeira)	} Anatomia topographica, medicina operatoria eapparehos.
Albino Rodrigues de Alvarenga..... (3.ª cadeira)	
João Vicente Torres Homem..... (4.ª cadeira)	Clinica interna.

SEXTO ANNO

Antonio Corrêa de Souza Costa..... (1.ª cadeira)	Higiene e historia da medicina.
Agostinho José de Souza Lima..... (2.ª cadeira)	Medicina legal.
Ezequiel Corrêa dos Santos..... (3.ª cadeira)	Pharmacia.
João Vicente Torres Homem..... (4.ª cadeira)	Clinica interna.

LENTES SUBSTITUTOS

Benjamin Franklin Ramiz Galvão.....	} Secção de sciencias accessorias.
João Joaquim Pizarro.....	
João Martins Teixeira.....	
Augusto Ferreira dos Santos.....	
Claudio Velho da Motta Maia.....	} Secção de sciencias cirurgicas.
José Pereira Guimarães.....	
Pedro Affonso de Carvalho Franco.....	
Antonio Caetano de Almeida.....	
João José da Silva.....	} Secção de sciencias medicas.
João Baptista Kossuth Vinelli.....	

N. B. — A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nas theses que lhe são apresentadas.

DISSERTAÇÃO

INTRODUÇÃO.

La science du diagnostic tient le premier rang entre toutes les parties de l'art, et en est la plus utile et la plus difficile. Le discernement du caractère propre de chaque maladie et de ses différentes espèces est la source des indications curatives. Sans un diagnostic exact et précis, la théorie est toujours en défaut, et la pratique souvent infidèle.

Louis.

Com a escolha do ponto—*diagnostico differencial dos tumores do testiculo*—para objecto de nossa *these inaugural*, tivemos em vista, cumprindo um dever imposto por lei, estudar uma das questões mais cheias de difficuldades na pratica e em que os erros de diagnostico, tão communs, são seguidos muitas vezes das mais funestas consequencias, segundo o modo de intervenção. A castração é uma operação muito séria, não só porque supprime uma das mais importantes funcções, como tambem porque a suppressão do testiculo repercute muitas vezes sobre o moral do individuo, produzindo desordens consideraveis.

O diagnostico differencial dos tumores do testiculo é quasi sempre uma questão muito delicada, que exige da parte do cirurgião, não só muita illustração e bom senso, como ainda muita attenção. O pratico deve informar-se com cuidado sobre os commemorativos, sobre a marcha e os progressos da affecção, sobre os accidentes e complicações, e fazer um exame minucioso do tumor, procurando conhecer as differentes partes que entrão em sua composição, sua séde, e comprehender emfim o aparelho espermatico tão simples no estado physiologico e complicadissimo no estado

pathologico. Mesmo assim devemos confessar que, si é sempre possivel o diagnostico differencial da orchite, hydrocele, hematocele, etc., não succede o mesmo quando se trata do enchondroma, sarcoma, cancer etc., onde ás vezes o diagnostico é impossivel antes do exame microscopico.

Era conveniente apresentarmos a anatomia e physiologia do testiculo, para que melhor se comprehendessem os phenomenos pathologicos; porém, considerando o leitor como bastante instruido nesta parte e entendendo por isso que nenhum merecimento ganhava o nosso trabalho, resolvemos omitti-la. Previnimos sómente que, consideramos o testiculo como constituido por tres partes: testiculo propriamente dito ou glandula, epididymo e canal deferente.

Dividiremos o nosso trabalho em duas partes: Na primeira apresentaremos uma descripção geral de todos os tumores testiculares, tratando de sua etiologia, anatomia pathologica, symptomas, marcha, duração, terminação e prognostico. Attendendo que o hydrocele e o hematocele facilmente se confundem com os tumores do testiculo faremos tambem a sua descripção:

Na segunda faremos um cotejo entre os caracteres differenciaes dos diversos tumores, figurando as causas de erro mais communs. Desejando ser claro neste ponto sacrificaremos a belleza e a fórma da nossa linguagem, já bem rude, fazendo repetições, que talvez tornem-se fastidiosas.

Terminando prevenimos ao leitor que tomamos a palavra tumor na sua accepção clinica, isto é, como synonymo de elevação ou de augmento de volume.

Reconhecendo a imperfeição de nosso trabalho sere-mos felizes si merecermos a benevolencia de nossos sabios mestres.



PRIMEIRA PARTE.

Descripção dos tumores do testiculo.

ORCHITES.

Sob o nome de orchites designa-se as inflammações do testiculo.

Segundo a sua marcha as orchites se dividem em agudas e chronicas.

Sob o ponto de vista etiologico em 3 classes:

- 1ª. Orchites uretraes.
- 2ª. Orchites traumaticas.
- 3ª. Orchites devidas a causas geraes, não constitucionaes.

ORCHITES URETRAES

Comquanto as orchites uretraes apresentem entre si muitos caracteres identicos e se produzão pelo mesmo mecanismo, a sua marcha e terminação apresentam diferenças sensiveis; e pois as subdividiremos em duas especies: orchite blenorrhagica e orchite não blenorrhagica.

ORCHITE BLENORRHAGICA.

A orchite blenorrhagica é uma das inflammações testiculares mais frequentes.

Na maioria dos casos a inflammação se limita ao epididymo e por essa razão muitos autores a descrevem sob

o nome de epididymite blenorrhagica. E' sem duvida alguma a complicação mais frequente da blenorrhagia; segundo Fournier se manifesta uma vez sobre 8 ou 9 blenorrhagias e sobrevem de preferencia entre a 3^a. e 5^a. semana. Ha casos em que a orchite se manifesta no começo da affecção uretral e isso da-se quando a região prostatica da urethra é compromettida *ab initio*. Tem-se visto a affecção testicular sobrevir 8 a 15 dias depois do desaparecimento da blenorrhagia, o que se explica pela persistencia da irritação em um ponto da região prostatica da uretra.

A inflammação tem sua séde geralmente no epididymo e raramente se estende a glandula. Ordinariamente é unilaterial, em alguns casos é dupla. Quando isto acontece os dous epididymos não são affectados conjunctamente; o segundo é acommettido depois do começo de revolução do primeiro.

ETIOLOGIA.—A causa essencial e material da orchite é a blenorrhagia. Essa causa só por si póde dar lugar ao desenvolvimento da affecção; as mais das vezes porém outras causas se ajuntão a essa.

Ellas são de duas ordens, predisponentes e occasionaes.

Predisponentes.—Ha individuos que, em virtude de uma predisposição que lhe é propria e que depende de sua constituição, são affectados de orchite a despeito de todas as cautelas, enquanto que outros se entregando a excessos e não se sujeitando a regimen algum, se mostrão refractarios á determinação testicular.

A constituição lymphatica e escrophulosa, a adolescencia, certas epochas do anno, as mudanças rapidas de temperatura são causas predisponentes da affecção.

Tem-se accusado o tratamento pelas cubebas e copahyba. Esta opinião não tem fundamento, porquanto temos

visto o nosso illustrado mestre, o Sr. Dr. Saboia, empregar com grandes vantagens esses medicamentos no tratamento da orchite blenorragica.

Causas occasionaes.—Estas comprehendem as marchas forçadas, a dansa, a equitação, os trabalhos corporaes de toda ordem, o exforço empregado para levantar um fardo, o uso da copula, de alimentos e bebidas muito excitantes, a masturbação, as injeções irritantes, a retenção prolongada das urinas na bexiga etc. Segundo Velpeau a retenção do liquido espermatico póde determinar a orchite nos individuos cuja secreção seminal é muito activa.

PATHOGENIA.—Eis um ponto da historia da orchite blenorragica que tem servido de thema a interminaveis discussões em que têm tomado parte os maiores vultos da cirurgia.

Tres forão as theorias imaginadas: a da *sympathia*, a da *metastase* e a da extensão *inflammatoria*.

A theoria da *sympathia* é uma hypothese que não póde ser demonstrada.

A theoria da *metastase* tem por principaes defensores Castelleau e Vidal de Cassis. Ella é inadmissivel e nenhum valor têm os argumentos apresentados a seu favor; por quanto si em alguns casos a blenorragia diminue ou desaparece com o apparecimento da orchite, em outros não menos numerosos a affecção urethral prosegue em sua marcha regular até a sua terminação. A diminuição ou cessação do corrimento explica-se por uma coincidencia, porquanto não é raro uma blenorragia diminuir ou desaparecer subitamente sem o apparecimento de phenomenos metastaticos.

A theoria da extensão *inflammatoria* tem por principaes defensores Velpeau e Ricord, e é hoje admittida pela maioria dos auctores. A orchite se produz pela propagação da in-

inflamação estendendo-se successivamente ao canal ejaculador, á vesícula seminal, ao canal deferente e depois ao epididymo; em alguns casos a inflamação attinge a glandula.

A favôr d'esta theoria temos: 1º. a época em que apparece a orchite, que é precisamente quando a inflamação attinge as partes profundas da urethra; 2º. a observação de certos casos em que a molestia affecta a principio o canal deferente, sentindo o individuo dôres no perineo ou no cólo da bexiga, na fossa iliaca, no canal inguinal e depois no epididymo. Entretanto ha casos e não raros em que o individuo nada accusa no canal deferente, que é completamente normal e insensivel. Nestes casos diz Velpeau houve propagação da inflamação, mas esta limitou-se á membrana mucosa do canal deferente e foi pouco intensa, de modo a não trazer tumefacção e dôr. Esta explicação não passa de uma hypothese, não ainda demonstrada; e pois, si é verdade que em muitos casos a theoria da propagação nos explica o desenvolvimento de uma orchite, não é menos verdade que em outros somos forçados a appellar para outro mecanismo.

A blenorragia exerce indubitavelmente uma acção geral sobre todo o organismo, donde o desenvolvimento das arthropathias, das fluxões das baínhas tendinosas e bolsas mucosas, das opthalmias rheumaticas, etc., que não póde ser explicado, nem pela metastase, nem pela propagação inflammatoria. E si é verdade que estas manifestações em órgãos tão diversos pódem sobrevir, porque não admittiremos uma orchite manifestando-se sob a mesma influencia?

ANATOMIA PATHOLOGICA.—As lesões anatomo-pathologicas da orchite blenorragica têm sido estudadas nestes ultimos annos.

As mais importantes e frequentes são as que se assestão no epididymo. Este órgão é avolumado, rubro, os seus capillares injectados; depositos plasticos se fazem na cavidade dos canaliculos e no tecido cellular que os rodeia; estes depositos plasticos no fim de algum tempo tomão o aspecto de uma massa amarella, que torna as circumvoluções muito adherentes, de modo a não poderem ser separadas. Estas lesões podem ser observadas em todo o epididymo, porém é sobretudo em sua cauda que ellas se tornão mais pronunciadas. Segundo Marcé, Robin e Gosselin a materia amarella que assignalamos acima é constituida por leucocytos, granulações graxas, globulos granuloses da inflammação e globulos de pús.

Depois do desaparecimento dos phenomenos inflammatorios fica sempre um nucleo de endurecimento na cauda do epididymo, que em geral acaba por resolver-se no fim de alguns mezes. Entretanto ha casos em que a resolução só faz-se no fim de annos ou mesmo não se faz. Estes endurecimentos persistentes, que constituem uma epididymite intersticial, não produzem *dor* nem *perturbação funcional aparente*; da-se porém a obliteração do canal epididymar e como consequencia immediata diz Robin: «de sperme, «bien que rendu en quantité égale à celle de l'état normal et avec les mêmes caractères, est tout à fait dépourvu de spermatozoides, et les individus sont steriles, lorsque l'épididymite était double».

Geralmente a glandula não é compromettida; em alguns casos ella é augmentada de volume e torna-se mais vascularisada.

A tunica vaginal apresenta-se na maioria dos casos injectada, hyperhemiada, e contendo um liquido sero-albuminoso e depositos fibrinosos, que dão lugar a adherencias entre as folhas da serosa.

O canal deferente apresenta em muitos casos signaes manifestos de uma deferentite; outras vezes é normal.

As vesiculas seminaes conservão-se ordinariamente intactas. Ricord refere casos em que ellas se apresentárão injectadas e hyperhemiadas, contendo um liquido sanguinolento. Astley Cooper observou os canaes ejaculadores mais vascularisados.

O escroto é geralmente distendido pelo tumor interno, hyperhemiado e séde de uma infiltração serosa mais ou menos pronunciada.

SYMPTOMAS.— Antes do apparecimento franco da affecção ha algumas vezes prodromos. Estes consistem em alguns casos em frios, febre, inappetencia, etc.; em outros em dôres, que se manifestando a principio no perineo, no colo da bexiga, estendem-se gradualmente á fossa iliaca, canal inguinal e bolsas; em bom numero de casos é uma sensação de peso ou são dôres vagas no perineo, nas bolsas, repuxamentos nas verilhas, vontades frequentes de urinar, etc. Fournier dá muita importancia a uma dôr que se assesta acima da prega da verilha e que irradia-se para a fossa iliaca e para os rins; esta dôr, ordinariamente pouco intensa, adquire em alguns casos uma intensidade insolita.

Seja como for, a molestia confirmada é caracterisada por phenomenos geraes ordinariamente pouco intensos, dôres mais ou menos vivas nas bolsas, rubor e tumefacção mais ou menos notaveis do escroto.

Analysemos cada um destes phenomenos.

Os phenomenos geraes podem faltar, porém de ordinario existem e consistem em frios, febre, máo estar geral, insomnia e embaraço gastrico.

As dôres a principio pouco intensas e consistindo n'uma

sensação de peso e distensão, tornão-se mais tarde intensas e tomão o character de constricção, de pressão, de torção e picada; ellas dimiuem ao repouso e exacerbão-se pelo movimento e compressão, de modo que os doentes sentem um terror quando vêem o cirurgião approximar a mão para examina-los. Estas dôres adquirem em alguns casos uma intensidade notavel, tornão-se agudas, atroses, o doente grita, lamenta, tem syncopes. Geralmente a dôr adquire essa intensidade insolita, quando a inflammação assesta-se na glandula testicular, que não póde expandir-se por causa da inextensibilidade da albuginea. Ha porém casos de epididymite verdadeira em que o estado local nada apresenta de notavel, e entretanto a dôr é intensissima. Gosselin refere (1) 4 observações desta ordem, e para este notavel cirurgião trata-se nesses casos de uma fôrma especial, a que elle denomina — *fôrma neuralgica*.

A dôr augmenta nos primeiros 4 ou 5 dias, depois diminue de intensidade e desaparece antes mesmo de resolução completa da inflammação.

O escroto tumefaz-se, torna-se de um rubor vinoso, tenso, lusidio, edematoso e infiltrado. A tumefacção constituida por elle tem um volume que varia entre o de um pequeno ovo de gallinha e o do punho de um adulto. O volume do tumor é devido em alguns casos á tumefacção do epididymo só ou coexistindo com a inflammação do cordão; em outros casos á tumefacção destes orgãos e á um derramamento mais ou menos abundante, dependente da vaginalite. Comprehende-se perfeitamente que o volume, a fôrma, a disposição emfim do tumor deve variar, conforme as partes que entrão em sua composição.

(1) Gosselin—Clinique de l'hôpital de la Charité.

Nos casos em que não houver derramamento na vaginal perceberemos, pela apalpação do tumor, o testículo em sua parte anterior com a sua consistencia propria, e na parte posterior o epididymo duro, avolumado e abraçando o testículo como uma concha abraça a sua perola. Nas inversões do testículo, o epididymo variando de séde, o tumor tomará uma disposição diversa. Quando houver ectopia, o órgão ectopiado podendo ser a séde da inflammação, o cirurgião póde vêr-se embaraçado. Gosselin (1) refere um caso em que o testículo se conservou no canal inguinal, enquanto que o epididymo descido nas bolsas se inflammou; a principio este eminente cirurgião diagnosticou um epiplocele inflammado na tunica vaginal, e só alguns dias depois elle poude reconhecer que se tratava de uma epididymite blenorragica.

O cordão é em geral doloroso, volumoso, duro, tendo a fórma de um cordão cylindrico da espessura do dedo minimo, e póde ser seguido até o trajecto inguinal. Algumas vezes a inflammação se limita ao canal deferente, constituindo a deferentite; em outros casos ella se propaga aos outros elementos do cordão — tecido cellular, vasos e nervos, — e o doente é atormentado de dôres atrozes — *colicas funiculares*.

Os authores referem casos de phlebite e fleimão do cordão, e outros em que a inflammação se propagou á vesicula seminal e mesmo ao peritoneo, produzindo uma peritonite geral (Peter) (2) ou parcial, como observarão Godard (3) e Gosselin. (4)

(1) Gosselin — loc. citato.

(2) Peter — União medica — 1856.

(3) Godard — Gazetta medica — 1856.

(4) Gosselin — loc. cit.

A tunica vaginal inflamma-se muitas vezes e produz-se um derramamento, cuja quantidade é muito variavel.

Rochoux dava tanta importancia á vaginalite, que fazia consistir nella toda a molestia; porém, como muito bem provárão Velpeau e Ricord, ella não é mais do que um epiphenomeno da epididymite. Se o derramamento fôr muito abundante, o epididymo poderá não ser percebido e os phenomenos de fluctuação dominaráõ.

Em alguns casos raros a inflammação póde estender-se á glandula seminal e então, além dos phenomenos notados, teremos o elemento dôr dominando o quadro symptomatico da molestia.

DURAÇÃO, MARCHA E TERMINAÇÃO.—A duração da affecção é de 15 a 25 dias. A sua marcha é aguda ou sub-aguda. Nos primeiros 4 ou 5 dias os phenomenos morbidos se-incrementão, vêm em seguida o periodo de estado, e finalmente o de resolução em que os orgãos readquirem suas condições normaes. A resolução na cauda do epididymo é mais demorada e se faz no fim de um tempo mais ou menos longo.

As reincidivas são frequentes, e não é raro observar-se a *epididymite à bascule de Ricord*, isto é, em consecuencia da inflammação de um epididymo, em via de resolução, o seu congenerere se inflamma, e depois a inflammação cessa no segundo para reaparecer no primeiro.

A terminação mais frequente é pela resolução: em alguns casos estabelece-se a chronicidade. A terminação por suppuração, tem sido assignalada por alguns authores, e sobre isto diz Fournier: (1) « Je ne doute pas, pour ma « part, que plusieurs des cas que l'on trouve relatés dans

(1) Fournier — Dicc. de Jaccoud.

« la science comme exemples d'épididymites blenorrhagi-
« ques terminées par abcès et fistules consecutives, ne
« soient relatifs à des tuberculisations de l'épididyme com-
« pliquées incidemment de phlegmasies aiguës de l'organe. »

As terminações pela gangrena e atrophia têm tambem sido assignaladas ; ellas são sómente possiveis quando a inflamação comprometter grandemente a glandula, e por isso são raras.

PROGNOSTICO.— A epididymite é de ordinario uma affecção sem gravidade, e só em casos muito excepcionaes póde produzir a morte, como succedeu no caso de peritonite referido por Peter. Uma circumstancia importante é a demora ou mesmo a falta de resolução completa da epididymite, porquanto se esta fôr dupla o individuo póde ficar esteril.

ORCHITE URETRAL NÃO BLENORRHAGICA

Sob esse nome designa-se a orchite que tem o seu ponto de partida nas molestias da uretra da bexiga e da prostata.

As causas que podem determina-la são muito numerosas. As principaes são : os corrimentos uretraes traumaticos, herpeticos ou catarraes ; as cicatrizes dos conductos ejaculadores, as ulcerações das glandulas de Cooper, o catheterismo com sondas metallicas ou não, as manobras de lithotricia, a irritação produzida na região prostatica por um calculo ahi existente, a retenção de urina muito prolongada. etc.

Como na orchite blenorrhagica, nesta especie a inflamação localisa-se de preferencia no epididymo, o tumor, porém, nunca é tão rubro e tão doloroso, e a vaginalite, tão frequente na epididymite blenorrhagica, é aqui muito rara.

A marcha é mais rápida, e desde que as causas são removidas, a affecção resolve-se promptamente em 6 ou 10 dias.

Podemos também incluir aqui a orchite devida aos excessos venereos e á masturbação, porquanto o mecanismo é o mesmo. Segundo Velpeau, os excessos venereos e a masturbação produzem uma inflammation da parte posterior da uretra (uretrite), e a irritação se propaga dahi ao canal ejaculador, canal deferente e epididymo.

Os symptomas são muito semelhantes aos da orchite blenorragica, mas a marcha é mais rápida, e em 8 ou 10 dias o restabelecimento é completo. Nesta variedade a inflammation se propaga menos raramente á glandula, e quando esta se affecta, póde-se dar a sua atrophia ou suppuração. (Culling, Gosselin, Dawaris.)

ORCHITES TRAUMATICAS

A orchite traumatica é a que resulta de uma causa traumatica. Geralmente são as contusões produzidas por violencias sobre as bolsas, os choques repetidos sobre a sella na equitação, etc.

SYMPTOMAS.— A orchite traumatica geralmente é parenchymatosa, e quasi nunca o canal deferente e o epididymo são compromettidos, o que se concebe facilmente, tendo-se em vista a sua situação. Os phenomenos inflammatorios são muito intensos, ha febre viva, sede, inappetencia, cauchemars á noite, dôres despedaçantes que arrancão gritos ao doente, e que são devidas á compressão do testiculo pela albuginea inextensivel. Ha ordinariamente uma echymose no escroto, que resulta da acção da causa traumatica. O volume do tumor é pequeno e a fórma é a do testiculo no estado normal, visto que a albuginea é pouco extensivel.

Em alguns casos especiaes o tumor avoluma-se mais, reveste-se de bossas e desigualdades e apresenta nucleos duros ao lado de pontos molles, o que póde trazer difficuldades ao diagnostico.

Velpeau descreveu um orchite traumatica que se desenvolve em consequencia de um esforço que faz o individuo para levantar um fardo.

Eis como elle a explica : « La disposition des muscles « et des aponévroses de la région iliaque me paraît expli- « quer le fait sans difficulté. Si l'on suit avec soin les « fibres du muscle droit de l'abdomen, on voit effectivement « que quelques-unes d'entre elles se détachent inférieure- « ment de son bord externe, en prenant le caractère fibreux « pour se diriger en dehors, passer en forme d'anse sous le « canal déférent, et aller se terminer sur la lèvre interne de « la crête iliaque. Ces fibres forment la moitié inferieure « de l'ouverture abdominale du canal inguinal; étant ainsi « plus élevées par leurs extrémités que par leur milieu, le « muscle droit ne peut pas se contracter sans que leur « partie concave se relève en se redressant, réagisse par « conséquent de bas en haut contre le canal déférent, les « vaisseaux et tous les éléments constitutants du cordon « spermatique, qui se trouve par là comme pincé dans une « espèce de boutonnière toutes les fois que l'homme se « livre à des efforts un peu violents. »

Nesse caso a inflamação, em lugar de ser parenchy-
matosa, tem sua séde no epididymo.

A terminação da orchite traumatica póde ser pela
resolução, pela suppuração, pelo fungus benigno ou pela
gangrena secca, que Ricord chamou necrose do testiculo.

O prognostico da orchite traumatica é á vista do que
expendi mais sério do que o das orchites uretraes.

ORCHITES DEVIDAS A CAUSAS GERAES

Comprehendem as que sobrevem em consequencia de cachumbas (parotidite), rheumatismo, no curso da variola, da febre typhoide, etc.

A *orchite epidemica das cachumbas*, tambem chamada *orchite parotidiana* e metastatica acommette os individuos que soffrem de cachumbas, molestia que reina em geral epidemicamente e que consiste na fluxão parotidiana. A inflamação affecta ora sómente a glandula espermatica, ora esta, o epididymo e o canal deferente.

A terminação é de ordinario pela resolução, que se faz em 5 ou 6 dias. As terminações por suppuração e atrophia têm sido observadas, porém em casos raros. Não ha reincidivas, porém ha recahidas.

ORCHITE RHEUMATICA. — A existencia desta orchite foi posta em duvida por alguns autores. Bouisson (1) refere numerosas observações desta affecção, que põem fóra de toda duvida a sua existencia. Em uma das observações tratava-se de um individuo que soffria de um rheumatismo articular agudo, que desapareceu subitamente, sendo o individuo accommetido de uma orchite; finalmente esta resolveu-se e o individuo foi acommettido subitamente de phenomenos nervosos graves, seguidos de morte. A metastase nesse caso explica perfeitamente a pathogenia da orchite.

Na orchite rheumatica é geralmente a glandula que é a séde da inflamação. Póde ser unilateral ou dupla; as dôres são ordinariamente pouco intensas e a tumefacção pouco notavel.

No curso da variola, da febre, typhoide, em conse-

(1) Bouisson.—Tribut à la chirurgie.

quencia de um embaraço gastrico, etc., póde desenvolver-se uma orchite, que em geral não offerece gravidade alguma.

ORCHITE CHRONICA

E' uma affecção pouco conhecida e sobre a qual muito divergem os authores.

Curling confundiu a orchite chronica em uma mesma descripção com a orchite syphilitica, o tuberculo e o fungus do testiculo, e considerou-a como affecção muito commum.

Gosselin, em uma nota da obra daquelle author, não deixa passar desaperebido o seu erro e diz que em sua longa pratica só teve occasião de observar dous casos de orchite chronica bem caracterisados.

Nelaton e outros authores admittem-na, porém considerão-na como muito rara.

Nargaud, em sua these inaugural, sustenta que a orchite chronica é uma affecção mais commum do que se supõe geralmente; na sua opinião os autores a tem confundido com o tuberculo do testiculo. Este author apresenta a sua symptomatologia que é tão semelhante a do tuberculo, que não temos receio algum de affirmar que elle confundiu as duas affecções. Por outro lado Nargaud não apresenta os caracteres differenciaes entre a sua orchite chronica e o verdadeiro tuberculo do testiculo. Outros authores não tendo observado caso algum de orchite chronica e fatigados de laborar na incerteza, negão a sua existencia; entre elles nota-se Dufour que a chama de—visão pathologica.

A existencia da orchite chronica é um facto incontestavel; e, si é verdade que a inflammação affecta chronicamente os outros parenchymas, porque o mesmo não succederá ás glandulas seminaes? De outro lado as observações

de A. Cooper, Nelaton, Denonvilliers, Curling, Broca e Despres são muito concludentes e nos autorisam a admittir a sua existencia.

Baseados nas noções precedentes vamos descrever a orchite chronica, affecção rara e de um diagnostico em geral difficil.

ETIOLOGIA.—Póde succeder a uma orchite aguda ou manifestar-se com o character chronico *ab initio*. A orchite aguda, qualquer que seja a sua especie, póde dar lugar á inflamação chronica, quer isto se dê em consequencia de um tratamento mal dirigido ou da falta de regimen da parte do doente, quer resulte de um enfraquecimento ou debilidade do organismo. Quando as causas actuão lenta e prolongadamente a affecção é chronica desde o principio.

ANATOMIA PATHOLOGICA.—Produce-se no parenchyma do testiculo a exsudação de uma materia amarella e homogenea, que torna-se de tal modo dura e adherente ao tecido do testiculo, que é difficil separal-a. Sua quantidade é mais ou menos consideravel e apresenta-se a principio sob a fórma de pequenas massas, que reúnem-se mais tarde e formão uma massa unica, que póde invadir toda a glandula. Esta massa apresenta então o aspecto branco amarellado e uniforme. Se a inflammação tem começado pelo epididymo, este apresenta-se espesso e tumefacto, em consequencia do deposito de materia plastica entre suas circumvoluções. A materia exsudada é de base fibrillar e póde conter granulações cellulares ou não, ás vezes dá-se a communicação das materias intra e extratubulares, pela ruptura das paredes dos tubos seminiferos. Esta materia em um periodo não muito avançado póde ser reabsorvida totalmente; em outros casos isso não se dá e ella se desaggrega pouco a pouco e se estabelecem fistulas, por onde se faz a elimi-

nação do pús e conseguintemente do testículo, que acaba por desaparecer completamente.

Ha muitas vezes um derramamento seroso na vaginal, que em geral é pouco abundante; em outros casos a serosa é obliterada em parte ou totalmente por adherencias.

SYMPTOMAS. — Se a affecção succede á orchite aguda a sua producção tem lugar pela falta de resolução completa da inflammação. Quando é chronica desde o principio o seu desenvolvimento se faz lenta e silenciosamente. Não ha dôres nem phenomeno algum que incommode ao doente; só mais tarde, quando o tumor tem adquirido um certo volume, apparecem dôres gravativas ao longo do cordão determinadas pelo seu peso. O testículo é avolumado, duro, bosselado e desigual; o endurecimento é sobretudo notavel na parte inferior do tumor, comprehendendo o epididymo que se confunde com o testículo formando um só corpo. Em outros casos o epididymo apresenta-se completamente distincto da glandula. A pelle escrotal em uma época pouco avançada da affecção tem a sua coloração normal, completamente livre e apenas distendida; em um periodo mais adiantado produzem-se adherencias entre ella e o testículo e depois ulcerações, por onde se elimina o pus. O canal deferente geralmente apresenta-se são.

O derramamento seroso, se existe, é pouco abundante e excede raramente 60 a 80 grammas; as adherencias da vaginal obliterando em parte ou totalmente a vaginal a serosidade se enkysta ou falta completamente.

Nelaton assignala como phenomeno constante na orchite chronica uma modificação das qualidades physicas do esperma. Este liquido torna-se vermelho ou roseo semelhante á geléa de groseilha. Esta modificação não impede as relações sexuaes, e segundo Nelaton o esperma nessas condições é ainda fecundante.

MARCHA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO.—A marcha desta affecção é essencialmente chronica e a sua duração mais ou menos longa. No seu decurso ha melhoras e aggravações, que dependem de abusos de regimen e do estado das lesões testiculares. Em um periodo pouco avançado a resolução póde ainda se dar; se, porém, as lesões estiverem muito adiantadas, a affecção seguirá a sua marcha, a suppuração se estabelecerá e o fóco do abcesso se eliminará, dando-se em muitos casos a desorganisação completa do testiculo. A terminação pelo fungus, negada por Hennequin, é admittida por alguns authores.

PROGNOSTICO.—Do oposito se depreheende que a affecção, pouco grave em um periodo pouco avançado, torna-se mais tarde quando a suppuração se estabelece muito seria, porquanto nestas circumstancias a destruição da glandula é ás mais das vezes inevitavel.

ORCHITE SYPHILITICA.

Esta affecção, designada ainda pelos nomes de testiculo ou sarcocele syphilitico, testiculo venereo, albuginite syphilitica, é constituida por uma lesão do testiculo, occasionada pela syphilis e caracterisada: 1.º por uma alteracão do tecido proprio do testiculo, 2.º por um exsudato, cuja organisação em tecido fibroso dá em resultado a modificação ou a destruição das funcções deste orgão.

E' um accidente de transição approximando-se mais das manifestações terciarias que das secundarias. Com effeito, raramente o sarcocele syphilitico, sobrevém antes do 6.º mez da infecção, mais commumente é observado 1, 2, 3, 4 e mesmo 10 annos depois do accidente primitivo. Puel refere um caso em que a affecção desenvolveo-se 20 annos depois da infecção syphilitica. Quanto a idade está esta

belecido que esta affecção é muito rara antes da puberdade.

A orchite syphilitica póde acommetter um só testiculo; na maioria dos casos é dupla, e na opinião de Lancereaux é nesta affecção que se observa maior numero de vezes os dous orgãos simultaneamente comprometidos.

ANATOMIA PATHOLOGICA.—Imitando Virchow, Rindfleisch e Lancereaux distinguiremos duas fórmas: forma diffusa ou intersticial, e forma circumscripta ou gommosa. Podem apresentar-se isoladas ou combinadas.

Forma diffusa ou intersticial—Damos a palavra ao Sr. Lancereaux:

« Quer invada uma parte ou a totalidade do orgão, quer seja simples ou dupla, a orchite syphilitica diffusa é « caracterisada, em seu começo, por uma hyperhemia vas- « cular e o apparecimento, no seio do tecido intersticial ou « connectivo, de pequenas cellulas redondas e de nucleos, « aos quaes succedem ordinariamente fibras de tecido con- « junctivo. Mais tarde, septos esbranquiçados, cordões de « aspecto tendinoso irradião da tunica albuginea espessada « e principalmente do corpo de Hygmore, n'uma parte ou « em toda a espessura do orgão, comprimem e afastão os « canaliculos seminiferos.

« Estes não tardão a se atrophiar e as cellulas epithe- « liaes que encerrão, granulosas, infiltradas de um pigmento « escuro, se destróem pouco a pouco soffrendo a meta- « morphose graxa. O testiculo duro e resistente range ao « gume do escalpello; elle não é constituido senão por ele- « mentos de tecido conjunctivo e algumas particulas de « materia graxa, tendo soffrido uma verdadeira transforma- ção fibro-graxa. Em geral mais volumoso no começo da « evolução pathologica, este orgão diminue pouco a pouco a « medida que o tecido de nova formação se retrahe. Dahi

« resulta uma atrophia geral se a inflamação é extensa,
 « uma depressão semelhante a uma cicatriz quando a fleu-
 « masia é limitada ou somente lobular. Nestas condições,
 « o cordão é ás mais das vezes intacto, algumas vezes elle
 « é confundido de modo a formar com o testiculo uma
 « unica massa.

« A tunica vaginal participa ás mais das vezes da
 alteração do testiculo (periorchite, vaginalite). A principio
 « ha na bolsa serosa um pouco de liquido, que mais tarde,
 « se reabsorve quando suas duas folhas se forrão de falsas
 « membranas de modo a produzir adherencias mais ou menos
 « completas. A periorchite isolada e independente da alte-
 « ração testicular é rara e de existencia mesmo duvidosa.

« *Forma circumscripta ou gommosa*—A orchite circums-
 « cripta ou gommosa pode acompanhar a orchite diffusa, e
 « aos caracteres acima assignalados se ajuntão os do tumor
 « gommoso. Outras vezes os gommos do testiculo se desen-
 « volvem isoladamente e tem por ponto de partida a tu-
 « nica externa de um vaso ou da membrana propria de
 « um canaliculo espermatico; são multiplos e dispersos em
 « differentes pontos ou grupados em um unico. De um
 « volume que varia entre o de uma lentilha e o de uma
 « noz, ou mesmo o de um ovo de gallinha, estes depositos
 « arredondados ou mamelonados, de uma coloração grisea
 « ou branca amarellada, tem uma consistencia firme, que
 « torna-se mais molle para o centro; ao golpe elles são
 « antes seccos que humidos, isto é, deixão escapar pouco
 « ou nenhum liquido sob a influencia da pressão. Do mesmo
 « modo que a maior parte dos tumores gommosos dos or-
 « gãos internos, os gommos do testiculo são rodeados desde
 « seu começo de uma aureola grisea, percorrida de vasos
 « visiveis ao olho nu; mais tarde são envolvidos de uma

« especie de capsula fibrosa esbranquiçada, de que é ás
 « vezes difficil separa-los. A constituição histologica destes
 « tumores não é sempre perfeitamente identica; emquanto
 « que uns são quasi inteiramente fibrosos, os outros ao
 « contrario são compostos quasi unicamente de cellulas e
 « nucleos redondos. N'um caso de gommo antigo eu não
 « achei senão elementos alterados e informes, granulações
 « graxas abundantes e cristaes de materia graxa (margarina).
 « Estas produções passam pelas diversas phases que soffre
 « todo o tumor gommoso, e a degenerescencia regressiva é
 « em geral tanto mais avançada quanto se examina partes
 « mais centraes, donde a possibilidade em certos casos, de
 « distinguir nestes tumores tres zonas distinctas pelo gráo
 « de alteração dos elementos. »

Na maioria dos casos o epydidymo conserva-se intacto. Ha factos entretanto que provão que em alguns casos, posto que raros, este orgão póde tambem ser compromettido e apresenta-se então com lesões semelhantes ás do testiculo syphilitico. O tecido cellular intersticial e a tunica fibrosa do orgão são a séde de uma produção fibro-plastica, que se condensa em tecido fibroso. Em um periodo mais avançado os elementos do tecido conjunctivo, depois da proliferação e augmento de volume, soffrem a degenerescencia graxa.

SYMPTOMAS.—O começo da orchite syphilitica é dos mais insidiosos; o doente não sente dôres e só por um acaso, ou quando o testiculo tem augmentado muito de volume de modo a trazer embarço, é que elle dirige a sua attenção para as bolsas.

Os aucthores referem casos em em que a indolencia da affecção é tal que os doentes só a percebem, quando um dia casualmente observão, não o augmento de volume dos testiculos, porem a ausencia de um delles, em consequencia

da atrophia, que é uma das terminações da orchite syphilitica. Segundo A. Cooper e Ricord, em alguns casos, podem existir dôres que se exarcebão á noite.

Quando o tumor tem adquirido um certo volume apparecem dôres lombares, abdominaes e inguinaes, dependentes da distensão do cordão. O volume do testiculo quasi nunca attinge proporções consideraveis, não excedendo ás mais das vezes ao volume de um ovo de gallinha, e sobre isto diz Ricord—que todas vezes que observarmos a presença de um tumor do volume de um punho e sem liquido, devemos eliminar de nosso espirito a idéa de um sarcocede syphilitico. O tumor é de forma ovoide e duro; a sua superficie apresenta desigualdades e bossas, emgeral pouco elevadas, e constituídas por nucleos duros e zonas fibrosas; essas bossas e desigualdades, sendo pouco pronunciadas, podem deixar de ser percebidas pela vista, mas o serão sempre pela apalpação, sendo em alguns casos elasticas, em outros firmes e resistentes. A pelle das bolsas geralmente apresenta-se perfeitamente normal, não adherente e movel, apenas um pouco distendida; nos casos de tumores gommosos terminados por fungus, ella póde apresentar-se adherente, rubra ou ulcerada. A compressão do testiculo determina, em uma epocha em que a affecção não está muito adiantada, alguma dôr, phenomeno este que é devido á presença de pontos duros e resistentes que comprimem a substancia seminifera.

Com os progressos da molestia a dôr desaparece completamente e o tumor é insensivel á mais forte compressão, e este facto, longe de ser favoravel para o prognostico, é ao contrario um phenomeno grave, porquanto indica que ha destruição completa dos canaes seminiferos. O hydrocele é um symptoma frequentemente observado no começo da affecção; em geral é pouco volumoso e a serosidade que o constitue é reabsorvida, quando as falsas membranas se organisão.

O epididymo quasi sempre apresenta-se intacto; apenas achatado e comprimido; em alguns casos muito excepcionaes este orgão póde ser affectado só ou conjunctamente com o testiculo.

A affecção segue ahí a mesma marcha idolente. Lance-reax acredita que a lesão syphilitica póde estender-se do epididymo ao cordão; este facto porém é ainda mais raro que, a invasão do epididymo.

A medida que a affecção prosegue em sua marcha as funcções genitales perdem de mais a mais sua energia e em alguns casos desaparecem completamente. A secrecção espermatica diminue ou cessa e o esperma apresenta grande modificação em sua constituição physica, e como diz Ricord: (1). « Le résultat de la sécrétion testiculaire n'est plus qu'un « fluide transparent, sans consistance, analogue à de l'eau pressée que pure. » Gosselin porem observa judiciosamente que, si a affecção é unilateral, não ha perturbação apreciavel das funcções geradoras, e o esperma tem todas suas propriedades physiologicas. Virchow (2) vai mais longe e diz que, se a affecção é parcial, o testiculo compromettido póde ainda funcionar e secretar um esperma fecundante.

MARCA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO.—A marcha da orchite syphitica é essencialmente chronica; a sua duração é longa e excede em muitos casos a um anno. A terminação tem lugar pela resolução, se os tubos seminiferos não estiverem destruidos; pela atrophia, se os canaliculos acharem-se completamente destruidos, dando-se a reabsorpção e a retracção do tecido morbido. Estas são as terminações mais frequentes, mas póde dar-se tambem a degenerescencia fibrosa e segundo

(1) Ricord—Gazette des hopitaux—1845—Pag. 506.
(2) Virchow—Pathologie des tumeurs. Pag. 429.

alguns authores a cartilaginosa, calcarea ou ossea; nesse caso a alteração é difinitiva e a medicação, por melhor dirigida que seja, é improficua. Depois das observaçõs de Meric, Rollet de Lyon e Serre de Montepellir admitte-se a terminação da orchite syphilitica pelo fungus; é porem hoje muito rara.

Segundo Curling esta affecção é sujeita a reincidencias, e Puel refere um caso em que a reproducção deu-se trez vezes.

PROGNOSTICO.—A orchite syphilitica é uma affecção séria; porquanto é uma das manifestações da syphilis. Entretanto, quando os tubos seminiferos não se acharem completamente destruidos, uma medicação bem dirigida traz sempre a resolução completa do tumor; se porém estes estiverem completamente destruidos a atrophia é inevitavel.

TUBERCULOSE DO TESTICULO.

E' uma das affecções testiculares que mais tem prendido a attenção dos cirurgiões e sobre a qual muito tem-se escripto. Mesmo assim ha muitos pontos de sua historia em que ha completo desacordo entre os auctores.

Reclus, cujas paginas são as melhores que se tem escripto sobre esta affecção, admitte aqui como na tuberculose pulmonar duas fórmas: fórma agúda, dolorosa ou inflammatoria, e fórma chronica e indolente. Para maior precisão em nossa linguagem designaremos a fórma agúda pelo nome de orchite tuberculosa e a chronica pela denominação de tuberculo do testiculo.

ETIOLOGIA. — A tuberculose genital é sempre uma manifestação da diathese tuberculosa, hereditaria ou adquirida.

Todas as causas que debilitão o organismo, como as privações, a miseria, os excessos de toda a ordem, as mo-

lestias graves anteriores, são capazes de trazer o desenvolvimento da tuberculose, em individuos sãos e robustos. Em virtude de circumstancias especiaes um tecido, um órgão ou um apparelho qualquer se debilitará, emquanto que a reunião da economia guardará sua força primitiva, este apparelho ou órgão será um ponto de menor resistencia, e tal choque, incapaz de abalar o resto do organismo, será sufficiente para determinar ahi o apparecimento da affecção. Não é pois de admirar que a tuberculisação dos órgãos genitales possa existir isoladamente, sem igual lesão de outros órgãos. Na maioria dos casos porém existe concomitantemente tuberculos em outros órgãos, e principalmente nos pulmões. Em 30 observações, em que o exame dos pulmões pela escuta foi verificado pela autopsia, Reclus achou:

Tuberculose genital e pulmonar	20
Tuberculose genital só	10

Em 30 casos, em que o exame dos pulmões foi feito sómente durante a vida, o mesmo auctor achou:

Tuberculose genital e pulmonar	16
Tuberculose genital só	14

A diathese tuberculosa existindo póde por si só dar lugar ao desenvolvimento da affecção; geralmente á causa essencial ajunta-se outras que pódem ser divididas em predisponentes e occasionaes.

CAUSAS PREDISPONENTES.—A tuberculose dos órgãos espermaticos póde dar-se em todas as idades; excepcional, porém, na infancia, rara na velhice, é sobretudo frequente na época de maior actividade funcional da glandula, isto é, dos 15 a 40 annos.

CAUSAS OCCASIONAES.—Assim como as congestões e inflamações pulmonares favorecem ou occasionão a tuberculose pulmonar, assim também as congestões e inflamações testiculares devem favorecer ou occasionar a tuberculose do testículo; e, pois todas as causas que determinarem fluxão para os órgãos espermaticos, devem ser consideradas como causas occasionaes da tuberculose do testículo. Temos nesse numero—o traumatismo sobre os órgãos espermaticos, os excessos venereos, as uretrites simples ou especificas, blenorrheas, etc. — Verdade é que a blenorrhea é em alguns casos um symptoma precursor da tuberculose genital, como a bronchite é muitas vezes, da tuberculose pulmonar.

ANATOMIA PATHOLOGICA.—A tunica escrotal apresenta-se ora sã, e apenas distendida pelo tumor, ora crivada de orificios fistulosos ou cicatrizes, adherentes em fórma de funil.

A vaginal é espessada e vascularisada, adherente em certos pontos, e contém em muitos casos uma collecção de serosidade amarella-esverdeada. A albuginea na maioria dos casos é espessada e adherente á vaginal.

A tuberculisação invade a glandula, o epididymo e o canal deferente. A parte mais communmente affectada é o epididymo. É muito raro encontrar-se tuberculos na glandula, sem que igual lesão tenha-se assestado no epididymo; entretanto o inverso dá-se não raras vezes e podemos encontrar este órgão completamente cavernoso, enquanto que a glandula persiste no estado de integridade.

Na glandula existem em geral simultaneamente granulações e massas tuberculosas. As granulações são de duas ordens: *granulações miliares de Virchow*, e *tuberculos fibrosos*. As granulações miliares de Virchow são arredondadas, li-

V.7/340

geiramente fusiformes, e attingem em suas maiores proporções o volume de um grão de milho miudo. Rindfleisch, Richet e outros não admittem a existencia de granulações miliares no testiculo. Vinchow, Nepveu e Malassez sustentão o contrario. Malassez acredita mesmo que as granulações manifestão-se no testiculo mais vezs do que pensão Virchow e Nepveu. Um ponto sobre que estes authores discordão é sobre o lugar em que so desenvolvem as granulações. Virchow acredita que ellas se desenvolvem no trama conjunctivo intertubular; Nepven sustenta que as granulações se desenvolvem na tunica adventicia dos vasos; Malassez, que fez recentemente estudos sobre este assumpto, assevera que ellas se desenvolvem á custa e na espessura dos tubos seminiferos.

Os tuberculos fibrosos ou fibroma atrophico de Birsroth têm a mesma origem e um volume que varia entre o de um pequeno grão de milho miudo e o de um feijão. São representados por nucleos duros, transparentes, de uma côr leitosa e sem tendencia ao amollecimento ou á ulceração, podendo permanecer por um grande numero de annos no testiculo como um corpo inerte.

As granulações são mais ou menos numerosas, grupadas ou esparsas, e ás vezes dispostas com uma certa regularidade. A sua confluencia dá em resultado tuberculos infiltrados. Existem em maior numero na peripheria da glandula que no centro onde se tornão de mais a mais raras, faltando completamente no corpo de Hygmore. Ahí só existem massas tuberculosas mais ou menos extensas.

O epididymo é avolumado e cheio de nodosidades, que podendo se assestar em toda a sua extensão, são de ordinario observadas na sua cabeça e cauda. Estas nodosidades são constituídas por massas tuberculosas, cujo volume varia

entre o de um grão de feijão e o de uma grossa noz. As massas tuberculosas podem invadir tambem o canal deferente, que se apresentará cheio de nodosidades e saliencias, que se assestão nas extremidades vesical e epididymar e muito raramente em seu trajecto. No epididymo e canal deferente nunca se encontra as granulações tuberculosas, mas sómente massas caseosas.

A aflecção proseguindo em sua marcha, as granulações e massas tuberculosas, qualquer que seja a sua séde amolecem-se, degenerão-se em gordura e liquefazem-se; o tecido peri-tuberculoso soffre a mesma metamorphose e constitue-se assim o que se chama abcesso tuberculoso.

Em alguns casos raros a cura ainda póde dar-se, pela reabsorpção dos elementos organicos, e transformação em concreções duras e enkystadas dos elementos inorganicos. Esta terminação feliz é excepcional, e na maioria dos casos, a lesão proseguindo em sua marcha, produzem-se adherencias da pelle do escroto ao tumor, formão-se ulcerações por onde se eliminão os productos tuberculosos e constituem-se assim cavernas mais ou menos amplas. Em alguns casos felizes estas cicatrisão-se; em geral, porém, a destruição continúa até o desapparecimento completo do orgão.

FORMA AGUDA.— ORCHITE TUBERCULOSA

Sob este nome Reclus descreve a inflammação aguda do testiculo, tendo-se desenvolvido sob a influencia da diathese tuberculosa. Foi este author o primeiro que descreveu esta fórma de um modo regular, baseando-se para isso em numerosas observações pessoaes e em algumas referidas por auctores do quilate de Duplay, Chenet, Peyrot e Dolbeau.

SYMPTOMAS E MARCHA.—Subitamente, ás vezes no curso de uma bôa saude, sem causa apreciavel ou em virtude de

V.7/392

um esforço, de uma contusão, etc., sobrevem no testículo uma dôr espontanea, viva e continua, que se exacerba pela pressão e movimento irradiando-se ao longo do cordão até á fossa illiaca e a região lombar. Ao mesmo tempo o escroto torna-se rubro, distendido e edematoso, constituindo um tumor cujo volume attinge ao de um ovo de perúa ou ao do punho de um homem. Este tumor é constituído pela tumefacção de todas as partes do testículo, e principalmente do epididymo, e por um derramamento na vaginal. O tumor é duro, resistente, de superficie lisa e unida, sem bossas nem depressões; o epididymo, que o constitue, quasi que em totalidade, é muito volumoso e abraça o testículo nos dous terços de sua circumferencia. O derramamento é em geral pouco abundante e devido a uma vaginalite.

Em alguns casos ao lado desses phenomenos locais existem phenomenos geraes, constituídos por máo estar geral, cephalalgia, febre, inappetencia e nauseas.

No 4º dia os symptomas se modificão, as dôres diminuem de intensidade e só se manifestão pela pressão, e os phenomenos geraes, se existem, desapparecem completamente.

A affecção é então quasi que exclusivamente constituída pelo tumor; em alguns casos este conserva o mesmo volume ou mesmo continúa a augmentar; porém ordinariamente, havendo reabsorpção do liquido vaginal e diminuição da inflammação das tunicas escrotaes, o tumor torna-se menos volumoso. Sua superficie se modifica, apparecem bossas, depressões, pontos molles, ao nivel dos quaes a pelle torna-se adherente ás partes profundas. Na 3ª ou 4ª semana, raramente na 8ª os abcessos perfeitamente constituídos rompem-se ou são rompidos pelo cirurgião, correndo pela abertura pús cremoso e bem ligado. Em alguns casos, depois

da eliminação do fóco a abertura se cicatriza; ás mais das vezes persiste uma fistula por onde sahe uma serosidade grumosa. Desde então a affecção apresenta-se com todos os caracteres da fórma chronica.

Do exposto devemos concluir que a symptomatologia da orchite tuberculosa é muito semelhante á da orchite aguda simples, com a qual é muitas vezes confundida.

FORMA CHRONICA—TUBERCULO DO TESTICULO

Esta affecção, tambem chamada sarcocele tuberculoso ou engurgitamento escrophuloso do testiculo, tem uma marcha essencialmente chronica.

Póde succeder á forma aguda ou orchite tuberculosa, ou o que é mais commum, ser indolente desde o começo. Em 25 casos de tuberculos do testiculo, observados por Reclus, 7 vezes a affecção começou por uma orchite tuberculosa.

SYMPTOMAS.—As vezes, antes da manifestação da affecção, ha certos phenomenos prodromicos, que não sendo constantes gozão todavia de alguma importancia; porquanto, quando se reúnem em um certo numero, muito esclarecem o diagnostico. Entre elles os principaes são: os corrimentos uretraes repetidos, a espermatorrhea, a irritação do collo da bexiga ou da região prostatica da uretra e a hematuria.

Os corrimentos uretraes, que apparecem muitas vezes em consequencia de uma marcha forçada, de um excesso de bebida, etc., e desaparecem em poucos dias expontaneamente ou mediante meios pouco energicos, têm sido diversamente interpretados. Para Ramsden, Mougín e Richet constituem a causa da affecção tuberculosa; para outros authores

são symphomaticos de uma tubercularisação genital já existente e comparados ás bronchites symptomaticas da tuberculose pulmonar. Dolbeau admite que estes corrimentos são a expressão da existencia de granulações na região prostatica da uretra.

A espermatorrea póde ser um phenomeno precursor do tuberculo do testiculo; ha polluções nocturnas ou diurnas e em alguns casos uma superexcitação genesica tal que os individuos entregão-se á copula numeroras vezes em um dia; geralmente a ejaculação não é seguida de prazer.

A's vezes ha uma irritação da parte profunda da uretra e do collo da bexiga e grande sensibilidade ao catheterismo. Dolbeau liga tanta importancia a este phenomeno que poude em um caso predizer a tuberculisação eminente do testiculo, baseado neste phenomeno e em corrimentos repetidos da uretra que o individuo apresentava: este diagnostico ousado foi confirmado no fim de alguns dias.

Sapfer refere algumas observações em que a tuberculisação testicular foi precedida de hematuria; este phenomeno só raramente é observado. O sangue provém da bexiga, dos ureteres ou dos rins.

O sarcocele tuberculoso tem uma marcha regular, podendo como na tuberculose pulmonar ser dividida em tres periodos.

1.º periodo.— E' o periodo de formação ou indolente de Velpeau e de Flans. Em alguns casos é completamente silencioso; não ha dôr nem phenomeno algum que advirta ao doente que o seu orgão é invadido, o tumor cresce progressivamente até que um dia casual ou accidentalmente a sua attenção é dirigida para as bolsas. Em outros casos ha dôres surdas pouco intensas, que em nada embaração ao doente; um tumor se desenvolve então nas bolsas a que o

doente não liga a principio a menor importancia. Só mais tarde, quando vê sua affecção progredir, é que entrega-se aos cuidados do cirurgião, que percebe um tumor com os caracteres seguintes :

Em seu começo a affecção é quasi sempre unilateral. Os tegumentos têm a sua coloração normal, são distendidos e resvalão facilmente sobre o tumor. O epididymo, que ordinariamente é a primeira parte affectada, apresenta-se avolumado e coberto de bossas e saliencias consistentes e bem limitadas, que assestão-se ás mais das vezes na sua cabeça e cauda; ás vezes todo o epididymo é compromettido e assemelha-se a um meio cylindro, coberto de boças, que abraça os $\frac{2}{3}$ ou $\frac{3}{4}$ da circumferencia da glandula. As bossas e saliencias são sobretudo pronunciadas nas extremidades do epididymo, que são arredondadas. O canal deferente é em alguns casos nodoso e moniliforme, e o tocar rectal demonstra muitas vezes a prostata e as vesiculas seminaes volumosas e endurecidas, o que constitue um signal importante para o diagnostico, em muitos casos rodeado das maiores difficuldades. Nesse periodo a glandula póde conservar-se intacta ou ser compromettida e sua superficie se apresentará semeada de nodosidades duras mais ou menos numerosas. Em certos casos os tuberculos invadem ao mesmo tempo a glandula e o epididymo, que se confundem em uma massa unica, formando um tumor consistente, de superficie desigual, semeado de bossas e elevações, de volume variavel, e havendo o desaparecimento da sensibilidade caracteristica do testiculo á pressão, da sua molleza e consistencia propria. Póde haver tambem um hydrocele, que em geral é pouco abundante; ha auctores que sustentão que o hydrocele é um phenomeno raro nesse periodo, ao passo que outros como Reclus dizem te-lo observado no terço dos

casos. Seja como fôr, o que é verdade, é que, na serosa escrotal como na serosa thoracica, mais vezes as inflamações são exsudativas, constituindo a vaginalite secca.

2.º *periodo*.—Este periodo é [caracterizado pelo amollecimento das massas tuberculosas. Em alguns casos é como o anterior completamente indolente, e não ha dôr e nem phenomeno algum que altere a saude apparente do individuo ou desperte-lhe a attenção; a affecção marcha muda e lentamente, o tumor augmenta de volume, as suas bossas e saliencias tornão-se mais pronunciadas, a pelle que as cobre adhere-lhes, torna-se rubra e adelgaça-se; nestes pontos produz-se um amollecimento do tumor, apparece fluctuação, constituindo-se assim abcessos tuberculosos. Esta é a fórma indolente por excellencia de Castier, que é observada mais commummente na idade madura. Ordinariamente nesse periodo a affecção se manifesta por symptomas ruidosos, porquanto o tecido visinho da massa tuberculosa amollecida, inflamma-se, sobrevindo dôres mais ou menos intensas, o escroto toma uma côr rubra mais ou menos intensa, o tumor augmenta de volume, manifesta-se fluctuação em certos pontos, a pelle torna-se adherente ao tumor, adelgaça-se descolla-se e ulcera-se, sahindo pela abertura um pús espesso e amarellado,

Estes phenomenos inflammatorios reproduzem-se sempre que se der o amollecimento de massas tuberculosas e podem-se repetir varias vezes no decurso da affecção. As impulsões inflammatorias são de uma intensidade variavel, e entre a fórma chronica de Castier e a orchite tuberculosa de Reclus ha muitas variedades intermediarias.

3.º *periodo*.—Tendo-se produzido uma ou mais aberturas, que geralmente occupão a parte posterior e inferior do tumor, estabelece-se por ellas a eliminacção do abcesso tuber-

culoso. O pús espesso e amarellado a principio, torna-se mais tarde seroso, tendo em suspensão grumos mais ou menos abundantes. Segundo Berard, durante o orgasmo venereo, o pús torna-se viscoso e gommoso, podendo-se então descobrir espermatozoides pelo exame microscopico. Bauchet, fundado em suas pesquisas, nega este facto.

As aberturas em muitos casos persistem no estado de fistulas, multiplicão-se mesmo e no fim de tempos a destruição completa do orgão tem lugar. Em outros casos mais felizes, porém raros, o producto morbido sendo eliminado, as paredes do fóco cobrem-se de botões carnudos, approximão-se e cicatrisão-se, ficando em seu lugar uma cicatriz fixa e deprimida em funil.

Os dous testiculos nesse periodo são geralmente acomettidos, porém em um a affecção é mais adiantada que no outro, e por essa razão em um mesmo doente podemos encontrar a pelle das bolsas aqui simplesmente sublevada, adherente ou não, lá adelgada ou descolada, em outros pontos ulcerada e livida ou profundamente adherente e deprimida.

E' commum encontrarmos, ao lado da tuberculisação do testiculo, igual lesão da prostata e das vesiculas seminaes. Ha casos em que a tuberculisação destes orgãos precede mesmo a do testiculo: Godard refere um caso em que a tuberculisação da prostata precedeu de 6 annos a do testiculo. Ha fórmias graves em que a generalisação dos tuberculos em outros orgãos faz-se rapidamente; a prostata, as vesiculas seminaes, a bexiga, os ureteres e os rins podem todos serem affectados. A tuberculisação da prostata e das vesiculas seminaes traduz-se pelo augmento de volume destes orgãos observado pelo tocar rectal. A's vezes o tumor prostatico póde ser de tal modo volumoso que as materias fecaes soffrem uma im-

v. 7/345v

pressão em sua passagem pelo recto; quando a séde dos tuberculos fôr na face uretral da prostata o tumor, fazendo saliencia notavel, póde trazer uma retenção das urinas. Os abcessos prostaticos se esvasião pelo recto ou pela uretra; neste ultimo caso produz-se um corrimento purulento uretral, que tem sido confundido com a blenorragia. O corrimento purulento póde ainda ser a expressão de tuberculos da bexiga, dos ureteres e dos rins. A hematuria póde tambem ser observada em virtude das mesmas lesões.

A situação torna-se então lamentavel, a fusão tuberculosa produz a destruição dos órgãos genito-urinarios, fistulas numerosas sobrevêm no recto, no perineo e no escroto, a emissão das urinas se faz gotta a gotta, a febre hectica apparece e o individuo morre no marasmo. A morte póde tambem se dar em consequencia de complicações visceraes, de um ameningite granulosa, tuberculose pulmonar, da pleura, do peritoneo, etc.

MARCA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO.— A marcha da affecção é essencialmente chronica, sobrevindo de tempos em tempos episodios agudos, occasionados por accidentes inflammatorios ou outros; ha muitos individuos nos quaes os tuberculos ficão no primeiro periodo por longos e dilatados annos. A duração da affecção é muito variavel, e em geral de 2, 3 e muitos annos. A terminação pela cura espontanea, comquanto rara, tem sido observada em alguns casos. Quando tem lugar o processo varia; ora se produz pela reabsorpção da parte liquida da massa tuberculosa, e enhytamento da parte solida em laminas fibrosas de nova formação; ora os productos tuberculosos eliminão-se, a caverna esvasia-se, cobre-se de botões carnudos e a cicatrização tem lugar; se nestas circumstancias não se fizerem novos depositos tuberculosos, a cura se estabelecerá. Em outros casos

a cura se faz mediante a operação da castração. Ordinariamente, porém, o processo morbido prosegue em sua marcha devastadora, a tuberculisação se generalisa, graves perturbações se manifestão, e a morte é inevitavel.

PROGNOSTICO. — A tuberculose do testiculo, sendo a expressão de uma diathese grave, é sempre uma affecção séria.

HYPERTROPHIA DO TESTICULO

Como o seu nome indica esta affecção, consiste na hypertrophia dos elementos do testiculo, traduzindo-se por um augmento de volume.

ETIOLOGIA.— E' uma affecção propria dos habitantes dos paizes quentes e particularmente do nosso, sendo muito rara nos climas frios e temperados. Acommette de preferencia os individuos de idade de 15 a 30 annos, e tem como causa principal o excesso de funcionalismo do orgão; é por isso que os individuos monorchidos apresentam uma hypertrophia do testiculo existente nas bolsas, como compensação.

SYMPTOMAS. — O unico phenomeno que caracteriza a affecção é o augmento de volume do orgão; não ha dôr, nem phenomeno algum que incommode ao individuo. A fórma, a consistencia, a molleza e a elasticidade proprias do testiculo, o genero de sensibilidade, todos os caracteres materiaes, emfim, exceptuando o augmento de volume, são normaes. O volume é duas ou tres vezes mais consideravel que o normal, a pelle tem a sua côr propria e resvala perfeitamente sobre o tumor. Quando não se trata de um monorchida, a hypertrophia testicular é sempre dup!a. Não ha hydrocele a menos por uma mera coincidencia. As funcções do orgão são normaes, e os individuos conservão a sua hypertrophia testicular por longos e dilatados annos.

PROGNOSTICO.— E' uma affecção sem gravidade.

ESPERMATOCELE

Se applica esta denominação a um tumor formado pela dilatação consideravel do epididymo ou do canal deferente por esperma ahi accumulado.

Suas causas são todas aquellas que podem produzir retenção do esperma; assim, a abstinencia do coito por um individuo habituado á copula, os violentos desejos do coito não satisfeitos, a suspensão deste acto começado, a obstrucção do canal deferente, como no endurecimento epididymar são causas do espermatocele.

Este tumor póde ser considerado como analogo aos tumores leitosos das mamas ou galactoceles. O testiculo se tumefaz e se cobre de pequenas bossas e desigualdades. A pelle escrotal é completamedte sã, sem adherencias e de côr normal. O doente experimenta no tumor dôres surdas e uma sensação de peso, um calor secco e acre; em alguns casos as dôres são muito violentas. Foi o que succedeu no caso observado por Crompton, (Curling.) Era um individuo casado, que tinha tido uma orchite blenorragica, persistindo um endurecimento na cauda do epididymo, que muito provavelmente obliterava esse conducto. Esse individuo não podia exercer o acto conjugal, porquanto nessa occasião era acommettido de dôres violentissimas, acompanhadas de suores abundantes, etc., formando-se então um pequeno tumor no epididymo.

FUNGUS BENIGNO DO TESTICULO

Sob essa denominação os authores descrevem affecções de natureza muito diversa, assemelhando-se todas pelos seus caracteres exteriores. O fungus do testiculo é antes uma complicação que uma affecção especial; é o resultado, ora

de lesões traumáticas, ora de lesões syphiliticas ou tuberculosas. Haveria por essa razão grande conveniencia em eliminarmos esse artigo e tratarmos do fungus com as complicações das affecções que podem dar-lhe origem. Não querendo operar reformas na sciencia, para o que nos reconhecemos sem habilitações, imitaremos a maioria dos authores, admittindo, porém, diversas variedades.

Jarjavay (1) divide o fungus benigno em duas classes: 1.^a, quando o fungus é formado por vegetações, tendo o seu ponto de partida no envolvero fibro-seroso da glandula — é o *fungus superficial*, mais propriamente chamado *hernia do testiculo*; 2.^a, quando o tumor é constituido pela massa glandular, escapada por uma perfuração da tunica albuginea — é o *fungus parenchymatoso*.

Verneuil admite ainda o fungus epididymar superficial, que seria constituido pela hernia do epididymo, cuja superficie se cobrisse de granulações.

FUNGUS SUPERFICIAL OU HERNIA DO TESTICULO

DEFINIÇÃO.— Entende-se por hernia do testiculo um tumor formado por este orgão, coberto de sua tunica albuginea intacta ou granulosa.

ETIOLOGIA E PATHOGENIA.— A hernia do testiculo, não sendo muito commum, é todavia menos rara que o fungus perenchymatoso.

Varias são as causas que podem dar-lhe origem, e entre ellas as principaes são: os traumatismos, determinando solução de continuidade das bolsas, a orchite chronica, a tuberculose do testiculo e a syphilis. A orchite chronica e a tuberculose do testiculo, determinão a formação de abcessos,

(1) Jarjavay — Memoire — Archives de Médecine — 1849. T. XX.

que dão pela ruptura lugar a trajectos fistulosos nas bolsas, que se reunindo, dão lugar a uma abertura, por onde se escapa o testiculo. Porque mecanismo a syphilis produz o fungus? Suppondo a existencia de uma orchite syphilitica e gommos subcutaneos ou da albuginea, é facil conceber-se a ulceração das bolsas e a sahida do testiculo pela abertura resultante. Foi por esse mecanismo que se formou o fungus na nossa segunda observação.

ANATOMIA PATHOLOGICA.— O tumor em sua reunião se compõe: 1.º, de uma parte contida nas bolsas, representada pelo epididymo e o canal deferente; 2.º, de um pediculo, estrangulado em geral pelos bordos do orificio escrotal, correspondendo á união do testiculo com o epididymo; 3.º, do tumor exterior, constituido pelo testiculo propriamente dito, escapado da cavidade vaginal— é o fungus. Este tem um volume que varia entre o de uma pequena noz e o de um ovo, e uma côr vermelha pallida.

Um golpe vertical do tumor deixa vêr no centro a substancia testicular, sã ou impregnada de productos plasticos ou tuberculos; mais para fóra uma zona fibrosa, constituida pela albuginea, que ás vezes é alterada ou reabsorvida pela base das granulações; externamente a porção granulosa ou o granuloma, constituida por granulações mais ou menos desenvolvidas, cuja estructura em nada differe dos botões carnudos ordinarios.

O epididymo e o canal deferente são normaes ou en-gurgitados, nodosos e cheios de depositos tuberculosos.

O pediculo do tumor sendo formado pelo testiculo, em sua união com epididymo, nada apresenta de notavel.

SYMPTOMAS.— O começo da affecção varia conforme a sua causa. Geralmenté é um doente que tem uma inflamação chronica do testiculo ou dos envolveros escrotaes;

uma ou duas bossas se manifestão, a pelle do escroto torna-se rubra, tensa, adherente ou não, adelgaça-se, ha formação de um ou mais abcessos que se ulcerão, dando lugar a uma ou mais aberturas; em outros casos é o cirurgião que faz punccões ou incisões, por onde corre pús, sangue ou materia tuberculosa. No fim de algum tempo as aberturas engrandecem-se e o testiculo sahe, apresentando se ora com a sua superficie já completamente granulada, ora com a tunica albuginea normal, fibrosa, lisa e branca, para cobrir-se em seguida de granulações, adquirindo o aspecto de um cogumelo.

O tumor é de um volume que varia entre o de uma noz e o de um ovo de gallinha, de fórmula ovoide, espheroidal e ás vezes lobado. Sua superficie é coberta de granulações, mais ou menos desenvolvidas conforme são mais ou menos antigas. A sua côr é rosea ou um pouco fusca; a secreção é constituida por um pús de boa natureza, bem ligado e ás vezes semi-seroso. A consistencia do tumor é em muitos casos a do testiculo, não havendo corrimento de sangue pela sua superficie, como succede com o fungus maligno. A pressão forte determina uma dôr enervante especial, semelhante a que se obtem quando se comprime o lado são. O tumor é indolente e os doentes cortão ou deixão cortar grandes talhadas, sem sentirem a menor dôr.

O escroto apresenta-se com a fórmula de um cone, cuja base corresponde á symphise pubiana. Os bordos da abertura, que abraça o pediculo, são mais ou menos espessados, e ora cobertos de granulações, ora cicatrisados; neste ultimo caso a abertura assemelia-se ao limbo do prepucio. Na loja do escroto acha-se o epididymo geralmente avolumado, duro, bosselado, ás vezes englobado em uma massa morbida, que dissimula completamente sua fórmula.

MARCHA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO.—A marcha desta affecção é muito variavel, o mesmo succedendo a sua duração, que póde ser de dias, mezes e annos. A sua terminação depende grandemente da causa que deu-lhe origem. Assim ha casos em que mediante o repouso e o emprego de topicos e um tratamento geral, a affecção céde completamente. Outras vezes isso não se dá e a suppuração ou a mortificação do testiculo tem lugar, ou forma-se um verdadeiro fungus profundo.

PROGNOSTICO. — Por si só a affecção nunca põe a vida do doente em perigo, e o prognostico deve-se basear sobretudo nas causas que derão-lhe origem e nas lesões locaes.

OBSERVAÇÕES.

FUNGUS SUPERFICIAL TUBERCULOSO DO EPIDIDYMO E DO TESTICULO.

José Bibas, Portuguez, de 46 annos de idade, entrou para a 2.ª enfermaria de cirurgia ao serviço do illustrado snr. Dr. Pedro Affonso, no dia 8 de Junho do corrente anno.

ANTECEDENTES.— Nunca teve molestias venereas de ordem alguma. Era ainda de tenra idade quando perdeu seus pais e todos os irmãos, e por isso ignora de que molestia morrêrão. E' muito sujeito a bronchites e teve, ha cerca de um anno e tanto, um corrimento uretral, que sobreveio sem causa alguma e desapareceu expontaneamente no fim de alguns dias. Ha um anno a esta parte o seu testiculo direito começou a augmentar de volume, augmento que tem-se feito progressivamente, sem dôr, não inpedindo que elle continuasse a se entregar a suas occupações. Ha um mez apparecêrão pequenas elevações na superficie do tumor, em sua parte mais inferior, ao nivel das quaes a pelle tornou-se rubra e rompeu-se dando lugar ao corrimen-

to de pús amarello e espesso; o doente espremeu-as e nos dias seguintes o pús tornou-se seroso e esbranquiçado. Os orificios erão em numero de tres; dous obliterarão-se logo, porém o terceiro estendeu-se de mais a mais e converteu-se em uma ulceração, por onde sahiu um tumor granuloso, que tornando-se cada vez maior, obrigou o doente a recolher-se ao hospital.

ESTADO ACTUAL.—O doente apresenta na região escrotal direita um tumor do volume de um ovo de perúa, de fórma periforme, com a grossa extremidade dirigida para baixo. Na parte inferior do tumor o escroto apresenta uma ulceração, de forma oval, tendo 5 centímetros no maior diametro e 3 no menor; os seus bordos são cicatrisados, lisos, livres, assemelhando-se ao limbo do prepucio e abraçando a base do tumor granuloso, cuja extensão é a mesma que a da ulceração, e da altura de um centimetro. A sua superficie é granulada em alguns pontos, onde é rosea, e em outros coberta de pús de boa natureza ou de uma materia amarellada. O granuloma continua-se com uma tumefacção interna, consistente, de superficie bosselada e desigual. Pela apalpação descobre-se na parte a mais superior do tumor um corpo molle fluctuante, do volume de uma noz, constituido pelo sacco vaginal contendo um pouco de serosidade. A pressão forte na parte inferior do tumor não determina dôr alguma, porém nos limites superiores o doente accusa, segundo a sua propria expressão, uma dôr semelhante a que experimenta quando comprime-se o lado são. O cordão é completamente normal. Os ganglios inguinaes são muito ligeiramente engurgitados. Pelo tocar rectal reconhecemos endurecimento e augmento de volume da prostata e vesiculas seminaes. O testiculo congenere é completamente são. O doente tem uma constituição deteriora-

da, a sua face é descarnada, os seus pommos salientes, as unhas hypocraticas, ha alguma tosse. Pela escuta percebemos a expiração prolongada no apice dos dous pulmões e obscuridade da sonoridade ao mesmo nivel.

DIAGNOSTICO.—Fungus superficial do epididymo e testiculo de natureza tuberculosa.

Tratamento.

Internamente—Iodureto de potassio na dose de 1 gr. por dia e agua de Inglaterra.

Externamente—Cataplasmas emollientes.

O doente esteve no uso dessa medicação até o dia 7 de Julho sem obter resultado; ao contrario, o tumor augmentou consideravelmente, fazendo uma saliencia de 3 centimetros e tornando-se mais extenso.

Prescrição—Uso interno.

Xarope de alcatrão..... 300 gr.

Tome 4 colheres por dia.

Item.

Pós arsenicaes de Boudin—.....24 papeis.

Tome 3 por dia.

Uso externo.

Cauterisações com nitrato de prata.

As cauterisações não produzirão melhora alguma; o cauterio destruiu grande parte dos tecidos morbidos, que cahião em mortificação, porém novas granulações se desenvolvião. O granuloma augmentou de volume, sua superficie era coberta em certos pontos de uma materia amarellada, semelhante ás massas tuberculosas.

No dia 23 de Agosto praticou-se a castração.

A operação correu perfeitamente e o doente no fim de vinte e tantos dias obteve alta.

EXAME DO TUMOR.—Sob um grande golpe do tumor

observamos na sua parte, a mais superior, um sacco formado pela vaginal e cheio de serosidade citrina; o epididymo é muito volumoso, cheio de nucleos volumosos de materia tuberculosa, de côr branca-amarellada e ainda no estado de crueza; elle se acha englobado de tal modo com o testiculo que é quasi impossivel distinguir estes dous orgãos. A substancia do testiculo é pallida, endurecida e de aspecto lardaceo, sendo em alguns pontos difficil distinguir-se os tubos seminiferos. A vaginal e a albuginea adherem-se intimamente na circumferencia do tumor e perdem-se nos limites em que começaõ as granulações.

FUNGUS SUPERFICIAL DO TESTICULO, DE NATUREZA SYPHILITICA.

Para a enfermaria a cargo do Ilm. Sr. Dr. Saboia entrou um individuo de 42 annos de idade, no dia 30 de Abril de 1875, indo occupar o leito n. 23.

ANTECEDENTES.—Este individuo, segundo nos referiu, teve ha 2 annos cancos e bubões, que forão seguidos de manifestações cutaneas, dôres rheumaticas, etc. Ha um anno appareceu-lhe nas bolsas do lado direito uma inflammação intensa acompanhada de febre; no fim de algum tempo formou-se uma ulceração na qual apresentou-se um tumor fungoso. Este desapareceu no fim de algum tempo, a ulcera cicatrisou-se e hoje o testiculo acha-se reduzido a uma capsula e atrophiado. Em fins do anno passado uma inflammação se desenvolveu de novo nas bolsas, que trouxe grande tumefacção, dôres agudas e febre; uma abertura se produziu por onde escapou-se o tumor que ora observamos.

EXAME ACTUAL.—O doente apresenta do lado esquerdo das bolsas um tumor arredondado, ulcerado, de bordos circulares, do volume de um ovo de gallinha, da altura de 2 centimetros e 4 1/2 de diametro; a sua superficie está um

pouco coberta de pús e por isso é vermelha ou rosea em certos pontos e branca-amarellada em outros; raspando-se o pús, que é de boa natureza, percebe-se muitos botões carnosos, arredondados, que pódem ser cortados sem que o doente sinta a menor dôr.

Uma pressão forte do tumor determina a dôr enervante particular do testiculo são:

O tumor é constituído pelo testiculo; o epididymo e o canal deferente existem nas bolsas e são ligeiramente espessados. A prostata e vesiculas seminaes são completamente sãs. A escuta do pulmão nada revelou de anormal. No lado direito do escroto ha uma cicatriz, signal do outro fungus, que deixou o testiculo reduzido a uma capsula e atrophiado.

Os ganglios são ligeiramente engurgitados.

DIAGNOSTICO.—Fungus do testiculo, provavelmente superficial, tendo por ponto de partida uma albuginite syphilitica.

No dia 5 de Maio praticou-se a castração e no dia 24 o doente teve alta.

FUNGUS PROFUNDO

DEFINIÇÃO.—Fungus profundo ou parenchymatoso é um tumor formado pelos tubos seminiferos expulsos por uma perforação da albuginea (Hennequin).

ETIOLOGIA E PATHOGENIA.—A etiologia do fungus parenchymatoso é muito obscura. Segundo Hennequin o verdadeiro fungus profundo só se produz quando um phleimão violento das bolsas existe concumitaneamente com uma orchite. « Ces deux causes réunies (diz elle), exercent une telle compression sur la substance glandulaire, que si par hasard on fait une incision au scrotum, et surtout si cette incision

intéresse l'abuginée, les tubes séminifères, pressés de toutes parts s'échappent de leur loge, les colonnes fibreuses sont détruites et entraînés par la violence de la pression, et toute cette masse se présente à l'ouverture, qu'elle agrandit au besoin, si le passage est trop étroit, alors libre de toute entrave, elle vient s'étaler entre la solution de continuité après s'être moulée sur l'orifice de sortie». Hennequin e Moutier citão, cada um, um caso de fungus produzido por esse mecanismo.

O fungus parenchymatoso póde ainda ter por ponto de partida uma orchite tuberculosa e para confirmar essa asserção temos 4 observações de Demarquay (1) e uma de Reclus. Na orchite tuberculosa a inflamação persiste por muito tempo, porque o tuberculo actua como um espinho que irrita continuamente os tecidos; demais como muito bem diz Curling, formão-se incessantemente productos novos que accumulão-se e distendem a albuginea; esta altera-se, adelgaça-se, ulcera-se e os tubos seminiferos comprimidos de todos os lados, ou melhor, exprimidos fazem irrupção. Como a neoformação é continua, a expulsão o é também.

A orchite chronica e a syphilitica, de forma gommosa, podem, segundo alguns autores, ser o ponto de partida do fungus profundo. Este póde ainda succeder a um fungus superficial.

SYMPTOMAS E MARCHA.—O fungus parenchymatoso é, como vimos, um accidente que sobrevem em consequencia de uma orchite com violenta inflamação das bolsas, de uma tuberculose do testiculo etc., e pois os seus primeiros symptomas são semelhantes aos dessas affecções.

Seja como for, um abcesso superficial se produz, uma

(1) Demarquay—La fonte purulente du testicule dans les cas d'orchite chronique.

abertura se fórma, ora resultante de uma incisão, de uma punção ou escarificação, ora resultante dos progressos da molestia; no dia immediato ou alguns dias depois, apparece na abertura um tumor do volume de uma amendoa, formado de uma massa molle, de superficie finamente estriada, amarellado ou côr de café com leite escuro, um pouco humido em seu centro e ás vezes semelhaute ao carnicão. Reconhece-se perfeitamente que a substancia do tumor é constituida por tubos seminiferos enrolados e sahindo continuamente pela abertura; a medida que esta se engrandece, o tumor augmenta até attingir ao volume de uma castanha. A compressão do tumor determina no principio, quando ha inflammação das bolsas escrotaes, alguma dôr, que mais tarde desaparece completamente.

Abandonado á sua marcha natural este tumor se desagrega pouco a pouco, cahindo sua superficie em uma especie de deliquio impregnado de pús, até o esvasiamento completo da tunica albuginea; esta apparece então no fundo da abertura com sua côr natural.

Depois deste trabalho de eliminação das partes mortificadas, granulações ou botões carnudos se desenvolvem na tunica albugina, que tornão-se de mais a mais numerosos e desenvolvidos, e fazem saliência na abertura, formando um pequeno tumor. Este augmenta successivamente até adquirir o volume de uma amendoa. Constituido essencialmente de granulações roseas, elle assemelha-se a uma amora; as granulações, verdadeiros botões carnudos, secretão um pús louvavel, que depondo-se algumas vezes no sulco que as separão, dão ao tumor um aspecto esbranquiçado, pontuado de vermelho. O tumor assim representado é completamente indolente, pôde ser comprimido e cortado em talhadas sem que apresente a menor dôr; sua superficie apezar de vascularisada não dá lugar a hemorragias.

No fim de algum tempo os botões carnudos se retrahem, o tumor diminue de volume progressivamente, até que chegando ao nivel da abertura, tractus carnudos se desenvolvem, que unem os botões do pediculo aos dos labios da incisão. A abertura torna-se de mais a mais estreita até cicatrizar-se completamente.

A. Cooper e Malgaigne nos fallão de fungus parenchymatosos desenvolvidos por outro processo. O ponto de partida é um abcesso tuberculoso, intra-glandular e enkystado; uma verdadeira membrana pyogenica o forra; na superficie desta desenvolvem-se granulações e fungosidades, mais ou menos numerosas.

Se nestas condições faz-se uma abertura, correrá pus e apparecerão fungosidades, que se tornando de mais a mais desenvolvidas constituirão um fungus benigno perfeitamente caracterizado, cuja base se implantará, não nos tubos seminiferos, mas sobre a membrana fibrosa de nova formação, que serve de limite á collecção purulenta.

PROGNOSTICO.—O fungus parenchymatoso, comquanto por si só nunca dê lugar a morte do doente, é sempre uma affecção seria, porquanto o testiculo é no maior numero de casos completamente destruido; e si o fungus for duplo, ou se em virtude de accidentes anteriores já houver destruição do outro testiculo, o individuo ficará inevitavelmente reduzido á impotencia.

Affecções moraes graves pódem sobrevir nos infelizes doentes, que assistem irremediavelmente á destruição lenta e progressiva de seus attributos viris.

FIBROMA DO TESTICULO.

A verdadeira degeneração fibrosa do testiculo é muito rara, em razão da estructura especial deste orgão.

Observa-se porem não raras vezes a atrophia do testiculo, quer rezulte de uma orchite syphilitica, quer de uma orchite intersticial simples. Os tubos seminiferos desapparecem suffocados pela transformação do tecido celluloso em fibroso, que se retrahe.

Cruveilhier refere um caso notavel de degeneração fibrosa parcial dos dous testiculos. O tecido fibroso apresentava tractus fibrosos em forma de septos irregulares e incompletos, que separavão a substancia testicular evidentemente atrophiada. Um dos testiculos offerecia uma pequena massa fibrosa muito densa da qual partião muitos tractus. Eis o caso tal como refere Cruveilhier: « Tractase de um individuo de idade de 35 annos, de constituição vigorosa, que parece ter succumbido de tuberculos pulmonares. »

« TESTICULO DIREITO.—A tunica fibrosa commum ao testiculo e ao cordão, é espêssa. A cavidade da tunica vaginal desappareceo e adherencias intimas unem estas duas tunicas ao corpo mesmo do testiculo. »

« O epididymo adhere em toda a sua extensão ao bordo superior do testiculo. Um golpe vertical antero-posterior do testiculo nos mostra um espessamento da tunica albuginea, cujas dimensões vão, em certos pontos, a 3 millimetros. A substancia testicular, que tem conservado seu aspecto avermelhado, tem desapparecido completamente em certos pontos, onde ella é substituida por uma substancia *grisea esbranquiçada, de aspecto fibroso, parecendo continuar-se na periphèria com a tunica albuginea*, e não ser senão o desenvolvimento anormal dos septos cellulosos que a face profunda da tunica albuginea envia no interior do orgão. Examinada pelo microscopio esta substancia grisea esbranquiçada parece formada de fibras de tecido celular, sem alguma mistura de elementos plasticos. »

« TESTICULO ESQUERDO.—Mesmas alterações que o direito, porem menos avançadas. »

Só se conhece um caso do verdadeiro fibroma do testiculo. Refiro-me ao testiculo extirpado por Marjolin no hospital Beaujon. O testiculo era completamente formado de tecido fibroso semelhante ao do utero, o tecido era duro, resistente, rangia sob o gume do escalpello, sendo constituido por fibras de um branco acinzentado, contorneadas sobre si mesmas, entrecruzadas, formando lobulos fibrosos um tanto vascularisados. O seu peso era consideravel relativamente ao seu volume, que era duplo do estado natural. A tunica albuginea não adheria a este corpo, de que a separava uma camada espessa de liquido. Na parte superior do tumor existia uma massa esbranquiçada, que parecia ser o resultado de uma alteração do tecido fibroso. Esta mesma alteração foi observada muitas vezes no corpo fibroso do utero por Cruveilhier.

Eis tudo o que se sabe a respeito desta affecção.

ENCHONDROMA.

O enchondroma do testiculo, tambem chamado chondroma, tumor chondroide ou osteochondrophyto, é caracterizado pela producção de substancia cartilaginosa no testiculo.

E' affecção pouco commum, e estudada em data muito recente.

ETIOLOGIA.—Pouco ou nada se sabe a respeito das causas que dão origem a este tumor. Alguns auctores tem invocado as diatheses syphilitica e escrophulosa, porém esta opinião é inadmissivel, porquanto não ha relação alguma entre estas diatheses e a affecção de que nos occupamos. Paget apella para herança, A. Cooper para a or-

chite blenorragica, Muller e Virchow para o traumatismo; porém estas diversas opiniões não passam de hypotheses, que não são confirmadas pelas observações conhecidas.

Tudo o que podemos dizer de positivo, é que a affecção, seapre unilateral, manifesta-se indifferentemente no testiculo esquerdo ou direito, e que em todas as observações conhecidas os individuos tinham uma idade comprehendida entre 18 e 38 annos. Póde-se tambem admittir uma predisposição especial do individuo para o tecido cartilaginoso.

ANATOMIA PATHOLOGICA.—O tumor é constituido pela producção de substancia cartilaginosa no testiculo e algumas vezes tambem no epididymo.

A tunica vaginal é em geral normal. Em um caso observado por Verneuil havia uma vaginalite exsudativa; póde em alguns casos existir tambem um pequeno hydrocele. A albuginea é em geral espessada. Um golpe do tumor mostra a existencia de duas substancias fundamentaes: fibro membranosa e cartilaginosa. A primeira forma grande numero de lojas, de volume variavel, no interior das quaes existe a substancia cartilaginosa, que póde ser enucleada. N'um mesmo tumor póde-se encontrar a cartilagem nos seus tres periodos de evolução—*formação, crueza e amollecimento*. A cartilagem de nova formação apresenta alguns nucleos e placas brilhantes em sua massa. Na phase de crueza a massa é homogenea e a cartilagem se apresenta sob a forma de tubos entortilhados e de grãos muito serrados, difficeis de serem separados do tecido conjunctivo visinho. Nos pontos amollecidos o microscopio revela numerosas cellulas graxas.

As producções cartilaginosas são, como a cartilagem permanente ou normal, desprovidas de vasos, não acontecendo o mesmo ao tecido que a rodeia que é muito vascularizado.

O enchondroma é raramente constituído por tecido cartilaginoso puro. No maior numero de casos o tumor é composto ou mixto. Assim pode existir, no meio da massa cartilaginosa, kystos, tuberculos, tecido fibroso, tumores perolados e cellulas cancerosas (massa encephaloide).

SYMPTOMAS.—Nos primeiros tempos de sua evolução a affecção é completamente indolente; não ha dôr nem phenomeno algum que incommode ao doente. Raramente o pratico é consultado nessa época; só mais tarde, quando o tumor tem adquirido um certo volume, de modo a tornar-se embaraçoso e a causar dôres, é que o doente recorre aos serviços do cirurgião. O exame demonstra então a existencia de um tumor ovoide regular, de um volume que não excede em geral ao de uma laranja e de um peso consideravel. O escroto apresenta-se completamente normal e resvala facilmente sobre o tumor, A superficie deste é um pouco mamelonada e a sua consistencia é dura e elastica. A compressão não desperta a menor dôr. Quando o doente está na posição vertical e mórmente por occasião da marcha, produzem-se dôres lombares, que são devidas á distensão do cordão pelo peso do tumor.

MARCHA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO.—A evolução do tumor é ordinariamente lenta e gradual, e só no fim de 10 mezes, 1, 2 e mais annos é que o tumor attinge ao seu maior desenvolvimento. O tumor, uma vez desenvolvido, entra na sua ultima phase—a do amollecimento, que começa em geral pelas partes que forão invadidas em primeiro lugar. Geralmente o cirurgião intervem fazendo a eliminacão do tumor, e por isso raramente têm-se occasião de observar a ulceração, que de outro modo manifestar-se-hia inevitavelmente.

PROGNOSTICO.— O enchondroma é em geral um tumor

benigno, podendo ser tolerado pelo organismo sem infecciona-lo e não reproduzindo-se depois de extirpado. Em alguns casos entretanto, os ganglios e outros órgãos, mórmente os pulmões, podem ser invadidos por massas cartilaginosas ou sobrevir mesmo uma cachexia semelhante á cancerosa.

SARCOMA DO TESTICULO

E' uma affecção estudada em epocha muito recente, e cuja descripção não é encontrada nos livros de Pathologia. Sua existencia é incontestavel, e Virchow, Rindfleisch, Cornil & Ranvier e Maier já estudárão a sua anatomia pathologica. Além dos casos em que este aucthores basearão os seus estudos conhecemos 3 observações de Nepveu, 2 de Trelat e 1 de Lebert. — Virchow a julga pouco commun; Rindfleisch pensa de modo contrario e assevera que o testiculo é mesmo uma das sédes de predilecção do sarcoma; o professor Saboia é da mesma opinião.

ETIOLOGIA.— Em todas as observações que conhecemos os individuos são de uma idade comprehendida entre 25 e 57 annos.

O traumatismo é sempre invocado pelos doentes para explicar o apparecimento de sua affecção e actua como causa occasional.

ANATOMIA PATHOLOGICA.—O sarcoma assesta-se de preferencia no corpo do testiculo, porém acaba muitas vezes por invadir o epididymo, o cordão e as partes visinhas; póde tambem affectar primitivamente o epididymo (caso de Lebert). As folhas da tunica vaginal são ou não adherentes; no ultimo caso póde existir um pouco de serosidade constituindo um hydrocele. No primeiro periodo a albuginea é sempre normal e constitue um obstaculo ao crescimento do tumor

mais tarde ella destróe-se e o tumor toma maior gráo de desenvolvimento.

O sarcoma do testiculo é de ordinario um tumor muito complexo; na sua composição entrão differentes variedades de tecidos e as vezes todas as neoplasias histioides: tecido cartilaginoso, mucoso, graxo e muscular; além disto ha tumores perolados e kystos de volume e numero variaveis, cujo conteúdo é liquido, viscoso ou gelatinoso, transparente ou turvo, pela presença de sangue, cristaes de cholesterina e gottas graxas.— O tecido seccionado apresenta-se, ora branco, brilhante e nacarado, ora de aspecto gelatinoso ou mucoso, ora de apparencia carnuda, vascularizado, homogeneo, muitas vezes com pontos infiltrados de sangue. Examinado com o microscopio observa-se em alguns casos em uma substancia fundamental mucosa, inteiramente molle, magnificas cellulas fusi-formes, (myxo-sarcoma). Em outros casos a substancia fundamental é compacta, fibrillar e composta de tecido conjunctivo. Algumas vezes o numero dos elementos cellulares predomina. Se as cellulas são sobretudo redondas o tumor toma uma apparencia medullar, (sarcoma medullar), especie que facilmente se confunde com o cancer. Segundo Rindfleisch o sarcoma póde degenerar em cancer; existem então nucleos cancerosos na massa sarcomatosa, e o tumor apresentará um aspecto carcinomatoso com stroma sarcomatoso.

SYMPTOMAS.—Os symptomas do sarcoma têm grandes semelhanças com os da molestia hystica benigna, enchondroma e cancer, e um diagnostico seguro só póde ser feito pelo exame microscopico.

A affecção é de ordinario unilateral; entretanto em uma das observações de Trelat, no começo da generalisação, o testiculo do lado opposto ao tumor foi tambem affectado.

Em seu primeiro periodo o sarcoma se caracteriza por um tumor ovoide, cujo volume attinge muitas vezes ás proporções de um ovo de abestruz; nesse periodo a pelle que o cobre é sã, livre e lisa; em um caso de Trelat as veias subcutaneas erão muito dilatadas. Se não houver adherencias das folhas da vaginal, póde existir um hydrocele mais ou menos pronunciado, enkystado ou não. O tumor é opaco em toda a sua extensão ou apresenta uma transparencia limitada á sua periphéria (hydro-sarcocele). Sua snperficie é lisa, em alguns casos um pouco desigual; quasi nunca, porém, apresenta grande numero de bossas, como succede no cancer. Seu peso é consideravel e sua consistencia variavel; assim, duro e resistente em alguns pontos, elle é depressivel, elastico ou semifluctuante em outros; ha casos em que existe verdadeira fluctuação em alguns pontos do tumor (hydro-sarcocele); porém nesse caso é sempre possivel deslocar o liquido com as extremidades dos dedos e tocar em um corpo resistente.

E' impossivel despertar-se pela pressão a sensibilidade caracteristica do testiculó. Em todas as observações que conhecemos a affecção tem apresentado o caracter indolente; o tumor não é doloroso e só incommoda ao doente pelo seu grande peso; é provavel que no ultimo periodo appareção dôres lancinantes. Com os progressos do tumor tem-se visto a albuginea romper-se, e o tumor torna-se então mais irregular, propaga-se ao epididymo, ao cordão, aos ganglios, etc., e se o cirurgião não intervier, a vaginal e a pelle podem-se ulcerar e o tumor fazer irrupção para o exterior.

Os desejos sexuaes são ordinariamente diminuidos, para o que muito concorre o abalo moral. A saude geral nada soffre nos primeiros tempos, porém mais tarde outros orgãos sendo invadidos sobrevem a terrivel cachexia.

MARCA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO. — A marcha do sarcoma do testículo é ordinariamente mais lenta que a do encephaloide e só no fim de 1 ou 2 annos o tumor adquire um grande volume. Em um caso de Trelat a evolução do tumor deu-se em 8 annos; o cordão, os ganglios lymphaticos, o testiculo congenere e outros orgãos forão invadidos e a terminação foi fatal. Segundo Rindfleisch o sarcoma do testiculo é sempre um tumor maligno, e a generalisação e a infecção da economia são inevitaveis.

PROGNOSTICO.—E' uma affecção grave e o tumor sendo extirpado reproduz-se muitas vezes em outros orgãos. Trelat operou um doente e dous annos depois o viu completamente bom.

OSTEOMA

E' uma affecção pouco commum e por isso ainda mal estudada. E' constituida por producções osteides ou depositos calcareos, duros, como que pedrosos, que se assestão no testiculo, epididymo, canal deferente e tunica vaginal. A transformação calcarea da vaginal dá-se nos hydroceles e hematoceles com espessamento dessa tunica; na opinião de Gosselin os depositos calcareos constituem o terceiro gráo das falsas membranas. Tem-se encontrado depositos calcareos no meio das massas cancerosas e enchondromatosas.

As causas desta affecção são mal conhecidas; os authores acreditão que ella é o resultado da orchite chronica, das contusões, do tuberculo e da degeneração fibrosa e cartilaginosa.

Os depositos de substancia calcarea podem existir estacionarios por muito tempo no testiculo, sem dôr nem phenomeno algum subjectivo. Só o exame póde demonstrar a existencia de asperesas, pontos e bossas muito duras, in-

compressiveis, em que a pressão determina ás vezes um ruído de estalido, semelhante ao do pergaminho, muito característico. Nem sempre as produções osseas comportão-se por esse modo; no fim de algum tempo os tecidos vizinhos irritados, são séde de uma fluxão sanguinea e em seguida de uma inflammação, que suppura e dá lugar a fistulas. Em alguns casos as produções osseas e calcareas eliminão-se e as fistulas se obliterão, entrando tudo na ordem; outras vezes as produções osseas são muito volumosas e não podem-se eliminar pelos trajectos fistulosos, a suppuração continúa, o doente depaupera-se e a intervenção do cirurgião torna-se necessaria.

CANCER DO TESTICULO OU SARCOCELE
CANCEROSO

Todas as variedades de cancer têm sido observadas no testiculo; trataremos sómente do encephaloide e do scyrrho, que são os mais communs.

ENCEPHALOIDE

O cancer encephaloide, assim chamado por causa da semelhança de sua substancia com a do cerebro, é a mais commum das affecções malignas do testiculo. Elle tem ainda recebido as denominações de cancer molle, polposo, medullar, cerebriforme, fungus hematoide, que trazendo grande confusão, devem ser abandonadas.

ETIOLOGIA.—O encephaloide, podendo manifestar-se em individuos de todas as idades, desde a primeira infancia até a idade de 70 annos, é sobretudo frequente no periodo medio da vida, isto é, dos 20 aos 40 annos.

A herança goza aqui, como nas affecções cancerosas de outros orgãos, um importante papel.

O traumatismo, quasi sempre invocado pelos doentes, para explicar o apparecimento de sua affecção, não passa de uma causa occasional, despertando a diathese adormecida, ou fixando-a no testiculo, se estava prestes a manifestar-se.

Os temperamentos, a constituição, o regimen alimentar e as profissões não exercem influencia apreciavel.

Todas essas condições etiologicas têm pouca importancia, todas são evidentemente dominadas por uma disposição geral do organismo, desconhecida em sua essencia, em virtude da qual o cancer tende a apparecer e a se reproduzir: é a *diathese cancerosa*.

ANATOMIA PATHOLOGICA.—O cancer encephaloide começa ordinariamente pela produção de massas cancerosas na substancia do testiculo, que sendo comprimida atrophia-se, e mais tarde, quando o tumor tem-se desenvolvido completamente, acaba por desaparecer. É muito raro que a materia cancerosa apresente-se infiltrada; mais commumente existe encerrada em um kysto, em redor do qual se abrem os tubos seminiferos.

As folhas da vaginal em alguns casos são adherentes por falsas membranas, que obliterão a cavidade; ás mais das vezes, porém, não ha adherencias, e existe então um pequeno hydrocele. A tunica albuginea apresenta-se á principio tensa e firme, espessada em certos pontos e adelgada em outros. Mais tarde o epididymo é compromettido, a tunica albuginea se rompe, e a massa cancerosa não achando mais obstaculos desenvolve-se rapidamente.

O aspecto e a consistencia das massas cancerosas varia conforme o periodo em que se acha o tumor. Nos primeiros tempos ellas se apresentam, sob a fórma de uma materia, de consistencia em geral molle, de côr esbranquiçada,

dividida em lobulos vascularizados e assemelhando-se á substancia cerebral; estas massas reduzem-se pela pressão em uma massa molle e dão um succo lactescente, com todos os caracteres do succo canceroso (é o estado de crueza.) Mais tarde as massas cancerosas se amollecem, assemelhando-se á polpa cerebral amollecida, e como que putrefacta e offerecendo uma multidão de pequenos derramamentos de sangue mais ou menos alterado, segundo a epocha da extravasação. Em alguns casos o amollecimento é levado tão longe, que a materia encephaloide se apresenta sob o aspecto de um liquido um pouco espesso, amarellado, manchado por sangue, que se escorre logo que se divide a tunica albuginea

Além das massas cancerosas supramencionadas, encontra-se na substancia do tumor: kystos cheios de serosidade ou de liquido sanguinolento; massas amarellas analogas á materia tuberculosa, que provem, segundo Curling, da degenerescencia graxa da materia cancerosa; massas de enchondroma mais ou menos abundantes e tumores perolados.

A affecção proseguindo em sua marcha devastadora ha destruição das tunicas escrotaes que ulcerão-se, apresentando-se atravez da solução de continuidade um tumor fungoso, de superficie sangrenta e muito fetido. Nesse periodo a affecção se generalisa, o cordão apresenta-se grosso, duro e volumoso, a arteria espermatica torna-se calibrosa e as veias muito desenvolvidas. Os ganglios inguinaes, lombares, mesentericos, os rins, as vertebraes, os pulmões, etc., podem ser comprometidos pela degenerescencia cancerosa.

SYMPTOMAS.— Ordinariamente a affecção é unilateral e manifesta-se indifferentemente no testiculo esquerdo ou direito. Contrariamente, porém, á opinião de Vidal de Cassis, que affimou de um modo absoluto que a affecção era benigna

sempre que fosse bilateral, está hoje provado pelas observações de Hancock, Denonvilliers (société de chirurgie), e Demarquay, que em casos excepcionaes, os dous testiculos podem ser comprometidos simultanea ou successivamente pelo encephaloide.

O tumor é ordinariamente de fórma periforme ou globular, de um volume que ás mais das vezes não excede ao do punho de um adulto, raramente attingindo ás proporções da cabeça de uma criança. A sua superficie é irregular, semeada de bossas e desigualdades molles e semi-fluctuantes em certos pontos, duras e resistentes em outros. Se as folhas da vaginal não são adherentes, fórma-se um hydrocele que, segundo uns, é determinado pelo embaraço da circulação, em consequencia da compressão dos ramos venosos situados em redor do epididymo pelo tumor (Després), enquanto que outros explicão o hydrocele pela irritação da vaginal. A punção exploradora dá lugar ao corrimento de uma certa quantidade de liquido citrino, sem que o tumor desapareça, ou de um pouco de sangue, no qual o microscopio revela a existencia de elementos cancerosos. As dôres, a principio pouco pronunciadas, tornão-se de mais a mais intensas e vivas, adquirindo o caracter lancinante e perturbando o somno do doente. O cordão espermatico se endurece e se engrossa, e as veias subcutaneas dilatão-se e desenhão-se perfeitamente na superficie do tumor.

Se nestas condições a arte não intervem, fazendo a eliminação do tumor, este prosegue em sua marcha, a albuginea, a vaginal e a pelle escrotal se rompem, dando lugar a uma ulceração, por onde se escapa um tumor fungoso, de superficie ennegrecida, que secreta um ichor fetido; a superficie do tumor sangra ao menor contacto e é de tempos em tempos séde de uma hemorragia, que contribue para o

V.7/358v

enfraquecimento do doente. No momento em que se produz a ulceração e a formação do fungus canceroso, ás vezes mesmo antes que isso se dê, a affecção se generalisa; os ganglios lombares e outros órgãos são invadidos, e o doente apresenta dôres lancinantes no abdomen que se irradião para differentes pontos. Não é raro observar-se nessas circumstancias um edema dos membros inferiores, produzido pela compressão das veias iliacas ou da cava pelas massas cancerosas ganglionares. Tem-se tambem observado paralisias dos membros inferiores, que se explicão pela compressão da medulla por massas cancerosas desenvolvidas na columna vertebral.

Nesse momento a saude do doente se altera de uma maneira notavel, elle emmagrece e depaupera, suas funcções digestivas se enlanguecem e se depravão, a pelle torna-se pallida e côr de palha, a physionomia triste e abatida; sobrevem cansaço e fadiga ao menor movimento, tosse secca, edema dos membros inferiores, e finalmente o doente morre no mais completo marasmo.

MARCA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO.—A marcha do tumor apresenta no começo alguma irregularidade, mas ordinariamente é rapida; sua evolução se faz na maioria dos casos no espaço de um ou dous annos. Paget fixou a duração média da affecção em 23 mezes. A terminação é frequentemente fatal; e, mesmo quando se faça a extirpação do tumor, outros órgãos são invadidos e a morte torna-se inevitavel.

PROGNOSTICO.—É uma affecção muito grave; a ablação do tumor não tem outra vantagem que prolongar a vida do doente por um tempo mais ou menos longo.

SCIRRHO DO TESTICULO

É uma affecção rara, e Rindfleisch põe mesmo sua

existencia em duvida; as observações, porém, de A. Cooper, Curling, Foerster, Pithe, Verneuil, etc., são muito concludentes, e hoje a existencia do scirrho do testiculo é um facto incontestavel.

ETIOLOGIA.— Como no encephaloide a causa que preside ao desenvolvimento da affecção é a diathese cancerosa, as outras causas gozando de pouca influencia. E' sobretudo dos 40 aos 50 annos que o scyrrho tem a sua maior frequencia, sendo raro antes dos 40 annos, e muito excepcional antes dos 30 annos.

ANATOMIA PATHOLOGICA.— O testiculo apresenta-se em geral sob a fórma de um tumor duro, de consistencia lenhosa e de superficie irregular e bosselada. Em alguns casos ha adherencias das folhas da vaginal e obliteração da bolsa serosa; outras vezes isso não se dá e póde haver um pequeno derramamento hydrocelico. A massa cancerosa quasi nunca apresenta-se enkystada, porém infiltrada, com irradiações para todos os pontos do testiculo. A principio ella invade a glandula e mais tarde o epididymo e o cordão; nos ultimos tempos generalisa-se e invade os orgãos abdominaes, como no encephaloide. Pelo golpe vê-se que o tumor é constituido por um tecido duro, que range ao cortante do escalpello, secco ou fornecendo pouco succo canceroso, de côr branca azulada ou grisea, opalina e semi-transparente. Nos ultimos tempos a massa scirrhusa amollece-se e apresenta o aspecto gelatiniforme. E' muito raro que a albuginea, a vaginal e o escroto sejam destruidos e que o tumor appareça ao exterior sob a fórma fungoide; antes que isso se dê a affecção generalisa-se, sobrevem a cachexia cancerosa e o doente succumbe.

SYMPTOMAS.—A affecção é ordinariamente unilateral, e

na opinião de Beyran ha tal tendencia a isso que, se ha reincidencia depois da ablação do tumor, ella se produz na mesma cicatriz.

O tumor á principio é pouco doloroso de consistencia dura e lenhosa, de superficie irregular e semeada de bossas duras, mais ou menos pronunciadas. O seu volume nunca é consideravel; as vezes é mesmo pouco sensivel e Boyer refere um caso em que o testiculo diminuiu e tornou-se duro como uma noz, é o *scirrhus atrophico*. O tumor a principio limitado ao testiculo invade no fim de tempos o epididymo e o cordão, que tornão-se avolumados e duros; no ultimo periodo, a affecção se generalizando, os ganglios lombares, inguinaes, mesentericos e outros orgãos são invadidos por massas duras. Nessa época as dôres, que tem progressivamente augmentado de intensidade, tornão-se vivas, lancinantes, semelhantes a picadas de agulhas e se manifestão já no tumor, já no abdomen, ao nivel da região renal etc. As diversas funcções do doente começão a apresentar perturbações, as digestões tornão-se languidas, o appetite se perde, a face se empallidece, adquirindo uma côr de palha característica, o individuo emmagrece, os membros inferiores se edemacião e finalmente a morte tem lugar no marasmo o mais profundo. É raro haver ulceração das tunicas escrotaes e sahida do tumor, entretanto isso se póde observar, porem a ulcera nunca é séde de hemorragias, como a que provém do encephaloide.

MARCHA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO.—A marcha do scirrhus é mais lenta que a do encephaloide; a sua duração prolonga-se ás vezes por 6, 8, 10 annos e mais. A terminação é ordinariamente fatal, e a extirpação do tumor é em muitos casos seguida de reincidiva.

PROGNOSTICO.—E' uma affecção muito séria, como facilmente se deduz do que acima dissemos.

MOLESTIA KYSTICA DO TESTICULO

Designa-se por esse nome um tumor do testiculo constituido por um trama fibroso de nova formação e hystos de volume e numero variavel, complicando-se em alguns casos de tumores perolados.

ETIOLOGIA.—E' uma affecção rara. Pouco ou nada se sabe de positivo a respeito de sua etiologia; os doentes a attribuem de ordinario a contusões sobre o testiculo ou a um resfriamento.

Em todas as observações conhecidas os individuos são de uma idade comprehendida entre 18 a 50 annos. A Cooper refere um caso em que o doente era de idade de 90 annos.

ANATOMIA PATHOLOGICA.—A pelle escrotal apresenta-se, não adherente, as vezes sulcada de veias dilatadas. A vaginal é normal ou espessada, e as vezes adherente em suas folhas; em alguns casos existe um derramamento hydrocelico. A albuginea é espessada em certos pontos, adelgada e despedaçada em outros. O tecido do tumor é constituido por um trama fibroso de nova formação, crivado de kystos, mais ou menos numerosos, cujo volume varia entre o de um grão de milho miudo e um grande ovo de pomba. O conteúdo destes kystos é um liquido seroso, citrino, ás vezes viscoso, colorado ou tincto de sangue, tendo-se achado mesmo kystos contendo coalhos sanguineos. De mistura com os kystos podem haver cristaes de cholesterina e tumores perolados; as vezes existem nucleos de enchondroma e de materia cancerosa; neste caso não se trata de uma molestia kystica benigna, porém de enchondroma ou

encephaloide complicados do kystos. A substancia seminifera sendo comprimida de encontro a albuginea inextensivel, soffre modificações notaveis, e apresenta-se ischemiada e atrophiada, formando uma camada espessa logo abaixo da albuginea. Em um periodo mais adiantado os tubos seminiferos acabão por desapparecer completamente.

Os autores admittem que os kystos provém da dilatação, ora dos canaliculos seminiferos, ora dos canaes do *rete-testis*, ora dos canaes epididymares.

SYMPTOMAS.—A affecção é sempre unilateral e manifesta-se indifferentemente do lado esquerdo ou direito. Ella se caracteriza por um tumor opaco, de um volume que não excede em geral ao do punho de um adulto, de forma oval ou periforme e de superficie lisa e regular. O tumor é renitente e elastico, offerecendo depressibilidade antes que fluctuação.

Quando existir concumitaneamente um hydrocele, poderá haver transparencia, na superficie do tumor e fluctuação; porém, expellindo-se por meio dos dedos a camada de liquido contida na vaginal, se perceberá profundamente uma renitencia e elasticidade especial.

A principio o tumor é indolente, mesmo á pressão e só casualmente o doente descobre-o; mais tarde sobrevem algumas dôres, mórmente na estação vertical e durante a marcha, produzidas pela distensão do cordão. Quasi nunca se observa as dôres lancinantes e vivas, proprias do cancer.

O cordão, os ganglios lombares e inguinaes, achão-se completamente sãos.

MARCHA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO.—O tumor gasta ordinariamente 1, 2, 3, 5 annos e mais para desenvolver-se. Quando se trata de uma molestia kystica propriamente dita

o tumor é benigno e póde persistir indefinidamente sem infeccionar o organismo; quando porém, ao lado dos kystos, houver nucleos cartilagosos ou cancerosos, o tumor é maligno, infecciona a economia e reproduz-se quando extirpado. E' por isso que o diagnostico clinico deve sempre ser verificado pelo exame anatomo-pathologico do tumor, porquanto este póde apresentar todos os caracteres exteriores de uma molestia kystica benigna, e offerecer nas suas partes profundas nucleos de massas cancerosas e enchondromatosas, que modificão o prognostico.

PROGNOSTICO.—A affecção kystica benigna propriamente dita, comquanto não ponha a vida do doente em perigo, deve ser considerada como uma affecção seria, porquanto a perda do testiculo é sempre irremediavel. Antes do exame microscopico do tumor, deve haver muita reserva da parte do pratico em emittir a sua opinião, pelas razões já expostas.

HYDATIDES DO TESTICULO

E' uma affecção muito rara, cuja existencia foi mesmo posta em duvida por Velpeau. As observações de Larrey, Depuytren, A. Cooper e Vidal de Cassis são muito concludentes e põem acima de toda a contestação a sua realidade.

A etiologia das hydatides do testiculo é muito obscura; Depuytren observou em varios membros de uma mesma familia.

O kystos se desenvolvem no cordão, na tunica vaginal, ou na substancia mesma do testiculo, sob a fórma de bossas que se apresentam ora isoladas, ora grupadas em cachos.

O tumor é indolente e de superficie desigual, irregular e bosselada; em alguns pontos ha transparencia. A apal-

pação dá as vezes signal de fluctuação e a pressão determina em alguns casos um fremito especial. Segundo Larrey a applicação brusca de um corpo frio produz uma diminuição do volume do tumor, enquanto que o calôr e a humidade restabelecem o volume primitivo.

Nos casos em que os kystos são numerosos e superficiaes o tumor póde ser confundido, pelo seu aspecto e dimensão, com o hydrocele multilocular; foi o que succedeu a Vidal de Cassis.

Se os kystos se assestarem no cordão e na tunica vaginal, a sua remoção é facil e a affecção é sem gravidade; quando, porém, a sua séde for no parenchyma testicular, o prognostico será mais sério, porquanto em muitos casos a ablação do órgão espermatico será necessaria.

HYDROCELE

Sob o nome de hydrocele designão-se os derramamentos serosos das bolsas.

Ha diversas especies, segundo o ponto occupado pelo derramamento seroso. Assim este póde infiltrar-se no tecido cellular sub-escrotal, constituindo o hydrocele por *infiltração* ou edema do escroto; póde formar-se na cavidade vaginal e temos o *hydrocele vaginal*; em kystos independentes desta cavidade, constituindo o hydrocele enkystado do testiculo; no cordão e temos o hydrocele do cordão, enkystado ou não; póde mesmo occupar um sacco herniario habitado ou não. Dessas especies só descreveremos duas, que mais nos interessão: o hydrocele vaginal e o hydrocele enkystado do testiculo.

HYDROCELE VAGINAL.

O hydrocele vaginal é congenito ou adquirido.

HYDROCELE VAGINAL ADQUIRIDO.

ETIOLOGIA.—E' uma affecção muito commum e observada em todos os climas; porém é sobretudo nos paizes quentes, que se a encontra mais frequentemente.

Acommette individuos de todas idades, porém é mais frequente entre os 20 e os 45 annos. A's mais das vezes é unilateral e observada indifferentemente do lado esquerdo ou direito; em alguns casos é dupla.

O derramamento é produzido pela ruptura do equilibrio entre a secreção e a absorção da vaginal, quer isso se dê em consequencia de um excesso de secreção, como succede no maior numero de casos, quer como consequencia da diminuição da absorção, o que é menos commum. As causas que produzem este resultado são variadas, e em muitos casos inapreciaveis pelo pratico. Entre ellas as mais provaveis são as contusões, os attritos repetidos, a existencia de pequenos kystos no epididymo, de corpos livres na tunica vaginal, a orchite chronica e a epididymite; ou então são causas que embarção a circulação geral, ou simplesmente local, como a compressão por meio de fundas ou de tumores na fossa iliaca, etc. Os derramamentos da tunica vaginal, uma vez produzidos, têm pouca tendencia a desaparecerem; ao contrario tendem geralmente ao augmento. E' por isso que não raras vezes vemos um hydrocele succeder a uma orchite agúda ou sub-agúda, que tem trazido um derramamento na vaginal. Ainda este anno tivemos occasião de observar um caso desta ordem no serviço do nosso sabio mestre, o Snr. Dr. Saboia.

ANATOMIA PATHOLOGICA.—Estudando a anatomia pathologica do hydrocele devemos examinar: 1.º a serosa e os envolveros escrotaes; 2.º o liquido derramado; 3.º o testiculo e o epididymo.

Serosa e involucros. A tunica vaginal apresenta-se em muitos casos com a sua espessura e coloração normaes, apenas um pouco distendida pelo liquido vaginal. Em outros casos é mais ou menos espessada; o seu espessamento é ás vezes consideravel, pergaminhada de consistencia fibrosa ou cartilaginosa. Ao lado dos espessamentos intersticiaes devemos assignalar o espessamento devido a falsas membranas, que se produzem em consequencia de uma inflammção aguda ou chronica da vaginal. Estas neo-membranas se organisão, se vascularisção, podendo nestas condições romperem-se e darem lugar a um derramamento sanguineo na cavidade vaginal, que se mistura á serosidade: é por esse modo que se explica a conversão, ás vezes rapida, de um hydrocele em um hematocele. As neo-membranas, produzindo adherencias entre as folhas da vaginal, podem circumscrever pequenos saccos secundarios e formarem hydroceles multiloculares; ha quem sustente que podem-se formar assim kystos incommunicaveis entre si, porém esta asserção é ainda uma hypothese não demonstrada.

A pelle que cobre o tumor é distendida, porém completamente normal; o dartos é ora espessado, ora adelgado; o musculo cremaster pode ser reduzido ao estado fibroso.

Liquido derramado.— Este liquido é de uma côr amarella pallida, citrino, transparente, fluido e sem viscosidade. Essa côr modifica-se, em alguns casos, e elle apresenta-se roseo ou vermelho, o que é devido ao derramamento de globulos sanguineos.

Velpeau tem observado a côr amarella esverdeada ou verde intensa. Em alguns casos o liquido torna-se mais consistente e é xaroposo e viscoso. Quasi sempre elle é inodoro ou de um odôr desenxabido, pouco pronunciado.

Tem-se assignalado no liquido a existencia de palhetas ou cristaes de cholestrina, que quando são abundantes turvão-lhe a transparencia. O liquido hydrocelico approxima-se por suas propriedades physicochymicas dos derramamentos inflammatorios. E' muito rico em materias albuminoides e de uma densidade de 1,025. Marimon divide os principios que entrão em sua composição em 3 grandes classes:

Principios da primeira classe.

Agua.....	934,	a	860,00
Chloruretos de sodio e de potassio.....	5,00	a	7,00
Carbonato de soda	}	2,00	a 4,00
Sulphato de soda e de cal.....			
Phosphatos de soda e de cal.....			

Principios da segunda classe.

Lactatos? Succinatos e uratos alcalinos {	}	1,00	a 3,00
Principios cristalinos de origem organica {			
Cholesterina ás vezs nulla ou.....	traços	a	8,40
Serolina	traços		
Corpo graxo, margarina, oleina	traços	a	1,60
Uréa as vezes nulla ou traços	não dosada.		

Principios da terceira classe.

Albumina (serina).....	}	48,00	a 6,00
Hydropesina (metalbumina)			
Biliverdina em caso de icterica	não dosada.		

A quantidade do liquido varia, segundo Dujat, entre 300 e 3000 grammas. Conta-se que Cline operou o historiador Gibbon de um hydrocele, cujo conteúdo approxima-se de 7 litros!

Estado do testiculo e epididymo. Estes orgãos achão-se em geral situados na parte postero inferior do tumor.

Esta posição apresenta porém variedades, que dependem, ora da existencia de adherencias entre o testiculo e a vaginal, ora da inversão do epididymo. Apresentão-se sãos ou mais ou menos alterados. As suas alterações são muito variaveis.

Se a affecção tem começado pela tunica vaginal, elles apresentão-se a principio completamente sãos; mais tarde se descorão, o testiculo se erruga e murcha, e em alguns casos apresenta verdadeira atrophia. Se ao contrario o hydrocele é consecutivo a uma orchite, os órgãos secretores apresentão as lesões proprias, o epididymo é duro e avolumado.

Nos hydroceles volumosos os elementos do cordão são em geral afastados e dissociados; e o canal deferente é algumas vezes mais duro e mais volumoso que no estado normal.

SYMPTOMAS.—O hydrocele se apresenta sob a forma de um tumor, cujo volume varia entre o de um ovo de gallinha e uma cabeça de fêto a termo; em alguns casos raros excede esse volume e Mursina refere um caso em que o tumor tinha 64 centimetros de comprimento e 40 de largura.

A sua fórma é globulosa ou, o que é mais commum, ovoide ou periforme, com a grossa extremidade dirigida para baixo. Tem-se observado as fórmas de ampulheta e de um rim, que provem da resistencia maior dos involucros em certos pontos.

O peso do tumor é em geral menor do que o do hematocele e o dos tumores solidos do testiculo, phenomeno este que, como demonstrou Nelaton, não tem a importancia que davão os authores no diagnostico differencial.

A pelle das bolsas apresenta-se sempre sã, livre e ape

nas um pouco distendida pelo tumor; se este é muito volumoso e principalmente se é duplo a pelle das partes vizinhas é deslocada, de modo que o penis torna-se pequeno e desfigurado.

O tumor é inteiramente indolente, mesmo á pressão, e apenas embaraça pelo seu volume e peso. Pela apalpação se percebe, quando a distensão da vaginal é pouco pronunciada, signal manifesto de fluctuação; deprimindo-se o tumor por meio de uma pressão brusca exercida com o dedo se chega ao testiculo, cuja existencia se revela pela sensação de um corpo duro, em que a compressão desperta uma dôr característica. Por esse meio descobre-se a situação do testiculo, que em geral é na parte postero inferior do tumor. A fluctuação póde deixar de ser observada e obtem-se pela apalpação sómente a sensação de elasticidade; isto da-se ou pela grande distensão da vaginal pela abundancia do liquido, ou em consequencia de espessamento da vaginal, ou da existencia de falsas membranas. Nesses casos a percussão pelos dedos determina uma ondulação ou vibração característica das collecções serosas. A superficie do tumor é geralmente igual e lisa; em alguns casos existem bossas e desigualdades, o que se explica pela existencia de diverticulos da tunica vaginal, nos quaes penetrão o liquido.

A transparencia é um phenomeno de grande importancia, e que, quando existe, é um signal quasi pathognomonic do hydrocele. Para observa-la collocamos o doente em uma camara escura; com uma das mãos seguramos o tumor e distendemos a pelle escrotal, e com a outra, applicando o seu bordo cubital na superficie do tumor, interceptamos a luz, approximada o mais que fôr possível. A transparencia se revela então por uma côr rosacea, exceptuando um ponto opaco e negro, que representa o testiculo, cuja posi-

ção ainda póde ser determinada por esse meio. Podemos tambem nos servir com grande vantagem do estethoscopio ordinario, applicando uma de suas extremidades na parte do tumor opposta á luz, enquanto que o cirurgião colloca um dos olhos na outra extremidade. A transparencia, do mesmo modo que a fluctuação, póde em alguns casos faltar, mórmente em hydroceles antigos; este facto se dá quer pela mudança de coloração do liquido, quer pelo grande espessamento vaginal, dependente de sua degenerescencia fibrosa ou cartilaginosa. A abundancia de pigmento cutaneo póde por si só dificultar ou embarçar mesmo a transmissão dos raios luminosos. Nestas circumstaneias o diagnostico entre o hydrocele de um lado, o hematocele e alguns tumores do testiculo de outro, póde apresentar grandes difficuldades, que desaparecem mediante uma punção exploradora.

MARCA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO.—O tumor desenvolve-se de baixo para cima e gasta ordinariamente muitos mezes, e mesmo annos, para attingir ao seu completo desenvolvimento. Em alguns casos a evolução do tumor é rapida, e em algumas semanas o seu volume é já consideravel. Na opinião do erudito professor de clinica externa, o Sr. Dr. Saboia, nesses casos o doente accusa symptomas proprios de uma vaginalite aguda ou sub aguda. « São os accessos de vaginalite, diz elle, que provocão a formação de novas collecções serosas. » Ainda este anno tivemos occasião de ver confirmada a asserção acima em um doente da enfermaria de clinica cirurgica. Abandonada a si mesma a affecção dura indefinidamente. A cura expontanea é muito rara; nas crianças ella póde dar-se pela reabsorpção completa do liquido hydrocelico.

Conta-se s caso de um individuo adulto, cujo hydrocele

desappareceu na noite que precedeu o dia marcado para a operação. Em consequencia de um choque ou de uma contusão sobre as bolsas póde dar-se a ruptura da vaginal e o liquido extravasar-se e infiltrar-se nos tecidos que constituem o envolvero escrotal. Ordinariamente o liquido infiltrado se reabsorve, porém uma nova quantidade é secretada e o hydrocele se reproduz; em alguns casos raros póde-se dar a cura.

Uma das terminações do hydrocele é a sua transformação em hematocele, que se produz principalmente quando existem falsas membranas vascularizadas.

PROGNOSTICO.—O hydrocele é em geral uma affecção benigna; mediante a operação se obtem a cura no maior numero de casos.

HYDROCELE VAGINAL CONGENITO.

O hydrocele congenito se caracteriza pela persistencia de communicação entre o sacco vaginal e o peritoneo, de modo que o liquido vaginal passa-se para o peritoneo e vice-versa. Essa communicação se faz por meio do canal *vagino-peritoneal*, que em geral se oblitera depois do nascimento. O calibre desse canal é maior ou menor; Curling diz que ha casos em que elle é muito estreitado, de modo que só muito lentamente da-se o refluxo do sangue do sacco vaginal para o peritoneo.

O hydrocele congenito é encontrado nos primeiros tempos da existencia e até a idade de 8 a 10 annos; muito raramente depois dessa época. Segundo Curling o liquido provém do peritoneo; segundo Velpeau, da exhalção vaginal, em consequencia dos attritos do escroto, durante o trabalho do parto, das irritações produzidos pelas urinas, etc. Se-

gundo Nelaton, em alguns casos deve-se admittir a theoria de Curling, e em outros a de Velpeau.

Seja como fôr, o certo é que o hydrocele congenito caracteriza-se por muitos dos symptomas proprios do hydrocele adquirido: fluctuação, transparencia, indolencia, etc; differença-se porém pela reductibilidade do tumor, pela obscuridade dos limites superiores e pela época em que se manifesta.

A terminação é geralmente favoravel e a cura se obtem, no maior numero de casos, sem que seja preciso fazer a punção e a injectão. A cura se estabelece pela reabsorpção do liquido e obliteração do canal vagino-peritoneo.

HYDROCELE ENKYSTADO DO TESTICULO.

Nesta especie de hydrocele, o liquido é contido em um ou muitos kystos de nova formação, distinctos do sacco vaginal.

A sua estiologia é muito obscura: tudo o que se sabe é que esta affecção é mais frequentemente observada nos individuos de idade de 35 a 65 annos.

O volume dos kystos é muito variavel, e sob esse ponto de vista Gosselin os dividiu em duas variedades: kystos pequenos e grandes.

PEQUENOS KYSTOS DO TESTICULO.—De um volume que varia, entre o de uma cabeça de alfinete e um grão de feijão, os pequenos kystos são em geral esphericos ou ovaes, sesseis ou pediculados, sendo seu pediculo mais ou menos longo. Em geral são multiplos, 2 a 6 e mais. Assentão-se de preferencia na parte convexa do epididymo, ao nivel de sua cabeça, cauda ou corpo, mais raramente na face inferior deste orgão ou na superficie do testiculo, junto de seu bordo superior. Elles se desenvolvem entre

a albuginea e a folha visceral da vaginal, não tendo comunicação alguma com os tubos seminíferos. São limitados por uma membrana delgada fibro-cellulosa, ás vezes vascularizada. O seu conteúdo no maior numero de casos é um liquido, mais ou menos seroso, transparente ou amarellado, tendo em suspensão cellulas epitheliaes e granulações; em alguns casos é turvo e consistente. Gosselin assegura nunca ter encontrado ahí espermatozoides; Curling sustenta o contrario; e adiante veremos que este phenomeno tem grande importancia para a explicação da formação dos grandes kystos.

Os pequenos kystos não têm importancia alguma sob o ponto de vista clinico. Nunca o cirurgião é consultado por causa delles, geralmente se os observa nos cadaveres, ou quando se examina o testiculo atacado de qualquer outra affecção.

Em consequencia de um traumatismo, as suas paredes podem-se romper, e o seu conteúdo derrama-se na vaginal. Alguns authores admittem que nestas circumstancias póde-se dar a formação de um hydrocele vaginal.

GRANDES KYSTOS DO TESTICULO.—São ainda conhecidos pelas denominações de hydrocele enkystado da tunica vaginal e hydrocele espermatico. Estes kystos, sendo muitas vezes unicos, apresentam-se em alguns casos em numero de 2, 3, raramente mais. O seu volume é o de uma noz ou um pouco mais. Curling refere um caso em que o peso do liquido enkystado era de 660 grammas. Elles se desenvolvem entre a folha visceral da vaginal e a tunica albuginea e são quasi sempre situados abaixo do epididymo, entre sua cabeça e o testiculo, ao nivel vasos efferentes: são por conseguinte sub-epididymares. Em seu desenvolvimento deslocão o epididymo e fazem saliencia para fóra ou

para dentro do ponto de origem. Em virtude da situação do tumor, ha em alguns casos compressão dos vasos efferentes, e por conseguinte obstrucção no canal excretor do esperma.

O conteúdo dos kystos se apresenta sob a fórma de um liquido fluido, opalino, turvo e leitoso, semelhante ao leite de coco. Essa côr especial é devida a espermatozoides, em numero maior ou menor, que o exame microscopico demonstra alterados ou não. Sendo abandonado ao repouso, forma-se uma camada turva no fundo do vaso, enquanto que a camada superficial é transparente e limpida. Sendo filtrado o liquido torna-se tambem transparente e não contém então elemento algum figurado. Pódem existir paletas de cholesterina; o liquido é um pouco albuminoso e por isso, forma-se um ligeiro precipitado pelo acido nitrico ou o calor.

A inflammação dos kystos, que se póde dar em alguns casos, dá em resultado uma modificação do liquido, que torna-se mais albuminso, e a formação de falsas membranas.

O liquido póde tambem transformar-se em sangue, e então teremos uma variedade de hematocele.

Os kystos formão-se, segundo Curling, no tecido celular intermediario aos conductos excretores, (vasos efferentes), e a membrana serosa que os reveste. O facto da existencia, quasi constante, dos espermatozoides no liquido contido nos kystos, tem suscitado grandes questões.

Diversas são as theorias immaginadas para explica-lo. A theoria de Liston, que fazia provir o kysto da dilataçãõ de um vaso efferente, e a de Paget que acreditava em kystos com a propriedade de secretar espermatozoides, não são hoje sustentaveis. Gosselin sustenta, que em consequencia de um choque ou de uma pressãõ sobre as bolsas, o esperma

se derrama no tecido cellular sub-epididymar, que se irrita pela presença do liquido, provoca a formação de uma membrana accidental, constituindo por esse modo um kysto. Gosselin, porém, não é exclusivo, e diz que em alguns casos deve-se admittir para a explicação do phenomeno, a theoria de Curling. Este author admitte que os grandes kystos são consecutivos aos pequenos. Em virtude de qualquer circumstancia, as suas paredes se rompem, e se estabelece uma communicação entre os kystos e um dos vasos efferentes; dado o facto a abertura do vaso seminifero póde persistir ou obliterar-se.

Além destes kystos sub-epididymares pódem existir outros tendo um ponto de eleição differente. Curling observou um no bordo anterior do testiculo, que continha 8 grammas de liquido; Brodie consignou um facto semelhante, e Marcé refere um caso em que o volume do tumor, era igual ao de um ovo de Perú. Em todos esses casos o liquido do kysto foi encontrado limpido e citrino e sem espermatozoides, o que se explica pela resistencia da albuginea. Este facto confirma até certo ponto a theoria de Curling, que nos parece ser a mais racional.

SYMPTOMAS.— O hydrocele enkystado do testiculo começa por um ou mais tumores pequenos, situados ao nivel da cabeça do epididymo ou em sua parte média ou posterior.

O seu desenvolvimento se faz lentamente e sem dôr, e o seu volume póde tornar-se consideravel; nunca porém iguala ao de um grosso hydrocele vaginal. Quando o tumor tem adquirido um certo desenvolvimento, o seu aspecto torna-se caracteristico e parece que ha nas bolsas mais de dous testiculos; se os kystos são multiplos, o tumor é lobado e muito irregular. Um exame attento faz então reconhecer que o tumor é fluctuante, tenso, adherente ao tes-

ticulo, movel com elle, porém podendo ser perfeitamente limitado. O testiculo occupa ordinariamente a parte anterior e inferior do tumor. Quando este fôr muito desenvolvido, póde-se confundi-lo com o hydrocele vaginal; se descriminará então a posição do testiculo pela apalpação combinada á compressão, que despertará a dôr enervante do testiculo, e pelo exame com a luz.

Quando o tumor tem um certo volume, ha em geral dôres espontaneas ao longo do cordão e da região renal; o embaraço e o incommodo produzido pelo tumor estão ordinariamente em relação com o seu volume.

MARCA DURAÇÃO, TERMINAÇÃO E PROGNOSTICO. — A sua marcha é lenta, a sua duração indefinida e a sua terminação é ordinariamente pela cura, quando a arte intervem. O prognostico deduz-se do exposto.

HEMATOCELE

Sob essa denominação geral comprehende-se os tumores das bolsas formados por sangue.

Ha diversas especies de hematocele, segundo o ponto em que o tumor tem a sua séde.

Assim o sangue póde derramar-se ou infiltrar-se entre as tunicas do escroto e temos o *hematocele parietal*; no cordão e temos o *hematocele funicular*; na cavidade vaginal e constitue o *hematocele vaginal*; abaixo da tunica albuginea ou mesmo na substancia do testiculo—é o *hematocele do testiculo*. O derramamento de sangue póde ainda fazer-se em uma cavidade accidental qualquer, como um kysto, um sacco herniario, habitado ou não.

Só descreveremos o hematocele vaginal e o do testiculo, porquanto são os unicos que tem relação com o ponto de nossa these.

HEMATOCELE VAGINAL

O hematocele vaginal, segundo o modo por que se produz, divide-se em traumatico ou primitivo e espontaneo ou consecutivo.

HEMATOCELE TRAUMATICO

O hematocele traumatico é o que se produz em consequencia de uma violencia externa.

ETIOLOGIA.—E' menos commum que o hematocele consecutivo. Suas causas são: as contusões das bolsas e dos testiculos, a ferida de um vaso do cordão, do escroto ou do testiculo feita accidentalmente, ou por occasião de uma intervenção cirurgica, como a punção de um hydrocele, etc., etc. O hydrocele, augmentando o volume do escroto e tornando a vaginal mais vascularizada, predispõe para o hematocele, porquanto as bolsas ficão mais sujeitas ás influencias traumaticas.

ANATOMIA PATHOLOGICA.—Uma contusão sobre as bolsas mais vezes produz um hematocele parietal que um hematocele vaginal. Este facto foi demonstrado por Velpeau, Gosselin e Beraud e acha sua explicação nas condições anatomicas da vaginal, que difficilmente se rompe. Segundo os mesmos authores, quando se produz ne stas condições um hematocele vaginal, ha concumitaneamente, no maior numero de casos, infiltração das tunicas escrotaes extra-vaginaes.

A tunica vaginal apresenta-se despedaçada em um ou mais pontos, formando aberturas mais ou menos largas, obturadas ou não por coalhos sanguineos. O conteúdo vaginal a principio é constituido por sangue puro, porém mais tarde modifica-se e apresenta caracteres diversos. Em alguns casos elle se divide em duas partes, uma constituida por

sero, a outra por concreções fibrinosas mais ou menos numerosas, livres ou adherentes á tunica vaginal. Se o hematocele forma-se em uma bolsa, que contém já liquido hydrocelico, o conteúdo é representado por uma serosidade tincta de sangue, tendo ou não coalhos sanguineos. Em certos casos o liquido modifica-se grandemente, torna-se mais consistente e de uma côr escura, assemelhando-se ao café, chocolate borra de vinho ou melão. As vezes o liquido sanguineo é reabsorvido e tudo volta ás condições normaes; outras vezes a reabsorpção não se dá ou é incompleta, e então depositos fibrinosos se fazem nas paredes da vaginal, que se torna espessa e consistente.

SYMPTOMAS.—Depois de uma violencia exercida sobre as bolsas fórma-se rapidamente um tumor arredondado ou periforme, tendo a sua grossa extremidade voltada para baixo. O seu volume attinge ás proporções de uma laranja ou da cabeça de um feto. Quando o tumor depende de uma contusão das bolsas, ha ordinariamente echymoses e uma infiltração sanguinea dos tecidos extra-vaginaes, que póde invadir o perineo, as coxas e a parte inferior do abdomen. A compressão do tumor desperta dôres mais ou menos intensas. Pela apalpação ha geralmente dificuldade em perceber-se o testiculo; em alguns casos este orgão póde ser distinguido e então elle apresenta-se immovel, não podendo ser deslocado. O exame do tumor pela luz revela uma opacidade completa. No começo póde-se perceber fluctuação, porém mais tarde, quer porque o sangue começa a se reabsorver ficando na vaginal sómente a parte solida, quer em consequencia do espessamento da vaginal por falsas membranas, a fluctuação desaparece e o tumor torna-se elastico como o hematocele consecutivo.

MARCA E TERMINAÇÃO.—O tumor desenvolve-se rapidamente e fica estacionario por alguns dias; depois a echymose do escroto desaparece, passando por todas as modificações do processo habitual da reabsorpção do sangue, o derramamento vaginal se reabsorve tambem e o tumor desaparece completamente. Em outros casos a reabsorpção não se dá, formão-se coalhos sanguineos e fibrinosos e uma pseudo-membrana que espessa a vaginal, constituindo-se assim um tumor com todos os caracteres do hematocele espontaneo ou consecutivo. Quando a contusão tiver sido muito violenta, a terminação pela suppuração do fóco póde ter lugar.

PROGNOSTICO.— O prognostico deduz-se das noções precedentes.

HEMATOCELE VAGINAL ESPONTANEO

O hematocele vaginal é espontaneo quando o derramamento sanguineo produz-se espontaneamente ou com apparencia de espontaneidade.

PATHOGENIA E ETIOLOGIA.— A pathogenia do hematocele espontaneo tem sido objecto de grandes discussões, e diversas são as theorias imaginadas para explica-la. Resumindo as reduziremos a duas: para uns o facto primordial é o derramamento de sangue, que se faz por exhalção da serosa, enquanto que as pseudo-membranas são secundarias e determinadas pelo derramamento sanguineo. Esta theoria não é hoje admittida, e todos os authores estão accordes em abraçar a doutrina de Gosselin. Este author admite uma vaginalite sub-aguda ou chronica, em consequencia da qual produzem-se falsas membranas, que preexistem ao derramamento de que ellas são causas essenciaes. Com effeito, quando as falsas membranas começam a se organisar, seus vasos são abundantes, de paredes muito fracas e incompletamente for-

madas; nada mais facil que a ruptura desses vasos nessas condições e a formação de um derramamento sanguineo.

Aceitamos a doutrina de Gosselin, mas não podemos de maneira alguma recusar ao sangue derramado as propriedades incontestaveis de se organizar, e é por esse mecanismo que se explica a conversão de um hematocele traumatico em um tumor com todos os caracteres anatomo-pathologicos do hematocele espontaneo.

Estando estabelecido que o hematocele provém da exhalção sanguinea da pseudo-membrana, pela ruptura dos vasos que serpejão em sua superficie, e sendo certo que essa falsa membrana é determinada por uma vaginalite, segue-se que todas as causas que forem capazes de dar lugar a uma vaginalite devem *ipso facto* serem consideradas como causa do hematocele. Nesse numero devemos incluir a orchite, os traumatismos ligeiros e repetidos, como a equitação, a injecção de um hydrocele ordinario, etc., etc.

ANATOMIA PATHOLOGICA.—No seu estudo analysaremos successivamente as alterações das paredes da bolsa hematica, o liquido hematico e o testiculo.

As paredes da bolsa são grandemente espessadas; este espessamento, como muito bem demonstrou Gosselin, não é devido á vaginal, porém ao desenvolvimento de falsas membranas nas paredes internas dessa serosa. As pseudo-membranas podem revestir, tanto a folha parietal da vaginal, como a visceral, porém comportão-se differentemente nas duas. A pseudo-membrana da folha parietal é constante, em geral muito espessa e adherente a serosa, podendo contudo ser separada mediante tracções ou pelo deslocamento praticado com os dedos ou com uma espatula. A face livre da pseudo-membrana é rugosa, aspera e coberta de coalhos sanguineos e fibrinosos, de uma côr mais ou menos escura,

conforme a côr do liquido intra-vaginal. Na folha visceral a pseudo-membrana não tem uma existencia tão constante, póde faltar, e quando existe é mais delgada e muito adherente á serosa.

A espessura das pseudo-membranas varia entre um millimetro e um centimetro e mais.

Neste ultimo caso ellas são densas, inflexiveis e podem mesmo soffrer as infiltrações e incrustações calcareas, transformando a bolsa vaginal em um sacco extremamente resistente.

São mais ou menos vascularisadas, e quando são espessas, contêm ordinariamente em sua espessura derramamentos sanguineos, como se os vasos tivessem-se rompido. Ha communicação entre os vasos das pseudo-membranas e os da serosa. Entre as pseudo-membranas parietaes e as que revestem a folha visceral podem haver bridas e septos fibrosos organisados, capazes de separarem a cavidade vaginal em diversas lojas.

As pseudo-membranas são formadas pela superposição de camadas reconheciveis pela vista em muitos casos. Examinadas com o microscopio não se acha na sua estrutura, nem fibras conjunctivas, nem cellulas de cartilagem, nem osteo-plastos; sómente existem alguns feixes de curtas fibrillas e alguns elementos calcareos perdidos no seio da substancia amorpha.

O liquido hematico apresenta uma côr e consistencia variaveis. Ora é vermelho, côr de borra de vinho, ou escuro como café ou chocolate; as vezes é fluido, outras vezes viscoso, assemelhando-se ao melão ou a uma massa molle escura.

Em muitos casos elle tem em suspensão cristaes de

cholesterina ou coalhos sanguineos e fibrinosos mais ou menos volumosos.

A situação do testículo é, no maior numero de casos, na parte postero-inferior do tumor, menos frequentemente na porção postero-superior e mais raramente na parte anterior. Elle é muitas vezes achatado e eschemiado ou mesmo atrophiado e privado de espermatozoides. O epididymo póde conservar-se na sua situação natural, isto é, no bordo posterior do testículo, ou afastar-se na extensão de 2 a 5 centímetros; sendo que esse afastamento se produz sobretudo á custa do corpo, conservando a cabeça e a cauda quasi a sua posição normal, de modo que o epididymo apresenta uma curva de concavidade interna e inferior, e de convexidade externa e superior. O canal deferente póde tambem ser desviado e os elementos do cordão dissociados ou afastados.

SYMPTOMAS.— O hematocele vaginal espontaneo se apresenta sob a fórma de um tumor, occupando uma das partes lateraes do escroto, de fórma arredondada, ovoide ou periforme, mais raramente cylindroide, e de um volume que póde igualar ao de uma larauja ou mesmo a uma cabeça de feto a termo. O seu peso é, relativamente ao seu volume, consideravel e igual ao dos tumores solidos. A sua superficie, muitas vezes lisa, unida e sem irregularidades, apresenta em alguns casos bossas e desigualdades. A pelle é distendida, porém tem a sua coloração normal, e é perfeitamente movel sobre o tumor. Em alguns casos apresenta-se sulcada pelas veias dilatadas.

Se as paredes da bolsa são pouco espessas e se o conteúdo é perfeitamente liquido, póde-se perceber uma fluctuação obscura e profunda. Em geral, porém, as condições

anatomo-pathologicas são taes, que não se póde perceber fluctuação alguma, e em seu lugar ha uma elasticidade especial, como se a parede da bolsa hematica se deixasse deprimir, para retomar sua fórma normal depois de cessar a compressão. Ha casos em que, em consequencia da grande consistencia do liquido e do consideravel espessamento ou ossificação da vaginal, a apalpação do tumor dá a sensação igual a de um corpo solido. Geralmente não se póde determinar a posição do testiculo; em alguns casos entretanto, a apalpação combinada a pressão, pode pela dôr enervante especial do testiculo nos esclarecer sobre isso.

Examinado pela luz, o tumor mostra opacidade completa.

Em geral o tumor é indolente mesmo a uma pressão forte. Quando elle é muito volumoso, ha sempre por occasião da marcha dôres no cordão, que se propagão á região renal, determinadas pelo peso do tumor, que distende os elementos do cordão. Em alguns casos ha mesmo dôres lancinantes semelhantes ás do cancer. Observámos este anno um caso na enfermaria do Sr. Dr. Bustamente, em que o tumor era de um volume consideravel, maior do que o de uma cabeça de feto a termo, muito pesado e consecutivo a um hydrocele; pois bem, o doente accusava dôres vivas e lancinantes, mesmo ao repouso que se propagavão ao abdomen e impedião-lhe o somno.

MARCHA E TERMINAÇÃO.— O desenvolvimento da affecção é as vezes gradual e lento, porém sempre progressivo. Em outros casos, depois do tumor ter attingido um certo volume, estaciona-se durante algum tempo, para augmentar de novo, em virtude de uma causa qualquer, como um pequeno esforço, um ligeiro trautamatismo; depois estaciona-se de novo e assim progressivamente. As dôres não sendo em

geral intensas, os doentes só recorrem aos cuidados do cirurgião, quando o tumor tem adquirido um consideravel desenvolvimento. Póde-se dar a inflammação do tumor e o fóco suppurar, apparecem então phenomenos agudos locaes e geraes, e constitue-se um abcesso.

PROGNOSTICO.— O hematocele vaginal espontaneo é uma affecção séria, e em geral de maior gravidade que o hematocele traumatico. A cura só se póde obter por meio de uma operação, que nem sempre é sem perigo.

HEMATOCELE DO TESTICULO

Graças aos trabalhos de Richter, Pott, Chassaignac, Nelaton e sobretudo de Beraud, o hematocele testicular, negado por alguns authores, tem hoje uma existencia real.

ETIOLOGIA.— É uma affecção pouco commum; a sua causa univoca é o traumatismo exercido sobre as bolsas, quer este se dê accidentalmente, quer em virtude da intervenção cirurgica.

ANATOMIA PATHOLOGICA.— O testiculo apresenta-se augmentado de volume e engurgitado de sangue; este existe, ora infiltrado entre os tubos seminiferos, ora reunido em fócos mais ou menos consideraveis e limitados pelo tecido glandular só ou por elle e a albuginea; a substancia do testiculo apresenta-se mais ou menos ennegrecida. A albuginea apresenta-se ora sã, de côr fusca e apenas distendida, ora rota em um ou mais pontos, deixando sahir pelas aberturas os tubos seminiferos. Estas são as lesões que se observão no hematocele recente; em uma epocha afastada póde sobrevir a suppuração, donde o apparecimento de outras lesões.

SYMPTOMAS E MARCHA.— A affecção sendo devida a uma

causa traumática e esta, exercendo sua acção uma vez sobre o testículo e sobre as bolsas, determina a formação de um grande tumor que é constituído, já por um derramamento de sangue no testículo, já pela existencia de igual derramamento na vaginal e entre os tecidos das tunicas escrotaes. E' por essa razão que é muito difficil e mesmo impossivel, quando o derramamento vaginal fôr muito abundante, distinguir-se o testículo no meio do tumor sanguineo. O doente apresenta dôres mais ou menos intensas, que se propagaõ aos pontos vizinhos, ao cordão, etc.

Em uma epocha mais avançada, quando a infiltração das bolsas e o derramamento vaginal tiver desaparecido ou diminuido muito, poder-se-ha perceber o testículo e este apresentar-se-ha então avolumado, endurecido e renitente, tendo sua superficie coberta de bossas mais ou menos consideraveis. A compressão do tumor determinará dôres mais ou menos intensas.

TERMINAÇÃO.— Quando a causa traumática tiver actuado com pouca intensidade, e que as desordens não forem consideraveis, a reabsorpção dos derramamentos sanguineos póde dar-se e tudo volta ás condições physiologicas. Quando, porém, a contusão tiver sido muito violenta, a reabsorpção do derramamento não se dá e a suppuração tem lugar.

PROGNOSTICO.— Do exposto se depreheende que o prognostico varia com a intensidade das lesões e as condições em que se acha o individuo.

INCLUSÃO FETAL DO TESTICULO

Sob esse nome designa-se um tumor formado por partes de feto, mais ou menos desenvolvidas, encerradas no testículo.

E' uma affecção rara e ainda mal estudada. Verneuil, que foi quem melhor a estudou, colheu nos authores nove factos, aos quaes addicionou um observado por elle e o Dr. Guersant.

As monstruosidades inclusas são constituídas por rudimentos de fêto, ossos, dentes, pellos, musculos, tecido nervoso e kystos, cujo conteúdo é constituído por serosidade ou por um liquido gelatiniforme.

Ha divergencias na maneira de interpretar a formação do tumor. Para Lebert trata-se de uma formação heterotopica; para outros são monstruosidades por inclusão. Segundo Ollivier e Velpeau a inclusão é primitivamente abdominal, isto é, as partes fetaes situadas a principio no ventre, junto do testiculo, acompanhão esse orgão em sua emigração. Segundo Verneuil, essa theoria nem sempre póde ser admittida, e as partes fetaes occupão desde o principio o tecido cellular subcutaneo das bolsas, independentemente do testiculo, com o qual mais tarde contraem adherencias.

Seja como fôr, o testiculo acaba sempre por comprometter-se.

Em seis casos em que o lado foi notado, o tumor occupava sempre o lado direito, o que se tem tambem observado nas inclusões fetaes do ovario.

Póde-se considerar dous periodos na evolução da affecção. No primeiro o tumor é indolente, de superficie lisa e regular ou desigual e bosselada, duro, de consistencia mesmo ossea, opaco, apresentando ás vezes fluctuação. Este periodo é mais ou menos longo, e o tumor torna-se de mais a mais volumoso a medida que o resto do corpo se desenvolve, adquirindo em alguns casos dimensões consideraveis.

Mais tarde as partes fetaes irritão os tecidos vizinhos, que se inflammão, o tumor se avoluma, a pelle se enrubece,

abscessos se formão, que se rompem, dando lugar a fistulas por onde sahem os restos de fetos.

No primeiro periodo esta affecção é compativel com uma saude boa ou regular; quando, porém, sobrevier inflamação do tumor, o prognostico torna-se mais sério; porquanto, de ordinario a sua ablação torna-se necessaria.



SEGUNDA PARTE

Diagnostico differencial

S'il est dans la science des questions délicates et hérissées de difficultés nombreuses, ce sont sans contredit toutes celles qui ont trait au diagnostic, soit en général, soit en particulier, ou bien enfin au diagnostic différentiel...

(Hecquet.)

ORCHITE AGUDA.—A orchite aguda se acompanha ordinariamente de symptomas inflammatorios de tal modo francos e de circumstancias tão caracteristicas que o seu diagnostico é em geral facil. Tendo diagnosticado uma orchite aguda não é difficil conhecer a especie de que se trata, se é uma orchite uretral, blenorrhagica ou não, ou se ao contrario é traumatica, variolica, rheumatica, etc., desde que attendermos aos commemorativos. Nas orchites uretraes a inflammação se localisa de preferencia no canal deferente e epididymo, raramente no testiculo propriamente dito; nas outras ao contrario este ultimo orgão é a séde principal da lesão, emquanto que o epididymo e o canal deferente são normaes; por conseguinte teremos em um caso epididymite e no outro orchite parenchymatosa. Nesta ultima o tumor é ovoide e em geral pouco volumoso; na epididymite o tumor inflammatorio apresenta uma forma mais desigual e o seu volume é muitas vezes duas ou tres vezes mais consideravel que o testiculo do lado são.

Em circumstancias especiaes pódem-se apresentar difficuldades no diagnostico entre a orchite aguda de um lado,

e a erysipela do escroto, a hernia inguinal ou crural extrangulada, a peritonite parcial, a orchite tuberculosa aguda e o hematocele recente.

A orchite aguda facilmente se distingue da erysipela do escroto pelo seguinte: as causas da erysipela são em geral a infiltração urinosa e as incisões nas bolsas; na erysipela o mal é muito mais extenso e raramente limitado a um só lado do escroto; nella os limites da inflamação são constituídos por um burlete muito característico e o cordão, o epididymo e o testiculo propriamente dito não participão da inflamação.

A confusão entre a hernia inguinal extrangulada e a orchite aguda é possível, porquanto esta ultima affecção, sendo muito intensa, póde ser acompanhada de nauseas, vomitos, constipação de ventre, tumefacção do cordão spermatico e dôres nas verilhas que se propagão ao abdomen, symptomas estes que tambem são observados na hernia extrangulada. O erro porém não poderá perdurar, porquanto se for uma hernia, interrogando o doente reconheceremos que o seu tumor é antigo, e que os symptomas de extrangulamento se manifestárão depois que elle tornou-se irreductivel. Se examinarmos o tumor perceberemos o testiculo e o epididymo com os seus caracteres normaes. Se a hernia for congenita, estes orgãos sendo englobados com os intestinos, não poderão ser percebidos, porém os commemorativos nos darão então luz sufficiente para evitarmos o erro.

Um testiculo em ectopia póde ser a séde de uma inflamação, e em razão da situação anormal do tumor os phenomenos clinicos tomão uma physionomia diversa. Samuel Cooper referiu um caso de ectopia inguinal, em que o testiculo inflammou-se: havia um tumor no canal inguinal acompanhado de dôres atrozes e vomitos, que assemelhava-se a

v.7/374

uma hernia extrangulada ou a um phlegmão. Se a ectopia fôr crural o testículo se inflammando determinará symptomas propios de uma hernia crural extrangulada ou de uma adenite. Ricord observou um caso de ectopia perineal, em que a inflammação do testículo se traduziu por phenomenos propios de um abcesso perineal. A ectopia póde ainda ser intra-abdominal, e a confusão se poderá dar então com um fleimão ou uma peritonite parcial. Em todos estes casos basearemos o nosso diagnostico nos commemorativos offerecidos pelo doente e na ausencia do testículo nas bolsas do lado doente.

A distincção entre a orchite aguda e a orchite tuberculosa de Reclus (fórma aguda da tuberculose do testículo) offerece algumas vezes grandes difficuldades. O quadro symptomatico das duas affecções é como fiz vêr muito semelhante; ha comtudo algumas differenças. Na orchite aguda tuberculosa a inflammação é sobretudo notável no epididymo, assemelhando-se nesse ponto ás orchites uretraes, blenorragicas ou não.

Quando pois virmos um individuo tuberculoso, escrophuloso ou de temperamento muito lymphatico, sem ser sujeito a alguma das influencias uretraes da orchite aguda, sem causa mesmo apreciavel, ser acommettido de uma epididymite ou orchito-epididymite, devemos suspeitar uma orchite tuberculosa. E, se o cordão apresentar-se tumefacto ou nodoso e a prostata e as vesiculas seminaes volumosas, endurecidas e dolorosas, poderemos garantir que se trata de uma orchite aguda tuberculosa e que a suppuração será quasi inevitavel.

Os tuberculos do testículo, em sua fórma aguda ou chronica, podem acommetter individuos que gozem apparentemente de uma saúde florescente e nos quaes não ha o

menor indicio de uma affecção pulmonar. Nesse caso o diagnostico offerece grandes difficuldades e muitas vezes só mais tarde, depois de observar a marcha ulterior da affecção, poderemos emittir uma opinião segura. Assim se a resolução deixar de fazer-se, se o epididymo tornar-se duro, irregular, cheio de bossas, se estas se amollecere e se romperem constituindo abcessos, poderemos quasi que garantir com certeza que a orchite é tuberculosa, porquanto é muito raro a epididymite franca terminar por suppuração.

A orchite aguda distingue-se facilmente do hematocele recente, porque neste a causa é em geral o traumatismo, a tumefacção forma-se instantaneamente, as dôres são menos intensas que na orchite, o escroto é echymosado, o cordão e o epididymo são normaes.

ORCHITE CHRONICA.—Esta affecção póde-se confundir com a orchite syphilitica, o tuberculo, a hypertrophia testicular, o enchondroma, o cancer, o hematocele e a molestia kystica.

A orchite chronica differença-se da orchite syphilitica pelo seguinte: Nesta ultima affecção chega-se pelo interrogatorio ao conhecimento da existencia de antecedentes syphiliticos, em quanto que na primeira em lugar de syphilis ha estreitamento da uretra, blenorrhagias anteriores etc. Na orchite syphilitica as lesões são ordinariamente bilateraes; na orchite chronica este character é menos constante. No testiculo syphilitico a fórma do tumor é a de um ovoide regular e o volume do testiculo quasi nunca excede ao de um ovo de gallinha; na orchite chronica o tumor é de fórma mais irregular e de um volume ás vezes mais consideravel. No sarcocele syphilitico a parte compromettida é em geral o corpo do testiculo; na orchite chronica tanto o epididymo

como a glandula são affectados, e as vezes se confundem em uma massa unica.

O hydrocele é um phenomeno mais constante na orchite syphilitica que na orchite chronica. Esta ultima suppura muitas vezes, em quanto que a primeira só muito excepcionalmente suppura.

O diagnostico entre a orchite chronica e o tuberculo do testiculo é ordinariamente um problema de difficil resolução. Os symptomas e a marcha das duas affecções apresentam grandes semelhanças, e o diagnostico exige grande attenção e sagacidade da parte do pratico. Este não deverá perder nenhuma circumstancia e se baseará sobretudo nos antecedentes, nas causas que determinarão a affecção e no modo porque ella desenvolveu-se. Na orchite chronica a prostata e as vesiculas seminaes são normaes, em quanto que no tuberculo estes orgãos são avolumados, endurecidos e dolorosos e o canal deferente é muitas vezes nodoso. A existencia de tuberculose pulmonar ou de outros orgãos é um elemento importante a favôr da tuberculose genital, porém a ausencia desses phenomenos não tem o mesmo valor, porquanto está hoje demonstrado que póde haver tuberculisação genital sem igual lesão de outros orgãos.

Os endurecimentos do epididymo pódem-se confundir com uma tuberculose genital em começo. As duas affecções se differença pelo seguinte: A epididymite chronica ou é consecutiva a uma inflammação aguda ou está ligada a corrimentos chronicos da uretra, masturbação, etc. Na epididymite a induração assesta-se de preferencia na cauda do epididymo, e é sempre por uma degradação insensivel que os tecidos alterados continuão-se com os tecidos sãos; na tuberculose a induração, podendo localisar-se na cauda e no corpo, assesta-se sobretudo na cabeça do epididymo, e os

limites dos tecidos doentes com os sãos são bruscos. A epididymite chronica augmenta o volume do orgão, porém não o deforma senão exagerando as saliencias determinadas pelas flexuosidades do canal; e por isso pode-se perfeitamente seguir os contornos da asa formada pela reflexão da cauda do epididymo, sentindo-se a depressão que esta aza circumscreve. No tuberculo a superficie do tumor é mais irregular, semeada de desigualdades e bossas esphericas ou semi-esphericas, em geral bem limitadas e constituídas por nucleos tuberculosos, que englobão as flexuosidades da cauda do epididymo, não sendo por isso possivel circumscrever suas diferentes partes. Finalmente a ausencia de endurecimento da prostata e das vesiculas seminaes, de nodosidades do canal deferente e de tuberculisação de outros orgãos na epididymite, e a presença dessas lesões no tuberculo do testiculo esclarece completamente o diagnostico.

O diagnostico entre a orchite chronica e a hypertrophia testicular é facil, porque esta ultima é uma affecção propria da juventude, sobrevém sem causa apreciavel, é em geral dupla e carecterisa-se por augmento de volume do orgão, sem alteração de sua consistencia propria e de todos seus caracteres physicos; a orchite chronica ao contrario succede a uma inflammação aguda ou é entretida por affecções chronicas da uretra, é menos vezes dupla e caracteriza-se por um tumor duro, desigual e bosselado.

O enchondroma tem alguns pontos de semelhança com a orchite chronica, porém a distincção entre as duas affecções é em geral facil, porquanto na primeira o tumor é ordinariamente mais volumoso, mais pesado e duro e começa quasi sempre pelo testiculo propriamente dito, deixando o epididymo livre.

A distincção entre a orchite chronica e o cancer é fa-

cil, desde que se attenda, que neste o tumor é ordinariamente de um volume mais consideravel, muito pesado e unilateral; a pelle das bolsas é sulcada de veias dilatadas, o corpo do testiculo é a primeira parte atacada, ha dôres vivas e lancinantes, engurgitamentos ganglionares, perturbação da saude geral. etc.

A orchite chronica difficilmente se confunde com um hematocele vaginal, porquanto este se caracteriza por um tumor ovoide ou periforme, mais regular, succedendo ás vezes a um hydrocele; o tumor fluctuante nos primeiros tempos acaba por adquirir, depois do espessamento da vaginal, uma consistencia elastica especial; se ainda houver duvidas a punção exploradora as dissipará completamente.

Para distinguirmos a orchite chronica da molestia kystica benigna basta attendermos que nesta ultima o tumor é sempre unilateral, sobrevem sem causa apreciavel e é de fórma mais regular; além disso a apalpação faz-nos perceber uma sensação especial — de depressibilidade antes que de fluctuação—phenomeno este muito caracteristico.

ORCHITE SYPHILITICA. — Esta affecção póde-se confundir com a orchite chronica, o tuberculo, o cancer, a hypertrophia do testiculo, o enchondroma, a molestia kystica e o hematocele. Já apresentámos os caracteres differenciaes entre a orchite chronica e a orchite syphilitica; para estabelecermos as differenças entre esta e o tuberculo e o cancer (encephaloide ou scyrrho) vamos apresentar os caracteres das tres affecções comparativamente:

CARACTÉRES DA ORCHITE SYPHILITICA.

- 1.º A orchite syphitica é rara antes da puberdade.
- 2.º A sua causa univoca é a infecção syphilitica, de

que podemos chegar ao conhecimento na maioria dos casos, examinando os antecedentes do individuo.

3.º A orchite syphilitica é muitas vezes bilateral, sendo mesmo a affecção em que mais vezes os dous orgãos são simultanea ou consecutivamente compromettidos.

4.º A orchite syphilitica invade no maior numero de casos o testiculo, raramente o epididymo e muito excepcionalmente o canal deferente, as vesiculas seminaes e a prostata.

5.º A orchite syphilitica tem um começo insidioso e em geral é indolente; as dôres ao repouso são nullas, excepto em alguns casos especiaes em que ha dôres nocturnas. A pressão nos primeiros tempos desperta uma pequena dôr, que desaparece com os progressos do tumor.

6.º Na orchite syphilitica o tumor é em geral pouco volumoso, e se não ha hydrocele o seu volumè não excede ao de um ovo de gallinha; a sua superficie é desigual, semeada de bossas duras e zonas fibrosas, sem relevo, semelhantes a placas cartilaginosas, que não são percebidas pela vista, porém que manifestão-se com esses caractéres pela apalpação.

7.º A pelle é sã, livre e resvala facilmente sobre o tumor, excepto em casos excepcionaes, em que se dá a terminação pelo fungus.

8.º O hydrocele é um phenomeno constante.

9.º A terminação é em geral pela resolução ou atrophia; em alguns casos da-se a transformação fibrosa, cartilaginosa ou ossea. A terminação pelo fungus é rara e se dá na fórma gommosa.

10.º A marcha da affecção é lenta e essencialmente chronica.

11.º O tratamento pelo iodureto de potassio traz a resolução do tumor.

CARACTÉRES DO TUBERCULO DO TESTICULO.

1.º A tuberculose do testiculo affecta sobretudo os individuos de 15 a 40 annos.

2.º Não ha antecedentes syphiliticos, porém existe a diathese tuberculosa, congenita ou adquirida. Em muitos casos o exame dos pulmões demonstra a sua tuberculisação.

3.º A affecção póde ser dupla, porém não tão frequentemente como no engurgitamento syphilitico.

4.º A tuberculisação começa em geral pelo epididymo e invade tambem o canal deferente, as vesiculas seminaes e a prostata, cuja induração se percebe pelo tocar rectal. As lesões do corpo do testiculo se manifestão mais tarde e são ás vezes pouco pronunciadas.

5.º O tuberculo do testiculo é uma affecção indolente e só apresenta dôres, por occasião dos episodios inflammatorios.

6.º O tumor excede em muitos casos o volume de um ovo de gallinha e apresenta em sua superficie bossas e saliencias nodosas e esphericas bem limitadas, que, a principio duras, tornão-se mais tarde fluctuantes pelo amollecimento de seu conteúdo, que provoca uma phlegmasia dos tecidos visinhos.

7.º A pelle, sendo sã no primeiro periodo, contrahe no segundo adherencias com o tumor, ulcera-se, dando lugar a orificios fistulosos mais ou menos numerosos, por onde corre pús espesso e amarellado a principio e mais tarde pus seroso, tendo em suspensão grumos.

8.º O hydrocele é observado menos frequentemente, sendo a vaginalite secca mais commum.

9.º A terminação mais frequente é pela suppuração.

10.º A marcha é também chronica.

11.º O iodureto de potassio não exerce influencia alguma sobre a affecção, que prosegue em sua marcha fatal.

CARACTERES DO CANCER DO TESTICULO.

1.º O cancer, podendo ser observado em todas as idades, é sobretudo frequente depois dos 30 annos.

2.º A causa é muitas vezes inapreciavel; em alguns casos o doente attribue o seu tumor a uma contusão sobre as bolsas.

3.º O tumor é ordinariamente unilateral e os casos duplos referidos por Denonvilliers, Hancock e Demarquay devem ser considerados como muito excepcionaes.

4.º O cancer começa geralmente pelo corpo do testiculo, passando em seguida aos elementos vasculares do cordão e se acompanhando de adenopathia lombar, mesenterica, inguinal, etc.

5.º No cancer ha a principio dôres vagas mais ou menos intensas, que se propagão á região lombar e que mais tarde tornão-se vivas, lancinantes, parecendo que o tumor é atravessado por agulhas.

6.º O tumor adquire quasi sempre o volume da mão de um adulto fechada ou mesmo o da cabeça de um fêto a termo. A sua forma é ovoide ou globular, a sua superficie irregular, desigual e semeada de bossas molles e semifluctuantes em certos pontos, elasticas ou resistentes em outros.

7.º A pelle das bolsas é nos primeiros tempos sã e sulcada de veias dilatadas. Mais tarde ella adelgaca-se em certos pontos, torna-se vermelha ou violacea e ulcera-se

dando lugar á formação de um fungus sangrento, que dá corrimento a uma sanie fetida.

8.º O hydrocele é tambem observado em alguns casos de cancer.

9.º A terminação do cancer é pela ulceração das bolsas, formação de um fungus e generalisação, sobrevindo a cachexia cancerosa, com todos os seus caracteres especiaes.

10.º A marcha é um pouco mais rapida, salvo o caso de um scirrho, cuja evolução é muito lenta.

11.º Todo e qualquer tratamento interno é impotente.

Um pouco de attenção bastará para differençar o testiculo syphilitico da hypertrophia do testiculo, do enchondroma, da molestia kystica e do hematocele.

O enchondroma é representado por um tumor de um volume mais consideravel, unilateral; não ha antecedentes syphiliticos e o iodureto de potassio sendo administrado não produz modificação do tumor. A orchite syphilitica distingue-se facilmente da molestia kystica, porquanto esta é constituída por um tumor unilateral, mais volumoso, não duro, porém depressivel e elastico e não cedendo ao iodureto de potassio.—O hematocele é em geral um tumor mais volumoso, tendo uma marcha diversa, precedendo as vezes um hydrocele; não ha antecentes syphiliticos e nem a affecção cede ao tratamento pelo iodureto de potassio.

TUBERCULOSE DO TESTICULO.

FÓRMA AGUDA.—A tuberculose aguda do testiculo só pode-se confundir com as inflammações agudas do mesmo orgão, e o seu diagnostico differencial foi já feito quando tratamos do da orchite aguda.

FÓRMA CHRONICA.—Ha casos typicos em que o diagnos-

tico do tuberculo do testiculo nenhuma difficuldade offerece; em outros casos os caracteres da affecção são mais obscuros e é preciso um exame serio do tumor.

Devemos attender ao modo porque se desenvolveu a affecção e ás circumstancias que a acompanharão em seu desenvolvimento. Ha certos phenomenos prodromicos que isolados nenhum valor tem, porém que quando se reúnem, podem esclarecer o diagnostico, taes são: os corrimentos uretraes repetidos, a espermatorrhea, a irritação do collo da bexiga ou da região prostatica da uretra e a hematuria. Se a estes phenomenos se reune a existencia de signaes evidentes de tuberculose de outros órgãos, e principalmente dos pulmões, ou se ha uma predisposição á tuberculose, quer pela herança, quer pela constituição lymphatica e escrofulosa, torna-se muito provavel que os phenomenos testiculares observados, sejam devidos a uma tuberculisação genital.

Distinguiremos dous casos: 1.º quando a affecção invade somente o epididymo; 2.º quando este órgão e o corpo do testiculo são simultaneamente invadidos e englobados em uma unica massa. No primeiro caso a confusão só se póde dar com a epidipymite chronica ou o endurecimento do epididymo, e o diagnostico foi já feito em outra parte deste trabalho. No segundo o diagnostico apresenta maiores difficuldades e a confusão se póde dar com a orchite chronica, o testiculo syphilitico, o cancer, o enchondroma, a molestia kystica, o hydrocele e o hematocele. Nada diremos mais sobre o seu diagnostico com as tres primeiras affecções, porquanto teriamos de repetir o que ja expendemos em lugar opportuno; vejamos como differença-lo das outras.

O tuberculo do testiculo distingue-se do enchondroma, porque este é representado por um tumor unilateral, de

consistencia dura e elastica e de um volume e peso em geral mais consideravel. O tuberculo começa pelo epididymo, o enchondroma invade em primeiro lugar o corpo do testiculo; no enchondroma as vesiculas seminaes e a prostata são normaes, enquanto que no tuberculo estes órgãos são invadidos e apresentão-se endurecidos. A tuberculisação dos órgãos genitales coincide muitas vezes com a tuberculisação de outros órgãos e principalmente dos pulmões.

O hydrocele, não sendo um pheuomeno constante no tuberculo do testiculo, existe todavia em alguns casos; raramente porém, as suas proporções serão de tal modo consideraveis que fação-se acreditar em um hydrocele simples; é sempre possivel perceber-se o epididymo endurecido e bosselado na parte posterior do tumor, e quando houver duvidas a punção exploradora esclarecerá o diagnostico.

A distincção entre o tuberculo de um lado e a molestia kystica e hematocele de outro é ordinariamente facil, porquanto nestas affecções ultimas a pelle é sempre sã, livre, as vezes sulcada de veias, o tumor é em geral mais volumoso e regular, globuloso e periforme, etc.

HYPERTROPHIA DO TESTICULO.—O diagnostico desta affecção é sempre facil, porquanto não ha nenhuma outra que, acommettendo de preferencia os jovens dos paizes quentes, se caracterise pelo engurgitamento indolente do testiculo, sem alteração de sua fórma, consistencia, molleza, elasticidade e sensibilidade propria á pressão.

ESPERMATOCELE.—O espermatocele é de diagnostico em geral facilimo, porquanto não ha nenhuma outra affecção que se caracterise por tumefacções intermittentes ao nivel do epididymo, sobrevindas depois de erecções prolongadas, coitos suspensos, etc.

FUNGUS DO TESTICULO.—No diagnóstico do fungus temos de resolver tres questões capitaes: 1.º distinguir o fungus benigno do maligno ou canceroso; 2.º distinguir as diversas especies de fungus benigno, isto é, a hernia do testiculo, o fungus parenchymatoso e o fungus do epididymo; 3.º conhecer a variedade etiologica.

1.º O diagnóstico entre o fungus benigno e o maligno é ordinariamente facil, porquanto as duas affecções apresentam uma symptomatologia e evolução muito diversas. Assim, o fungus benigno é constituído por um tumor arredondado ou ovoide, de superficie rosea, granulosa, assemelhando-se a uma amora; a superficie do tumor não é sangrenta e dá uma secreção de pús de boa natureza; não ha engurgitamento ganglionar, ou existe, porém muito pouco pronunciado; o estado geral póde ser regular ou mesmo bom. No fungus maligno a superficie do tumor é mais irregular, esphacelada, sangrenta e fusca; a materia que banha a sua superficie é de má natureza e constituída por um ichor sanioso e fetido; ha dôres lancinantes que se propagão ao abdomen; o cordão, os ganglios inguinaes, lombares e mesentericos são invadidos pelas massas cancerosas, sobrevém a cachexia cancerosa, que se caracteriza por uma côr de palha especial da pelle, descoramento das mucosas, emmagrecimento geral, etc.

2.º Nem sempre é facil distinguir-se a hernia do testiculo do fungus parenchymatoso. No começo as difficuldades são menores, porque a hernia do testiculo apresenta-se sob a forma de um tumor liso, de aspecto nacarado, que depois torna-se roseo e cobre-se de botões carnudos; em alguns casos o tumor é já granulado no momento de formação. O fungus profundo no começo tem outro aspecto; não é nacarado, porém acinzentado, de superficie estriada e

sem granulações, só mais tarde torna-se granuloso. Quando as vegetações fungosas se desenvolvem na membrana pyogenica de um abcesso tuberculoso enkystado ou na superficie ulcerada de um gомmo, o processo é outro, mas em todo o caso a distincção é possível. Além disso, o tumor fungoso na hernia do testiculo é mais volumoso que no fungus profundo; na hernia a compressão determina uma dôr enervante especial, semelhante a que se obtem quando se comprime o testiculo são, ao passo que no fungus profundo, havendo ordinariamente mortificação dos tecidos do testiculo, esse phenomeno não se observa.

O fungus epididymar é raro, porém o caso por nós referido estabelece a sua existencia. Reconhecemos que o epididymo entrava na composição do tumor, porque a compressão na sua parte mais inferior não despertava a dôr enervante especial, ao passo que esse phenomeno era observado nos limites superiores, onde se podia perceber o testiculo um pouco endurecido. Além disso se fosse fungus sómente do testiculo se poderia, como acontece na hernia, perceber dentro do sacco escrotal, o epididymo separado do testiculo por um pediculo abraçado pela ulceração da pelle.

3.^o Nem sempre é facil conhecer-se a variedade etiologica do fungus, e este ponto do diagnostico é importante, porque d'elle deduz-se o prognostico e o tratamento. Elle se basea sobre tudo nos commemorativos, na marcha da affecção, no estado do epididymo, do cordão, da prostata, das vesiculas seminaes, da uretra, dos pulmões, da pelle, etc.

FIBROMA.—O fibroma é um tumor raro e o seu diagnostico só pôde ser feito por exclusão.

ENCHONDROMA.—O enchondroma é um dos tumores do testiculo de mais difficil diagnostico. Para que venha ao

nosso espirito a idéa de enchondroma é preciso que se reu-
 não todos os symptomas que o caracterisãm: fórma ovoide,
 volume e peso consideraveis, consistencia dura e elastica,
 superficie mamelonada, indolencia, estado são do cordão e
 do escroto, estado geral excellente, ausencia de engurgita-
 mentos ganglionares. Mesmo assim o erro é possível e só o
 exame microscopico poderá dissipar todas as duvidas. As
 principaes affecções com que o enchondroma póde-se con-
 fundir são : a orchite chronica, a orchite syphilitica, o tu-
 berculo, o encephaloide, o scirrho, a molestia hystica, o hy-
 drocele e o hematocele. Nada diremos mais do seu diag-
 nostico com as tres primeiras affecções, para não repetirmos
 o que já foi exposto em lugar competente.

O enchondroma confunde-se facilmente com o cancer
 (encephaloide ou scirrho), e segundo Trelat o diagnostico
 dos neoplasmas apresenta em geral grandes difficuldades ;
 essa confusão é tanto mais facil, quanto é certo que ao lado
 dos pontos enchondromatosos existem algumas vezes nucleos
 de materia cancerosa. Tudo o que podemos dizer é que no
 enchondroma o tumor é menos volumoso, de consistencia
 mais dura, de superficie mais regular e marcha mais lenta.
 O tumor é em geral indolente, não ha as dôres lancinantes
 do cancer e só em casos excepcionaes a affecção se genera-
 lisa. O enchondroma é mais communmente observado antes
 dos 30 ou 35 annos.

Uma ou outra affecção que se confunde com o enchon-
 droma é a molestia kystica ; estas duas affecções se mix-
 turão algumas vezes e ao lado de nucleos cartilagosos ha
 kistos mais ou menos numerosos, e por isso os symptomas
 das duas affecções são muito semelhantes. Segundo Dauvé
 o melhor signal differencial é a existencia de pontos duros
 e elasticos no enchondroma, porém este signal póde faltar,

quer pelo espessamento da vaginal, quer em virtude de um derramamento nesta tunica. Tambem a confusão não traz inconveniente algum, porquanto as indicações a preencher são as mesmas em ambos os casos.

E' muito facil distinguir-se o enchondroma do hydrocele, porque neste ha fluctuação, transparencia e possibilidade de perceber-se o testiculo na parte postero-inferior do tumor, phenomenos que não se observão no primeiro.

O enchondroma distingue-se do hematocele porque este produz-se de um modo diverso, e é representado por um tumor ovoide ou periforme, de superficie mais lisa, apresentando em alguns casos verdadeira fluctuação ou uma sensação de ondulação ou fluctuação profunda, que indica a existencia de liquido; além disso se a vaginal não é muito espessa póde-se, comprimindo o tumor, despertar na sua parte postero-inferior a dôr enervante especial do testiculo. Se ainda pairar no espirito do cirurgião algumas duvidas, a punção exploradora as dissipará completamente.

SARCOMA.—Caracteres: Tumor em geral unilateral; começa no maior numero de casos pelo testiculo; fórma ovoide regular; volume e peso consideraveis; escroto são e sem adherencias, no primeiro periodo; superficie lisa ou muito pouco desigual; consistencia variavel, dura em certos pontos e elastica e com falsa fluctuação em outros; impossibilidade de determinar-se a posição do testiculo e de despertar-se a sua dôr enervante caracteristica pela pressão; tendencias á invasão do epididymo, cordão, ganglios lymphaticos e outros orgãos; possibilidade de ulcerar-se.

Tendo-se em vista estes signaes é sempre possivel distinguir o sarcoma da orchite chronica, do testiculo syphilitico e do tuberculo, cujos caracteres forão apresentados em lugar opportuno. Para distingui-lo do hydrocele basta atten-

dermos que este é constituído por um tumor transparente em quasi toda a sua extensão, com fluctuação manifesta, mais leve, de fórma em geral periforme, e sendo possível determinar-se a posição do testículo que se revela pela sua consistencia e sensibilidade caracteristica á pressão. Nos casos em que o sarcoma apresentar fluctuação, em consequencia de um hydrocele concumitante, o diagnostico será ainda facil, porquanto, além da transparencia ser limitada á periphéria do tumor, é sempre possível deslocar o liquido por meio dos dedos que encontrarão uma resistencia; e se ainda houver duvidas uma punção exploradora as dissipará immediatamente. O sarcoma distingue-se do hematocele porque este tem uma evolução diversa, não tem influencia sobre a economia, apresenta muitas vezes sensação de ondulação profunda, e é possível em grande numero de casos determinar-se a posição do testículo; e se isto não fôr sufficiente faremos uma punção exploradora; no sarcoma sahirá pela canula sangue semelhante ao que sahe dos vasos, e no hematocele um liquido escuro, côr de chocolate, etc.

As dificuldades são maiores quando se trata de distinguir o sarcoma do enchondroma, da molestia kystica benigna e do cancer; a confusão é muito facil, mormente no começo da affecção. O enchondroma tem uma marcha mais lenta, não exerce, as mais das vezes, influencia sobre o aparelho ganglionar e sobre a saude geral e desenvolve-se de ordinario em individuos de 25 a 35 annos. Na molestia kystica temos tambem marcha muito lenta, consistencia elastica mais uniforme, sensação de depressibilidade e benignidade. No cancer a evolução do tumor é mais rapida, sua superficie mais desigual e semeada de bossas duras ao lado de outras molles e muitas vezes ha dôres lancinantes. Em muitos casos só o exame microscopico póde dar o cunho de certeza ao diagnostico.

V.7/352v

OSTEOMA— A existencia de um tumor extremamente duro e pesado, de superficie desigual e incompressivel, onde a pressão determina ás vezes um ruido de estalido semelhante ao do pergaminho, póde fazer-nos suspeitar um osteoma. O diagnostico porém só se reveste de certeza quando o cirurgião vê, após a inflammação das bolsas, formarem-se fistulas por onde sahem produções osseas e calcareas.

ENCEPHALOIDE.— Já apresentámos os caracteres differencias entre esta affecção e a orchite chronica, o testiculo syphilitico, o sarcocele tuberculoso e o enchondroma; vejamos como distingui-la do scirrho, hydrocele, hematocele e molestia kystica.

O encephaloide differe do scirrho, porque este é representado por um tumor mais duro, mais pesado, de marcha muito mais lenta e de um volume menor. No encephaloide o tumor termina em geral por ulceração; no scirrho é raro haver a ulceração, e quando mesmo esta se produza, nunca se fazem por sua superficie essas hemorragias tão communs no primeiro.

Ordinariamente é facil distinguir-se o cancer do hydrocele, porquanto este é constituido por um tumor ovoide, periforme ou em fórma de rim, de superficie igual, fluctuante, indolente, sendo possivel perceber-se o testiculo na sua parte postero-inferior, onde a pressão desperta a dôr enervante especial da glandula seminal. O cancer ao contrario é constituido por um tumor globular, não transparente, de superficie desigual, bosselada e dura; quando completamente desenvolvido o tumor póde apresentar signaes de fluctuação, porém esta nunca será geral, e ao lado dos pontos molles haverá outros duros; ha impossibilidade de perceber-se o testiculo, e o tumor é séde de dôres vivas e lancinantes. Em consequencia do espessamento da vaginal,

a fluctuação e a transparencia podem faltar no hydrocele. Mesmo assim o diagnostico é possível, porquanto no hydrocele com espessamento, apalpando-se o tumor, sente-se a dureza muito superficialmente, e em qualquer ponto que se explore a região escrotal, os dedos são detidos pela resistencia dos involucros. No encephaloide a dureza é igualmente superficial para traz, porém na parte anterior e aos lados do tumor, em consequencia da existencia de um hydrocele, não se a encontra senão depois de deslocar um pouco de liquido ou expellir uma camada de partes molles, bastante espessa para dar a sensação de alguma coisa especial. (Gosselin.) Além disso a evolução da affecção nos esclarece muito, porquanto o espessamento da vaginal só se dá em hydroceles antigos, em um tempo mais que sufficiente para haver invasão dos ganglios lombares, perturbação da saude, etc., se trata-se de um encephaloide. Se houver ainda duvidas, recorreremos á punção exploradora.

O encephaloide distingue-se do hematocele, porque este é constituido por um tumor de superficie mais lisa e regular, apresentando ás vezes uma sensação de ondulação ou fluctuação profunda, outras vezes uma consistencia elastica.

O tumor, ou se fórma rapidamente em consequencia de um traumatismo, ou succede a um hydrocele, ou se fórma lentamente, e então a sua longa duração, sem que tenha havido ainda invasão dos ganglios e infecção da economia, é sufficiente para eliminar do espirito a idéa de um encephaloide. Ha casos especiaes em que o hematocele póde apresentar muitos dos symptomas do cancer, como as bossas, as dôres lancinantes, etc., e se a marcha da affecção não nos esclarecer sufficientemente, só a punção exploradora poderá dar o cunho de certeza ao nosso diagnostico. Se fôr um encephaloide correrá pela canula sangue rubro, seme-

lhante ao que sahe dos vasos, em geral em pequena quantidade, e não trazendo diminuição do volume do tumor; o exame microscopio mostrará além disso a existencia de de cellulas cancerosas. Se fôr um hematocele correrá serosidade sanguinolenta ou ainda sangue, porém este é completamente alterado, côr de café, de chocolate ou de borra de vinho; demais, sua quantidade será maior e haverá diminuição do volume do tumor.

Diremos de passagem que a punção exploradora só deverá ser praticada no momento em que o cirurgião e o doente estiverem preparados para a operação, porquanto no hematocele o liquido hematico evacuado é substituido pelo ar, que determina uma inflammação violentissima, cujas consequencias são muito graves.

O diagnostico entre o encephaloide e a molestia kystica apresenta muitas vezes difficuldades, e só é possivel quando se reuñem um certo numero de circumstancias felizes. Na molestia kystica o tumor é periforme, de uma consistencia especial, elastica — uma sensação de depressibilidade antes que de fluctuação.— O tumor é indolente, de marcha muito lenta e não tem influencia alguma sobre o apparelho ganglionar, e nem sobre a saude geral. O diagnostico é ainda mais difficil, quando ao lado das massas cancerosas existirem kystos mais ou menos numerosos.

SCIRRHO.— Já estabelecemos o diagnostico dos tumores precedentes com o scirrho, e por isso limitar-nos-hemos aqui a dizer que esta affecção, rara antes dos 40 annos, é constituída por um tumor de um volume em geral pequeno, de consistencia dura e lenhosa, de marcha muito lenta, sendo muitas vezes séde de dôres lancinantes e podendo generalisar-se, invadir o apparelho ganglionar e perturbar a saude geral. E' raro que o tumor se ulcere, e quando isto

se dê nunca a ulceração é séde de hemorragias como o fungus encephaloide.

MOLESTIA KYSTICA.—A molestia kystica póde-se confundir com o hydrocele, mórmente o hydrocele multilocular, e Sir A. Cooper confessa lealmente ter já commettido esse erro uma vez. Entretanto o diagnostico é possível, porquanto no hydrocele ha transparencia, fluctuação em toda a extensão do tumor, e é sempre possível despertar a dôr testicular na parte postero-inferior do tumor. As duvidas que existirem no espirito do pratico se dissipárão completamente pela punção exploradora, porquanto no hydrocele correrá pela canula grande quantidade de liquido citrino, enquanto que na affecção kystica sahirá uma pequena quantidade de liquido sero-mucoso, tinto de sangue ou sómente sangue.

O diagnostico entre a molestia kystica e o hematocele é mais difficil, porém não impossivel, desde que se attenda ao modo de producção do tumor, á sua evolução e aos seus caracteres exteriores. Na affecção kystica ha uma sensação de depressibilidade especial, o tumor é indolente a pressão, e não é possível perceber-se o testiculo; no hematocele, ou ha uma sensação de fluctuação profunda ou uma sensação especial de elasticidade ou de pergaminho; em muitos casos é possível determinar-se pela pressão a dôr caracteristica do testiculo. Quando houver duvidas a punção exploradora as dissipará.

HYDATIDES.— Os tumores hydaticos, em virtude de sua transparencia e fluctuação, podem-se confundir com o hydrocele multilocular, como succedeu a Vidal de Cassis.

O erro, porém, será evitado se examinarmos o tumor pela pressão, que determinará um fremito especial e pela approximação de um corpo frio, que produzirá uma reduc-

ção de seu volume, que se restabelecerá pelo calor e humidade.

HYDROCELE VAGINAL.— O hydrocele vaginal congenito é de um diagnostico facil. Só póde ser confundido com o hydrocele vaginal adquirido e com a hernia. Distingue-se da primeira affecção pela idade pouco avançada do doente, pela ausencia de limites claros na parte superior do tumor e pela sua reductibilidade. O hydrocele congenito tem de commum com a hernia (mórmente a hernia congenita) o caracter de reductibilidade, entretanto a distincção será facil desde que se attenda a transparencia do tumor; além disso, operando-se a sua reducção e applicando-se o dedo no anel inguinal, se verá no fim de um certo tempo reproduzir-se o tumor, sem que o cirurgião sinta corpo algum passar debaixo de seus dedos.

O hydrocele vaginal adquirido póde ainda confundir-se com o hematocele e a hernia inguinal.

O hematocele espontaneo é a molestia que mais vezes se confunde com o hydrocele; os caracteres das duas affecções são muito semelhantes, mesmo começo, mesma marcha, mesma fórma, e demais o hydrocele póde transformar-se em um hematocele. Quando houver transparencia o engano será impossivel. Este signal porém póde faltar; se a ausencia de transparencia fôr sómente devida á côr muito escura da pelle escrotal, como succede no preto, a fluctuação manifesta do tumor, a possibilidade de perceber-se perfeitamente o testiculo na sua parte postero-inferior, nos inclinarão a pensar no hydrocele. Se, porém, a ausencia de transparencia fôr por conta do espessamento da vaginal, as difficuldades serão maiores, e só a punção exploradora poderá resolver a questão. A impossibilidade de diagnostico nestas circumstancias nenhum inconveniente acarreta, por-

quanto as indicações therapeuticas são dictadas pelas paredes das bolsas e não pela natureza do liquido.

A distincção entre o hydrocele e a hernia inguinal é em geral facil, porquanto esta é constituida por um tumor opaco, não fluctuante, sonoro a percussão, reductivel, deixando perceber no momento da reducção um gargarejo especial; seu desenvolvimento faz-se de cima para baixo, a tosse dá-lhe uma impulsão, e o seu volume augmenta na estação vertical; o tumor continúa-se pelo annel inguinal e inferiormente póde-se perceber o testiculo.

A coexistencia de um hydrocele e uma hernia difficulta o diagnostico, mas não o impossibilita, porque os antecedentes do doente, a transparencia do tumor em um ponto, sua opacidade em outro, onde a percussão determina um som claro, a possibilidade de reduzir uma parte do tumor, etc., são sufficientes para tirar nossas duvidas.

HYDROCELE ENKYSTADO DO TESTICULO.— O hydrocele enkystado do testiculo distingue-se do hydrocele vaginal pelo pequeno volume do tumor, pela posição do testiculo em sua parte antero-inferior, e pela possibilidade de isolar esse orgão do kysto espermatico. Estes caracteres tornão-se insufficientes, quando o kysto fôr muito consideravel e rodear completamente o testiculo, cujo isolamento torna-se impossivel. Nestas circumstancias devemos procurar conhecer o modo porque desenvolveu-se o tumor; e, se este tiver começado pela parte superior do testiculo, se tiver sido lobado, de modo a parecer que havião dous testiculos de um só lado das bolsas, poderemos concluir que se trata de um kysto espermatico. Se estas resenhas faltarem, o diagnostico só será possivel pela puncção exploradora, que dará sahida a um liquido turvo, lactescente, no qual o microscopio revelará a existencia de espermatozoides.

HEMATOCELE VAGINAL.— O diagnostico do hematocele vaginal traumatico é facil desde que se attenda que este tumor produz-se em consequencia de um traumatismo sobre as bolsas, que são echymosadas; o tumor fórma-se rapidamente, ou é um hydrocele que subitamente augmenta de volume e perde sua transparencia.

Já fizemos o cotejo entre os caracteres differenciaes do hematocele vaginal espontaneo e os dos tumores precedentes, e por isso nada mais diremos a esse respeito.

HEMATOCELE DO TESTICULO.— O diagnostico desta affecção em seu começo apresenta grandes difficuldades, e é mesmo impossivel; porquanto, a tumefacção consideravel das bolsas e o derramamento vaginal não deixão perceber o testiculo no meio do tumor, cujos caracteres proprios ficão *ipso facto* desconhecidos. Só mais tarde, quando se der a reabsorpção do derramamento vaginal ou depois que se lhe der sahida pela incisão, é que o diagnostico se esclarecerá.

INCLUSÃO FÉTAL.— No primeiro periodo o seu diagnostico é difficil, e dos 10 casos referidos por Vernenil só uma vez o tumor foi reconhecido. O diagnostico faz-se por exclusão; é um tumor que o individuo accusa desde o nascimento, sem exercer influencia alguma sobre o seu organismo, irregular, opaco, irreductivel, fazendo corpo com o testiculo. Por esse meio differença-se a inclusão fétal do hydrocele congenito, da hernia inguinal, do cancer e do tuberculo, unicas affecções que pódem sobrevir na infancia. O diagnostico torna-se facil, quando se formarem fistulas, por onde os restos de féto são eliminados.



INDICAÇÕES BIBLIOGRÁFICAS

Trabalhos que consultámos para a confecção de nossa these:

Adam—Essai sur l'enchondroma du testicule—Thèse—1874.

Bach—Essai sur l'orchite parotidienne et rhumatismale—Thèse—1871.

Barnier—Des tubercules des testicules—Thèse—1873.

Berard—Des divers engorgements du testicule—Thèse—1857.

Beyran—Du diagnostic différentiel des affections du testicule, leur symptomatologie et leur traitement—Thèse—1850.

Bouisson—De l'orchite rhumatismale—De l'affection tuberculeuse du testicule—Tribut à la chirurgie—tom. II.

Boutin—De la maladie kystique du testicule—Thèse.—

Boyer—Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent—1844.

Broca (Paulo)—Traité des tumeurs—1866.

Cabral—Diagnostico differencial dos tumores do testiculo—Thèse—1869.

Castier—Etude clinique sur le sarcocèle tuberculeux—Thèse—1866.

Chambay—Du sarcocèle syphilitique—Thèse—1858.

Cooper (A.)—Traité des maladies du testicule—1830.

- Cornil et Ranvier*—Manuel d'anatomie pathologique.
- Cruveilhier*—Traité d'anatomie pathologique générale—1856.
- Curling*—Traité pratique des maladies du testicule, du cordon spermatique et du scrotum, avec des additions et des notes de Gosselin—1857.
- Darvaris*—De l'orchite en général et de l'épididymite blénorrhagique en particulier—Thèse—1871.
- Delaire*—Diagnostic différentiel des tumeurs de la région scrotale—Thèse—1857.
- Després*—Diagnostic des tumeurs—1868.
- Després*—Essai sur le diagnostic des tumeurs du testicule—Thèse—1861.
- Dufour*—De la tuberculisation des organes génitaux de l'homme—Thèse 1854.
- Faneuil*—Recherches sur l'orchite varioleuse—Thèse—1873.
- Fournier*—Epididymite blénorrhagique—Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques—Tome V—1866.
- Fortunato Duarte*—Diagnostico differencial dos tumores do scrotum—Thèse—1873.
- Guedes Junior*—Diagnostico differencial dos tumores escrotaes—Thèse—1873.
- Gosselin*—Clinique chirurgicale de l'Hôpital de la Charité—1873.
- Gyoux*—De l'enchondrome du testicule—Thèse.
- Hardy*—Etude sur les inflammations des testicules—Thèse—1860.
- Hennequin*—Du fungus bénin du testicule—Thèse—1865.
- Jarjavay*—Mémoire sur les fungus du testicule—Archives générales de médecine—Tome XX—1849.

- Labbé (L.)*—Leçons de clinique chirurgicale—1876.
- Lanceraux*—Traité pratique de la syphilis—1873.
- Lebert*—Traité pratique des maladies cancéreuses—1857.
- Lemarchand*—Des oreillons chez le soldat—Thèse—1876.
- Marimon*—Recherches sur l'anatomie pathologique des grosses hydrocèles—Thèse—1874.
- Marinho*—Diagnostico differencial dos tumores do testiculo—Thèse—1869.
- Mougin*—De l'épididymite caséuse.—Thèse—1863.
- Nargaud*—De la suppuration chronique des voies séminales—Thèse—1873.
- Nepveu*—Mémoire sur les tumeurs du testicule—Thèse 1875.
- Nelaton*—Eléments de Pathologie chirurgicale.
- Okinczic*—Tubercules des testicules—Thèse—1873.
- Penières*—Des progrès que l'histologie a fait faire au diagnostic des tumeurs—Thèse—1875.
- Pereira de Freitas*—Diagnostico differencial dos tumores escrotaes—Thèse—1876.
- Perriquet*—Maladie kystique bénigne du testicule—Thèse—1875.
- Peter*—Union médicale—1856.
- Poppesco*—De l'orchite blénorrhagique aiguë—Thèse—1865.
- Puel*—Sarcocèle syphilitique—Thèse—1873.
- Reclus*—Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse—1876.
- Rindfleisch*—Traité de histologie pathologique—1873.
- Salleron*—Mémoire sur le tubercule du testicule—Archives générales de médecine—1869.

Saboia—Lições de clinica cirurgica—1867 e 1869.

Trélat—Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital de la Charité—1875-1876.

Védrine—De certains modes du début des tubercules—Thèse—1873.

Velpeau—Leçons orales de clinique chirurgicale—1841.

Vénot—Du sarcoécèle syphilitique—Thèse—1858.

Viardot—Essai sur les tumeurs perlées du testicule—Thèse—1872.

Vidal de Cassis—Traité de pathologie externe—1861.

Virchow—Pathologie des tumeurs—1869.

Virchow—La syphilis constitutionnelle—1848.

Dictionnaire de Jaccoud.

Dictionnaire de Littré & Robin.

Dictionnaire en 30 volumes.



PROPOSIÇÕES

SECÇÃO ACCESSORIA.

CADEIRA DE PHARMACIA.

Das quinas.

I

Chamão-se quinas as cascas fornecidas por plantas do genero *Cinchona*, da familia das *Rubiaceas*, e originarias da America equatorial.

II

As quinas podem-se dividir, segundo o seu aspecto, em tres especies principaes : quinas cinzentas ou pardas, quinas amarellas e quinas vermelhas.

III

Os alcaloides das quinas são: a quinina e seus isomeres—quinidina, quinicina?—; a cinchonina e seus isomeros—cinchonidina, cinchonicina? Além destes principios ellas contém: acido quinico, acido quinovinico, acido quinotannico, vermelho cinchonico, materia corante amarella, materia graxa verde, materias resinosas e balsamicas, amido, gomma, cellulose, tecido lenhoso, principios mineraes e em particular sães calcicos.

IV

A quinina é o alcaloide mais importante das quinas e se apresenta sob o aspecto de uma substancia branca, inodora e amarga, pouco soluvel n'agua, porém facilmente soluvel no alcool, ether, chloroformio, nos oleos volateis, em alguns oleos graxos e em muitos hydrocarburetos.

V

Na quina amarella a quinina predomina sobre a cinchonina; na vermelha estes dous principios estão equilibrados; na cinzenta ou parda a cinchonina predomina sobre a quinina.

VI

O acido sulphurico dissolve a quinina e fórma com ella dous sáes importantes: o sulphato basico de quinina ou sulphato neutro, e o sulphato acido ou bisulphato.

VII

A dissolução alcoolica de quinina ou a solução áquosa de sulphato, sendo tratada pela aguachlora da e depois pela ammonia, se manifesta uma bella côr verde esmeralda.

O Illm^o. Sr. Dr. Ezequiel descobriu a mesma reacção com a agua bromada.

VIII

Diluindo-se sulphato de quinina em uma pequena quantidade d'agua, adicionando-se gradualmente agua chlorada até a dissolução do sal e tratando-se a solução pelo ferrocyanureto de potassio pulverisado, desenvolve-se uma côr rosea, que passa ao vermelho intenso.

IX

Os sáes de quinina sendo dissolvidos apresentam o di-

chroismo por fluorescencia, parecendo transparentes e incolôres por transmissão e iluminando-se pela reflexão de um bello reflexo azulado (côr de opala).

X

O sulphato neutro de quinina se apresenta sob o aspecto de agulhas sedosas, brancas, muito leves, de um sabor muito amargo e pouco soluveis n'agua fria. O bisulphato cristalisa em prismas rectangulares, é muito solúvel n'agua e tem uma reacção acida.

XI

A quinina póde ainda formar outros sáes, taes como: o chlorhydrato, o acetato, o lactato, o valerianato, o arseniato, o arsenito, o antimoniato, o citrato, o tartrato, o ferrocyanato, o asotato, o phosphato e o tannato de quinina.

XII

A quinina distingue-se da cinchonina pelo seguinte: a quinina cristalisa difficilmente, a cinchonina cristalisa com facilidade; a quinina desvia a luz polarizada para a esquerda, cinchonina é dextrogyra, a quinina é solúvel no ether sulphurico, a cinchonina o é muito pouco; a quinina é pouco solúvel n'agua, porém muito mais que a cinchonina, que difficilmente se dissolve; os saes de quinina são menos soluveis que os saes de cinchonina; os saes de quinina precipitão pelo phosphato de soda, os de cinchonina não precipitão; a agua clorada e a ammonia não produzem com a cinchonina a côr verde esmeralda que dão com a quinina, porém um precipitado branco; os sáes neutros e acidos de cinchonina não possuem em gráo algum o dichroismo por fluorescencia.

XIII

A solução obtida pela maceração das cascas de quina contém uma pequena quantidade de alcaloides, é pouco activa e antes adstringente e tónica que febrífuga.

XIV

As infusões, sendo mais ricas de principios soluveis, e contendo maior quantidade de vermelho cinchonico, são mais activas.

XV

A decocção deve sempre ser preferida, porquanto quando ella é prolongada sufficientemente contém todos os principios das quinas.

XVI

A decocção deve ser administrada turva ou adicionada de uma pequena quantidade de um acido, que dissolve ou decompõe as combinações alcaloidicas insolueis e fórmasáes soluveis.

XVII

A tinctura alcoolica e o extracto alcoolico são duas preparações muito activas, e as melhores que se póde extrahir das quinas.



SECÇÃO CIRURGICA.

CADEIRA DE PARTOS.

Do emprego dos anesthesicos durante o trabalho do parto.

I

Foi Simpson, professor de Edimburgo, o primeiro que empregou a anesthesia durante o trabalho do parto.

II

Os agentes anesthesicos mais empregados hoje são : o ether, o chloroformio e ultimamente o chloral.

III

O chloroformio é, pela facilidade de sua applicação e pela promptidão de sua acção, geralmente preferido.

IV

Entre os numerosos casos de chloroformisação da mulher durante o parto, um só caso ainda não foi fatal.

V

Os anesthesicos não tem influencia sobre as contracções uterinas, a menos que a anesthesia não seja excessivamente profunda, o que não é preciso em obstetricia.

VI

Os musculos abdominaes do mesmo modo que os musculos respiratorios, os escapulares, os intercostaes e o diafragma, continuão a contrahir-se durante a anesthesia obstetrica.

VII

Os anesthesicos produzem relaxamento dos musculos do perineo.

VIII

Os anesthesicos, administrados com moderação e prudencia, nunca são prejudiciaes á saude da mãe e do fêto.

IX

No parto natural a semi-anesthesia deve ser empregada, quando as dôres forem muito violentas.

X

Se as vantagens do emprego dos anesthesicos durante o trabalho do parto natural não são geralmente admittidas e reconhecidas, o mesmo não succede quando tratamos de partos laboriosos.

XI

Na versão as vantagens dos anesthesicos são consideraveis, porquanto sob sua influencia ha geralmente perda da sensibilidade e irritabilidade propria do orgão gestador, e o parteiro póde introduzir sua mão na cavidade uterina sem que desperte contracções espasmodicas do orgão, que

são inevitáveis, quando a operação é praticada sem a anes-
thesia.

XII

Na applicação do forceps o chloroformio é tão bem in-
dicado como em qualquer outra operação cirurgica, e não
só supprime a dôr, mas ainda tem a grande vantagem de
facilitar a operação.



SECÇÃO MEDICA.

Cadeira de Pathologia Interna.

Hemorragia cerebral.

I

Dá-se o nome de hemorragia cerebral a um derramamento variavel de sangue na substancia do cerebro ou nos ventriculos, produzindo durante a vida a suspensão mais ou menos completa da intelligencia, do sentimento e do movimento em uma ou mais partes do corpo.

II

A falta de elasticidade da parede vascular, por alteração propria do vaso ou do tecido ambiente, é uma condição favoravel á producção da hemorragia.

III

As dyscrasias e o augmento de tensão intra-vascular produzem as hemorragias muitas vezes ; assim na pyhemia, hematidrose, escorbuto, etc., estas condições representam um papel importantissimo.

IV

A hemorragia cerebral é mais frequente na velhice, do que em outras idades.

V

Charcot e Bouchard acreditão que os aneurismas miliares são a causa mais frequente da hemorragia cerebral.

VI

A hemorragia cerebral determina ordinariamente symptomas generalizados e symptomas de fóco.

VII

Os symptomas generalizados são constituídos por uma suspensão da innervação cerebral, por uma nevrolysis geral que é a apoplexia.

VIII

Os symptomas do fóco se traduzem por perturbações da motilidade e ás vezes da sensibilidade.

IX

O symptoma mais importante pela sua constancia é a paralysis, que ordinariamente apresenta a fórma hemiplegica e é do lado opposto ao hemispherio lesado.

X

A hemiplegia é quasi sempre direita.

XI

De todas as fórmas de hemorragia cerebral a apoplectica é a mais grave; e desta fórma a variedade fulminante é sempre fatal.

XII

O diagnostico da hemorragia cerebral nem sempre é facil, sobretudo quando se quer differença-la da embolia e da trombose apoplectiforme.

XIII

As hemorragias nas membranas meningeanas podem-se confundir com a cerebrrrhagia intra-ventricular.

XIV

Os symptomas de convulsões, contracturas, etc., distinguem-na da cerebrrrhagia.

XV

O prognostico da hemorragia é variavel segundo a fórma; assim na fórma apoplectica é grave.

XVI

O pulso quando é pequeno, frequente e miseravel o prognostico é gravissimo

XVII

A terminação da hemorragia, nem sempre é favoravel, porque o individuo póde ficar paralytico por toda a vida.

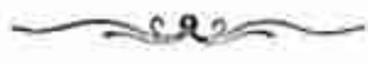
XVIII

O tratamento da hemorragia cerebral nos individuos fortes e robustos deve ser o antiphlogistico e o derivativo cutaneo e gastro-intestinal.

XIX

Nos individuos fracos ou cacheticos a medicação tonica é perfeitamente indicada segundo Bennet.

Hippocratis Aphorismi.



I

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experimentum fallax, iudicium difficile. (Sect. I. Aph. I).

II

Tumores molles boni, crudi vero mali. (Sect. V. Aph. LXVII).

III

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ vero ignis non sanat, ea insanabilia extimare oportet. (Sect. VIII. Aph. VI).

IV

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisite optima. (Sect. I. Aph. VI).

V

Quibus cerebrum sideratione tentatum est, intra tres dies intereunt. Quod si hos effugerint, sani evadunt. (Sect. VII. Aph. L).

VI

Quibus ex occasione aliqua cerebrum concussum fuerit, eos protinusse voce deficere necesse est. (Sect. VII. Aph. LVIII).



Esta These está conforme os Estatutos.

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 1877.

Dr. B. F. Ramirez Galvão.

Dr. Pedro Affonso Franco.

Dr. João José da Silva.

