

V.50/035

THESE

DISSERTAÇÃO
DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL DOS TUMORES DO TESTICULO — CADEIRA DE CLINICA EXTERNA

PROPOSIÇÕES

SECÇÃO ACCESSORIA — CADEIRA DE PHARMACIA
Das quinas

SECÇÃO CIRURGICA — CADEIRA DE CLINICA EXTERNA
Parallelo entre a talha e a lithotricia

SECÇÃO MEDICA — CADEIRA DE PATHOLOGIA INTERNA
Tetano

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Em 30 de Setembro de 1881

PARA SER SUSTENTADA POR

Alfredo Augusto d'Avellar

NATURAL DE MINAS GERAES

Para obter o grau de Doutor em Medicina

RIO DE JANEIRO

Typ. e lith. a vapor, encadernação e livraria LOMBAERTS & Comp.
7 — Rua dos Ourives — 7

1881

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. VICENTE CANDIDO FIGUEIRA DE SABOIA

VICE-DIRECTOR

DR. ANTONIO CORRÊA DE SOUZA COSTA

SECRETARIO

DR. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES

LENTES CATHEDRATICOS

DRS. :

Cons. F. J. do Canto e Mello Castro } Mascarenhas.....	Physica medica.
Cons. Manoel Maria de Moraes e Valle.	Chimica medica e mineralogia
Benjamim Franklin Ramiz Galvão...	Botanica medica e zoologia.
José Pereira Guimarães.....	Anatomia descriptiva.
Cons. Barão de Maceió.....	{ Histologia theorica e pratica ana- tomia pathologica.
Domingos José Freire Junior.....	Chimica organica e biologica.
José Joaquim da Silva.....	Physiologia theorica e experimental.
João José da Silva.....	Pathologia geral.
João Damasceno Peçanha da Silva...	Pathologia medica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco...	Pathologia cirurgica.
Albino Rodrigues de Alvarenga.....	{ Materia medica e terapeutica, espe- cialmente brasileira.
Luiz da Cunha Feijó Junior.....	Obstetricia.
Claudio Velho da Motta Maia.....	{ Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, aparelhos e pequena cirurgia.
Antonio Corrêa de Souza Costa.....	Hygiene e historia da medicina.
Cons. Ezequiel Corrêa dos Santos....	Pharmacologia e arte de formular.
Agostinho José de Souza Lima.....	Medicina legal e toxicologia.
João Vicente Torres-Homem.....	Clinica medica.
Cons. Vicente C. Figueira de Saboia.	linica cirurgica.

LENTES SUBSTITUTOS

DRS. :

João Joaquim Pizarro.....	} Secção de sciencias accessorias.
João Martins Teixeira.....	
Augusto Ferreira dos Santos... ..	
Antonio Caetano de Almeida.....	} Secção de sciencias cirurgicas.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro... ..	
João Baptista Kossuth Vinelli.....	} Secção de sciencias medicas.
Nuno Ferreira de Andrade.....	
José Benicio de Abreu.....	

LENTES INTERINOS

DRS. :

Cypriano de Souza Freitas.....	Anatomia e physiologia pathologicas.
Luiz da Cunha Feijó Junior.....	Clinica obstetrica e gynecologica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco...	Clinica cirurgica.
Nuno Ferreira de Andrade.....	Clinica psychiatrica.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro...	{ Clinica de molestias cutaneas e sy- philiticas.
Hilario Soares de Gouvêa.....	Clinica ophtalmologica.
João Paulo de Carvalho.....	Clinica medica.

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

DISSERTAÇÃO

INTRODUÇÃO

Je désire que mes juges voient en moi
non l'homme qui écrit, mais celui qui
est forcé d'écrire.

MONTESQUIEU,

Afim de procedermos com methodo, e facilitar o assumpto que escolhemos para objecto de nossa dissertação:— *diagnostico differencial dos tumores do testiculo*—, faremos na primeira parte uma descripção geral d'esses tumores, tratando de sua etiologia, anatomia pathologica, symptomatologia, marcha, duração e terminação.

A grande frequencia do hydrocele vaginal em nosso paiz, e a possibilidade de sua confusão com alguns dos tumores testiculares, levarão-nos a descrevel-o tambem.

Na segunda parte procuraremos, tanto quanto fôr possivel, estabelecer as distincções dos tumores do testiculo entre si, e entre alguns outros que, não se asestando propriamente n'esse orgão, possão com elles confundir-se.

Finalmente previnimos que, empregaremos a palavra — tumôr — em sua accepção clinica, isto é, para designar augmento de volume.

PRIMEIRA PARTE

Descripção dos tumores do testiculo

ORCHITES

São denominadas orchites as inflammações que tem sua séde na glandula testicular.

Consideradas em relação á sua marcha, as orchites devidem-se em agudas e chronicas.

Aquellas subdividem-se em blennorrhagica e não blennorrhagica e estas em simples e syphilitica.

ORCHITE BLENNORRHAGICA

Entre as phlegmasias testiculares, a mais frequente é a que se observa no decurso d'uma blennorrhagia urethral e que é geralmente designada sob o nome de orchite blennorrhagica. Entretanto, como na maioria dos casos a inflammação se limita ao epididymo, muitos autores dão-lhe a denominação de epididymite, designando pela expressão de orchito-epididymite os casos mais raros em que essa affecção se estende ao corpo da glandula.

ETIOLOGIA.— A orchite pode sobrevir em todos os periodos da blennorrhagia; ordinariamente ella se manifesta entre a terceira e sexta semana, quando o corrimento blennorrhagico tem notavelmente diminuido. Algumas vezes pode-se observal-a 8 e mesmo 15 dias depois do desaparecimento da blennorrhagia, o que segundo Velpeau, explica-se pela persistencia na região prostatica da urethra d'um resto de irritação. E' raro observar-se a epididymite em ambos os lados ao mesmo tempo; se os dous epididymos são invadidos, é um depois de outro: a inflammação diminue em um para se manifestar no outro.

A causa essencial d'esta forma de orchite, e que só por si pode determinal-a, é a blennorrhagia; na grande maioria dos casos, porém, certas circumstancias contribuem para o seu apparecimento; assim, devemos considerar: o uso de alimentos e bebidas excitantes, as marchas forçadas, a equitação, a dança, o abuso das injeções irritantes, os excessos venereos, a retenção de urinas, etc. Além disto, não podemos deixar de admittir a predisposição; porquanto, ha individuos que, apesar de blennorrhagias repetidas e entregando-se á excessos sem se sujeitarem a regimen algum, não contraem a molestia; ao passo que outros, á despeito de todas as precauções, não podem contrahir uma blennorrhagia, sem que esta seja seguida da inflammação testicular.

Os individuos escrofulosos, de constituição fraca, temperamento lymphatico, são os mais predispostos.

A mocidade durante a qual a blennorrhagia é muito frequente, representa um papel importante no numero das causas predisponentes.

PATHOGENIA.— Tres são as theorias existentes com o fim de explicar o mecanismo pelo qual a orchite se desenvolve sob a influencia da blennorrhagia: a theoria da sympathia, a da metastase e a da propagação inflammatoria por continuidade de tecidos.

Esta ultimã theoria tem por principaes defensores, Velpeau,

Ricord e outros autores, entre elles Gaussail, Aubry e Costel-
nau, que puderão estudar em muitos casos a marcha da molestia
e observarão que a inflammação vae caminhando para as partes pro-
fundas da urethra, invadindo successivamente o canal ejaculador, a
vesicula seminal, o canal deferente e o epididymo, podendo algumas
vezes attingir a glandula.

Esta opinião é a que reúne hoje maior numero de sectarios,
e nos parece ser a que melhor explica a pathogonia da orchite
blennorrhagica.

ANATOMIA PATHOLOGICA. — E' no epididymo que se assestão
mais frequentemente as lesões anatomo-pathologicas da orchite
blennorrhagica, tornando-se mais pronunciadas ao nivel de sua
cauda. Existe um espessamento com endurecimento das partes
cellulo-fibrosas d'este orgão, determinados por depositos plasticos,
que o tornão volumoso e irregular, ficando as suas circumvo-
luções adherentes entre si. Segundo Marcé, Robin e Gosselin, os
canaliculos do epididymo são obliterados por productos inflam-
matorios, leucocytos, globulos granulosos de inflammação, granu-
lações graxas e mesmo globulos de pús. Estes depositos inflam-
matorios só se reabsorvem lentamente, de modo que durante
muitos mezes, a cauda do epididymo apresenta um nucleo de endureci-
mento, que é indolente; além disto, o esperma secretado pelo
testiculo, encontrando os canaes do epididymo obliterados, dá
logar á que, as pessoas atacadas de epididymite dupla, soffrão
uma infecundidade que ordinariamente desapparece no fim d'alguns
mezes.

A glandula é raramente compromettida; algumas vezes ella
torna-se mais vascularisada e augmentada de volume.

A tunica vaginal apresenta-se muitas vezes congestionada e
distendida por uma quantidade variavel d'um liquido sero-albu-
minoso ou fibrinoso.

O canal deferente torna-se em alguns casos duro e tumefeito,

em consequencia de exsudatos inflammatorios na espessura de suas tunicas e mesmo em sua cavidade.

As vesiculas seminaes têm apresentado algumas vezes, traços de inflammação. Os involucros escrotaes são ordinariamente infiltrados.

SYMPTOMATOLOGIA. — A orchite blennorrhagica pode ser precedida de prodromos, que em geral consistem em máu estar, sensação de pêso nas bolsas, tenesmos, dôres mais ou menos intensas nas verilhas, as quaes se irradião para o perineo e região lombar, donde se estendem ao testiculo, desejos frequentes de micção, etc.; em alguns casos existe febre, calafrios, embaraço gastrico, etc.

Seja ou não precedida de phenomenos prodromicos, a molestia confirmada, é caracterizada por um cortejo de phenomenos geraes e locaes. Os phenomenos geraes, de ordinario pouco intensos, podem faltar, raramente porem deixão de existir; elles consistem em mau estar, calafrios, febre, embaraço gastrico, etc.

Os symptomas locaes traduzem-se por dôres e pela tumefacção do escroto. A sensibilidade accusada pelos doentes, offerece notaveis modalidades em suas manifestações symptomaticas; assim, em alguns casos os doentes só experimentão pêso no lado affectado, a dôr é insignificante e só se revela com intensidade por meio da pressão; outras vezes ella é pungitiva ou gravativa e de uma intensidade consideravel; o menor movimento impresso ao escroto provoca grande dôr, que se exacerba ainda mais por meio da apalpação. Os doentes ficão inquietos e não ha posição que lhes não incommode, podendo mesmo algumas vezes sobrevir verdadeiras syncopes.

As dôres se propagão até a região lombar, irradiando-se pela face interna da coxa até a região perineal.

Ha casos em que, ápezar de serem pouco notaveis os symptomas objectivos, a dôr é entretanto muito intensa; o professor

Gosselin dá a denominação de nevrálgica, á esta forma de inflamação testicular.

Estes symptomas aggravão-se cada vez mais até o 4º ou 5º dia, diminuindo depois ou desaparecendo antes mesmo da completa resolução da inflamação.

Ao mesmo tempo que estes phenomenos se manifestão, observa-se uma tumefacção rapida do lado affectado; o tumôr adquire um volume que varia desde o tamanho d'um ovo de gallinha até o d'uma grande pêra; esta tumefacção é as vezes acompanhada de um derramamento seroso mais ou menos abundante na tunica vaginal; o escroto torna-se rubro, tenso, lusidio e infiltrado.

Nos casos em que a inflamação não passa do epididymo, nota-se por meio de apalpação um tumôr de forma oval, duro e sensivel na parte posterior, formado pelo epididymo, abraçando como a concha abraça a perola, um corpo mais molle e elastico situado na parte anterior e que é constituido pelo testiculo; a tumefacção prolonga-se para cima até perder-se no cordão que se acha tambem endurecido, formando uma massa unica da grossura do dedo minimo. Quando a inflamação attinge tambem a glandula, o tumôr resultante da phlegmasia testicular, offerece uma forma espheroidal ou elliptica e é duro ou resistente em todas as suas partes.

Os casos de inflamação de origem blennorrhagica, limitada unicamente ao canal deferente ou ao cordão, são raros; o nosso illustrado mestre o Sr. Dr. Saboia, diz nunca ter observado na clinica, um só facto d'esta ordem.

Entretanto, Gosselin refere a observação d'um caso de deferentite blennorrhagica, em que o testiculo e o epididymo não erão compromettidos. Como já dissemos, ha casos em que a orchite blennorrhagica é complicada de uma vaginalite, cuja exsudação serosa pode ser mais ou menos abundante; n'estas condições, quando não se possa sentir uma ondulação manifesta das collecções serosas da tunica vaginal, alcança-se pela percussão em um ponto do tumôr, a vibração caracteristica dos derramamentos serosos.

V. 10/045 v

MARCA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO. — Como vimos, ao mesmo tempo que os doentes accusão dôres, observa-se o augmento de volume do escroto; estes phenomenos se incrementão até o quarto ou quinto dia, ficão estacionarios por algum tempo, vindo em seguida o periodo de resolução. Não é raro observar-se recahidas, quer espontaneas, quer provocadas por alguma imprudencia; algumas vezes pôde dar-se a inflammiação consecutiva do outro epididymo, reaparecendo no primeiro depois de ter cessado no segundo: é o que Ricord denominava — *epididymite à bascule*. — A duração d'esta molestia é em geral de quinze á vinte cinco dias. A orchite blennorrhagica pôde terminar-se pela resolução, passagem ao estado chronico, suppuração, gangrena ou atrophia do orgão. A terminação mais frequentemente observada, é pela resolução, que é mais demorada na cauda do epididymo, onde persiste um nucleo de endurecimento, cuja duração é mais ou menos longa. A passagem á chronicidade é pouco commum. A terminação pela suppuração do testiculo ou epididymo é muito rara; o Sr. Dr. Saboia, em suas lições de clinica cirurgica, diz ter observado sómente um caso d'esta ordem. São ainda mais raras as terminações pela gangrena ou atrophia testicular.

ORCHITE NÃO BLENNORRHAGICA

A orchite não blennorrhagica, phlegmasia testicular que se desenvolve independentemente da blennorrhagia, é raras vezes observada na pratica; ella reconhece grande numero de causas, que passamos a enumerar, descrevendo tambem as modificações, que esta forma de orchite apresenta em relação á sua séde, symptomas, etc., conforme as causas que lhe derão origem.

1° As affecções da urethra, da prostata e do collo da bexiga; o catheterismo e as manobras da lithotricia; a presença de um calculo no reservatorio urinario; os corrimentos urethraes trau-

máticos, herpeticos ou catarrhaes; a masturbação muito repetida e os excessos venereos, etc., pódem provocar o apparecimento da inflammação testicular. Nestes casos como na orchite blennorrhagica, a molestia affecta de preferencia o epididymo; as dôres porém, são menos intensas e desapparecem mais facilmente. O tumor não é tão rubro e a vaginalite que é frequente n'ella, é aqui raramente observada. A marcha é menos longa e removidas as causas, a terminação póde ter logar no fim do decimo dia.

2º Algumas vezes, a orchite é consecutiva as contusões do testiculo, aos choques repetidos na equitação, etc. N'esta variedade, a inflammação localisa-se principalmente na glandula seminal; o epididymo e o canal deferente são raramente compromettidos. Os phenomenos geraes são grandemente accentuados, as dôres muito intensas. Muitas vezes o tumor apresenta desigualdades, bossas e depressões, duro em uns pontos e molle em outros; em alguns casos, a terminação póde ser pela suppuração.

No numero das orchites traumaticas, devemos mencionar a que é produzida pelo esforço, afim de levantar um pesado fardo. Velpeau explica-a do seguinte modo: do bordo externo da aponevrose do musculo recto, destaca-se um feixe de fibras, que vae fixar-se na crista illiaca; estas fibras formão uma arcada, que constitue a metade inferior da abertura abdominal do canal inguinal. A contracção brusca destas fibras, comprimindo durante o esforço os elementos constituintes do cordão, dá logar á inflammação do testiculo, pela perturbação da circulação funicular. Esta orchite assesta-se então no epididymo e apresenta quasi os mesmos caracteres que a blennorrhagica.

3º Os cirurgiões têm observado casos de inflammação do testiculo, na declinação das parotidites, (cachumbas); o Sr. Dr. V. Saboia teve occasião de observar um caso de orchite parotidiana, na clinica cirurgica do Hospital da Misericordia. A glandula é mais vezes atacada do que o epididymo; este e o cordão, em alguns

casos, são moderadamente tumefeitos. Ordinariamente não ha liquido na tunica vaginal. A sua marcha é muito rapida e a resolução completa-se em cinco ou seis dias.

4º Finalmente, no curso ou declinação das febres graves, principalmente na variola e febre typhoide, tem sido observada uma orchite parenchymatosa, de marcha rapida e de pouca gravidade.

ORCHITE CHRONICA SIMPLES

E' uma affecção pouco commum, e alguns auctores como Dufour e outros, chegarão mesmo a negar a sua existencia; entre tanto muitos clinicos notaveis, como Nelaton, A. Cooper, Gosselin, Curling e muitos outros, baseados em suas proprias observações, admittem-na, considerando porém como muito rara. Tivemos occasião de observar no Hospital da Misericordia em Abril do corrente anno, um individuo que occupou o leito numero 12 da enfermaria de clinica cirurgica da Faculdade, e que apresentava um tumôr do testiculo, cujos symptomãs erão semelhantes aos que ábaixo vamos descrever. O Sr. Dr. Saboia estabeleceu o diagnostico de uma orchite chronica; o doente não accusava antecedentes syphiliticos e nem apresentava manifestação alguma d'essa natureza. O Sr. Dr. Bustamente Sá, referiu-nos que actualmente trata de um negociante d'esta praça, que apresenta um caso de orchite chronica simples bem caracterizado.

ETIOLOGIA. — Esta molestia pode ser primitiva ou secundaria. No primeiro caso, ella apresenta desde o seu começo o character de chronicidade; podendo, segundo Berard, ser produzida pelas mesmas causas que dão origem á orchite não blennorrhagica, desde que actuem lenta e repetidas vezes. No segundo caso, succede a uma orchite aguda, o que se dá muitas vezes, seja porque o doente se descuide de sua mo-

lestia, ou tenha sido submettido a uma medicação mal dirigida, quer por um enfraquecimento ou debilidade do organismo.

ANATOMIA PATHOLOGICA. — No parenchyma testicular dá-se a exsudação de uma quantidade mais ou menos consideravel, de uma materia amarellada e homogenea, de base fibrillar, contendo ou não granulações cellulares, tornando depois tão dura e adherente ao tecido da glandula, que sua separação é difficil; esta substancia apresenta-se no começo, sob a forma de pequenas massas, que reúnem-se depois e formão uma massa unica, podendo invadir toda a glandula. Quando a inflammação invade tambem o epididymo, a materia plastica que se deposita entre suas circumvoluções, torna-o espesso e tumefeito. Os canaliculos espermaticos podem romper-se, dando lugar á communicação das substancias intra e extra-canaliculares. A materia exsudada é susceptivel de reabsorpção, quando a molestia está em um periodo pouco adiantado; ella pode entretanto desagregar-se, estabelecendo-se fistulas por onde se dá a eliminação do pús e mesmo do testiculo. Algumas vezes a vaginal oblitera-se parcial ou totalmente em virtude de adherencias; outras vezes dá-se um derramamento seroso em sua cavidade.

SYMPTOMATOLOGIA. = Em seu começo esta molestia, nos casos em que é primitiva, o que é menos commum, passa geralmente despercebida aos doentes, em rasão de seu desenvolvimento lento e silencioso; só mais tarde a attenção do paciente é despertada, quando o augmento de volume do tumor tem-se tornado mais notavel. Os doentes experimentão então ordinariamente, uma sensação de peso incommoda, e dôres gravativas ao longo do cordão. O testiculo augmentado de volume, torna-se duro, resistente e desigual; este endurecimento que é mais pronunciado em sua parte inferior, comprehende algumas vezes o epididymo formando um só corpo, sendo este orgão outras vezes distincto da glandula. O canal deferente ordinariamente nenhuma modificação apresenta; as veias do cordão tornão-se mais turgidas. Nos casos em que existe derramamento na tunica vaginal, e que se-

gundo Curling excede raramente á 80 grammas, pode dar-se algumas vezes, o enkistamento da serosidade, em consequencia de adherencias entre as duas folhas desta serosa.

No começo da affecção, nada de notavel se observa na pelle da região escrotal, a não ser a sua distensão; mais tarde, porém, ella pode apresentar adherencias com o testiculo, e ulcerações por onde faz-se a eliminação do pús.

MARCHA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO. — Esta affecção, de marcha chronica e duração mais ou menos longa, pode apresentar em seu decurso, melhoras ou aggravações, conforme o doente sujeita-se ou não a um tratamento bem dirigido. A sua terminação é em geral pela resolução e raras vezes pela suppuração, podendo mesmo haver a desorganisação do testiculo. Alguns autores admittem a terminação pelo fungus.

ORCHITE CHRONICA SYPHILITICA

A orchite syphilitica, tambem conhecida pelas denominações de sarcocele syphilitico, testiculo syphilitico, albuginite syphilitica, é a inflammação chronica do testiculo desenvolvida sob a influencia da infecção syphilitica.

Ricord, Rindfleisch e Lancereaux, consideram-na como uma manifestação precoce da syphilis terciaria.

Ella tem sido observada mais geralmente 1, 2 e mesmo 10 annos depois da infecção. A causa determinante univoca desta affecção, é a syphilis; muitas vezes, porém, as contusões, os excessos venereos, a continencia prolongada e a herança, actuan como causas occasionaes.

ANATOMIA PATHOLOGICA. — E' á Lancereaux que se deve o estudo mais aperfeiçoado da anatomia pathologica desta molestia. Elle con-

sidera duas fórmulas de orchite syphilitica: fórmula diffusa ou intersticial, e circumscripta ou gommosa. Na fórmula diffusa, dá-se o espessamento da albuginea e o desenvolvimento anormal dos septos radiados que dividem o testículo. Estes septos assim avolumados comprimem os canaliculos seminiferos, e o testículo soffre uma transformação fibro-graxa. O cordão que ordinariamente não é compromettido, pôde algumas vezes ser affectado, formando então com a glandula, uma unica massa. Na maioria dos casos, a vaginal participa da alteração do testículo. Existe na cavidade dessa membrana, algum liquido que mais tarde se reabsorve, dando logar á adherencias mais ou menos completas entre as suas duas folhas.

A fórmula gommosa ou circumscripta, existe algumas vezes ao mesmo tempo que a diffusa; é caracterizada por um ou mais tumores, cujo volume varia desde o d'uma lentilha até o d'um pequeno ovo, tendo o seu ponto de partida na tunica externa d'um vaso ou d'um canaliculo espermatico.

Pela secção, o tumor de aspecto acinzentado e consistencia firme, apresenta em seu centro a côr de um branco amarellado, tornando-se ahi mais molle. Os tumores gommosos são desde o seu começo, rodeados por uma auréola pardacenta, que se transforma mais tarde em uma especie de capsula fibrosa. E' a glandula seminal, a séde mais constante destas producções; o epididymo e o cordão podem em alguns casos ser atacados, porém secundariamente.

A tunica vaginal e os outros involucros escrotaes, podem tambem ser invadidos pela gomma.

SYMPTOMATOLOGIA.— No começo da orchite syphilitica, os doentes geralmente nenhuma dôr experimentam; Ricord e alguns auctores dizem que, em alguns casos ella pôde existir, exacerbando-se á noite. Depois que o tumor attinge a um volume mais consideravel, existem então dôres lombares, abdominaes e inguinaes, que dependem da distensão do cordão. Em uma época pouco adiantada, a compressão do testículo, produz alguma dôr, que desaparece completamente com os

progressos da molestia, tornando-se o tumor insensível á mais forte compressão.

Não é raro os dous testiculos serem compromettidos; na maioria dos casos a orchite syphilitica é dupla.

Quasi nunca o volume do tumor excede ao de um ovo de gallinha; de fórma ovoide, elle apresenta em sua superficie desigualdades e bossas; sua consistencia varia segundo as alterações por que passa o exsudato: algumas vezes é como a do tecido fibroso, outras vezes affecta a da cartilagem ou mesmo a de um osso. Frequentemente observa-se no começo da affecção, um derramamento seroso na cavidade vaginal, que é reabsorvido desde que se formem as falsas membranas. Geralmente nada de anormal se nota para o lado da pelle escrotal, que apenas é um pouco distendida. O epididymo e o cordão geralmente intactos, podem em alguns casos apresentar-se espessados e augmentados de volume. As perturbações das funcções genitales, estão em relação com a extensão e o progresso da lesão.

MARCA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO. — A marcha desta affecção é lenta; a sua duração é longa, excedendo em muitos casos a um anno. São mais frequentemente observadas, as terminações pela resolução e atrophia do orgão; a transformação fibrosa, a cartilaginosa, calcarea ou ossea, é raro; ainda mais raras são as terminações pelo fungus e suppuração.

TUBERCULOSE DO TESTICULO

Dá-se este nome ao engurgitamento da glandula testicular, constituido pela formação de tuberculos nesse orgão.

ETIOLOGIA. — A tuberculisação genital é uma manifestação local da diathese tuberculosa, hereditaria ou adquirida. Na maioria dos casos, esta affecção co-existe com o desenvolvimento de tuberculos

em outros órgãos, principalmente nos pulmões ; segundo as observações de cirurgiões notáveis e de Reclus que em 1876 publicou um excellente trabalho sobre este assumpto, a diathese tuberculosa póde localisar-se primitiva e unicamente na glandula seminal.

A diathese tuberculosa, causa essencial da molestia, póde só por si dar lugar ao seu desenvolvimento ; ordinariamente porém, certas condições vêm em seu auxilio, entre as quaes devemos mencionar : a puberdade, idade em que esta affecção é mais frequentemente observada, em consequencia da maior actividade funcional da glandula ; os excessos venereos, as inflammações testiculares, os traumatismos do escroto, blennorrhéas, etc.

ANATOMIA PATHOLOGICA. — A affecção tuberculosa pode invadir a glandula, o epididymo e o canal deferente ; o epididymo porém, é a parte mais frequentemente affectada. Encontra-se na glandula simultaneamente granulações e massas tuberculosas.

Existem granulações de duas especies : granulações miliares de Virchow, e tuberculos fibrosos.

As granulações miliares são arredondadas, ligeiramente fusifórmes, podendo attingir o volume de um grão de milho miado. Alguns auctores negão a existencia destas granulações no testiculo. Malassez que estudou cuidadosamente este assumpto, admite-as e acredita que ellas se desenvolvem á custa e na espessura dos tubos seminíferos.

Os tuberculos fibrosos, do volume de um grão de feijão e que tem a mesma origem, podem permanecer no testiculo por muito tempo sem amollecere ou ulcerar-se ; elles são representados por nucleos duros, transparentes e de côr leitosa. As granulações, mais numerosas na periphèria do que no centro da glandula, são grupadas ou espalhadas, dando em resultado por sua cõfluencia tuberculos infiltrados. Essas granulações faltão completamente no corpo de Hygmore, onde apenas existem massas tuberculosas mais ou menos extensas.

Observa-se no epididymo que se torna avolumado, nodosidades constituídas por massas tuberculosas, cujo volume varia desde o de um grão de feijão até o de uma noz. O canal deferente pode também ser invadido pelas massas tuberculosas, que se assestão mais ordinariamente em suas extremidades.

A evolução da tuberculisação testicular é idêntica á dos pulmões ; assim a affecção continuando sua marcha, os tuberculos e o tecido que os rodeia amollecem-se, degenerão-se em gordura e liquefazem-se, constituindo abcessos. Algumas vezes, pode dar-se a reabsorpção da parte liquida da massa morbida, calcificando-se e enkistando-se o resto ; isso porém é muito raro e na maioria dos casos, a lesão prosegue em sua marcha, dando logar á adherencias da pelle do escroto com o tumor e á ulcerações e fistulas por onde se eliminão os productos tuberculosos.

SYMPYOMATOLOGIA, MARCHA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO. — Admitte-se na tuberculose de testiculo, como na pulmonar, duas formas : a forma aguda dolorosa ou inflammatoria, e a forma chronica e indolente.

FORMA AGUDA

Reclus baseado em suas proprias observações e nas de outros cirurgões, foi quem melhor descreveu esta forma de tuberculose testicular, também chamada orchite tuberculosa. Vejamos os seus symptomas : algumas vezes sem causa apreciavel ou em consequencia d'uma contusão, d'um esforço, etc., o testiculo é a séde d'uma dôr, espontanea, viva e continua, que se irradia ao longo do cordão até a fossa illiaca e região lombar, exacerbando-se pela pressão e movimento.

Ao mesmo tempo nota-se o augmento de volume do escroto, que torna-se rubro e distendido, constituindo um tumor formado principalmente pela tumefacção do epididymo e por um derramamento na vaginal, em geral pouco abundante e devido á uma vaginalite.

Este tumor que póde adquirir o volume do punho d'um adulto, é duro e resistente, não apresentando no começo bossas nem depressões.

Phenomenos geraes podem manifestar-se, existindo máu estar geral, cephalalgia, etc. No fim de quatro dias mais ou menos os symptomas diminuem e a affecção fica quasi que exclusivamente constituida pelo tumor, que torna-se menos volumoso, apparecendo então bossas e depressões. Na 3ª ou 4ª semana, os abcessos geralmente bem constituidos, rompem-se, dando logar á sahida de um pús cremoso e bem ligado.

Algumas vezes, dá-se a cicatrisação da solução de continuidade depois da eliminação do fóco; outras vezes porém, persiste uma fistula por onde sahe uma serosidade grumosa, tomando a affecção o character de chronicidade.

FORMA CHRONICA

Esta forma conhecida geralmente pelas denominações de engorgitamento escrophuloso do testiculo ou sarcocele turbeculoso, pode algumas vezes succeder á forma aguda; é mais frequente porém, que o sarcocele turbeculoso apresente a marcha chronica desde o seu começo.

Para maior facilidade na descripção dos symptomas e á seme lhança do que se faz para a tuberculose pulmonar, pode-se dividir a marcha d'esta affecção em tres periodos: de formação, de fusão e ulcerativo.

1º *Periodo.*— Geralmente não existe dôr alguma, e quando exista é pouco intensa; de modo que o tumor desenvolvendo-se lentamente, a attenção do doente não é despertada para o mal que o affecta, senão quando este já tem feito progressos.

Ordinariamente a primeira parte affectada é o epididymo, que

torna-se avolumado apresentando saliências consistentes, mais pronunciadas em suas extremidades.

Nos casos em que a glandula é também comprometida, ella forma com o epididymo um só tumor consistente, de superficie bossellada e volume variavel, faltando pela pressão a sensibilidade característica do testiculo. Em alguns casos póde existir na tunica vaginal, um derramamento que em geral é pouco abundante. Algumas vezes, o canal deferente torna-se cheio de nodosidades; a prostata e as vesiculas seminaes apresentam-se muitas vezes volumosas e endurecidas, o que se verifica pelo tocar rectal, constituindo esse phenomeno um importante elemento para o diagnostico.

A pelle da região escrotal, que escorrega facilmente sobre o tumor, nenhuma modificação experimenta em sua cor, sendo apenas distendida.

2° *Periodo.*— N'este periodo o tumor vae augmentando de volume e suas bossas tornão-se mais pronunciadas; as massas tuberculosas amollecem-se e o tecido que as rodeia inflamma-se; observa-se então a existencia de fluctuação em certos pontos, formando-se assim abcessos tuberculosos.

A pelle do escroto, adherente ao tumor, torna-se de uma cor avermelhada e adelgaça-se; o doente sente dôres mais ou menos intensas.

Castier descreve uma forma de sarcocele tuberculoso, em que este periodo, de marcha muito lenta, é completamente indolente, principalmente na idade madura.

Os phenomenos inflammatorios podem reproduzir-se diversas vezes no decurso da affecção e com intensidade variavel, desde que haja o amollecimento de massas tuberculosas.

3° *Periodo.*— A pelle do escroto adelgaçada, ulcera-se estabelecendo-se perfurações, ordinariamente na parte postero-inferior do tumor; as soluções de continuidade dão sahida á um pís espesso e amarellado e á materia caseosa, misturada com detritos do tecido glandular.

Algumas vezes, depois da eliminação do producto morbido, o trabalho ulcerativo suspende-se dando logar á cicatrização da fistula, ficando em seu logar uma depressão; isso porém é raro e a mór parte das vezes, as fistulas persistem, podendo mesmo multiplicar-se dando logar no fim d'um tempo mais ou menos longo, á destruição completa do orgão.

Esta forma de turberculose testicular, de marcha essencialmente chronica, pode apresentar em seu decurso phases agudas, em consequencia de accidentes inflammatorios. A sua duração é variavel, podendo mesmo durar annos. A terminação pela cura espontanea é rara; muitas vezes é necessaria a castração.

Entretanto a molestia generalizando-se, accidentes graves sobrevêm e a morte tem logar.

HYPERTROPHIA DO TESTICULO

Esta affecção consiste no augmento de volume do orgão espermatico, em consequencia do desenvolvimento excessivo de seus elementos anatomicos. E' pouco commum, e o maior numero de casos observados tem sido em individuos dos climas quentes e na idade dos 15 aos 30 annos.

Os autores dão tambem como causas predisponentes d'esta affecção, as orchites repetidas e a perda de um dos testiculos, sendo em summa a principal causa, o excesso de functionalismo do orgão.

Nos casos em que ambos os testiculos existem, a hypertrophia é geralmente dupla.

Como phenomeno symptomatico, nota-se apenas o augmento do volume do orgão, que pode tornar-se duas ou tres vezes maior do que no estado normal. Não ha dôr alguma e as funcções da glandula nenhuma desordem apreciavel apresentão. A forma do

testiculo, a sua consistencia e elasticidade proprias, a sensibilidade caracteristica continuão normaes.

O epididymo conserva-se ordinariamente intacto e não se observa derramamento na tunica vaginal; a pelle escrotal não apresenta modificações, movendo perfeitamente sobre o tumor. O estado que acabamos de descrever póde permanecer por muitos annos sem gravidade alguma.

ESPERMATOCELE

Sob esta denominação, designa-se o tumor formado pela dilatação consideravel de um ou mais conductos seminiferos, produzida pelo accumulo do liquido seminal.

Curling explica a raridade d'esta affecção, pela facilidade com que o esperma se reabsorve.

Os casos observados por Fabricio de Hildem, Augusto Berard e Crompton, provão bem a existencia, posto que rara do espermatoccele.

Todas as causas que produzem a retenção do esperma, podem dar logar ao apparecimento do espermatoccele; a abstinencia prolongada da copula por individuos á ella habituados, os desejos venereos não satisfeitos, o impedimento ou interrupção brusca da ejaculação, o endurecimento epididymar, etc., podem produzil-o.

O testiculo e o epididymo tornão-se tumefeitos apresentando em sua superficie pequenas bossas e desigualdades. Os doentes experimentão dôres surdas mais ou menos intensas e uma sensação de peso e de calor acre. Ambos os testiculos podem ser accommettidos.

A pelle escrotal nada de anormal apresenta.

Esta affecção de marcha aguda e curta duração, termina-se quasi sempre pela resolução.

FUNGUS BENIGNO DO TESTICULO

E' uma affecção muito rara. O illustrado clinico Dr. V. Saboia, diz ter observado no longo espaço de 11 annos, apenas dous casos.

No corrente anno observamos no Hospital da Misericordia, dous casos de fungus benigno do testiculo; um em Março, na enfermaria de cirurgia ao serviço do Sr. Dr. Bustamante Sá, e outro em fins de Abril, em um dos quartos particulares a cargo do Sr. Dr. Motta Maia.

O diagnostico foi confirmado por estes illustrados cirurgiões. Sendo n'estes dous casos o desenvolvimento do tumôr e seus caracteres, semelhantes aos que d'aqui a pouco descreveremos relativamente á affecção de que nos occupamos, deixamos por isso de reproduzil-os aqui, limitando-nos apenas a dizer que: em ambos os individuos reconhecemos pelo interrogatorio, a existencia de antecedentes syphiliticos; no primeiro caso, o doente tendo sido submettido ao tratamento conveniente, o tumôr foi pouco a pouco retrahindo-se, até que desapareceu, tendo-se cicatrisado a solução de continuidade, ficando apenas o testiculo ainda adherente ás tunicas escrotaes; o doente teve sua alta á 4 de Maio e na opinião do Sr. Dr. Bustamente, sahiu curado.

No segundo caso, o doente tambem submettido ao tratamento apropriado, o tumôr foi sensivelmente diminuindo e como no primeiro, a cura teve logar.

Jarjavay em seu trabalho publicado em 1849, descreveu duas especies de fungus benigno do testiculo; um superficial, formado por vegetações, tendo por ponto de partida o envolucro fibro-seroso da glandula; outro parenchymatoso ou profundo, constituido pela propria massa glandular, escapada por uma perfuração da albúginea.

Deville e outros cirurgiões, em cujo numero acha-se o Sr.

Dr. V. Saboia, são de opinião que o fungus superficial descripto por Jarjavay, não constitue mais do que uma hernia do testiculo; devendo-se somente dar a denominação de fungus do testiculo, ao tumor constituido pela massa glandular, expellida para fóra das tunicas escrotaes, atravez de uma perfuração da albuginea; reservando exclusivamente o nome de hernia, para os casos em que houver perfeita integridade da tunica albuginea.

ETIOLOGIA E PATHOGENIA.— Ainda é muito obscura, no estado actual da cirurgia, a etiologia d'esta affecção. Assim, diz Hennequin: o verdadeiro fungus só se produz, quando existe concomitantemente com uma orchite, um phleimão violento das bolsas. Alguns auctores assignalão como causa, a tuberculose testicular, a orchite chronica simples, etc.

Outros, e entre elles o Sr. Dr. V. Saboia, acreditão que o fungus benigno seja de natureza syphilitica, explicando a sua producção do seguinte modo: uma gomma, tendo primitivamente sua séde na albuginea, termina por um processo de amollecimento e de ulceração d'esta membrana que se retrahirá depois do trabalho suppurativo das tunicas escrotaes, deixando escapar a massa propria do testiculo atravez de seu involucro fibroso.

Estes cirurgiões considerão pois, o fungus benigno, como uma das fórmulas do sarcocele syphilitico.

ANATOMIA PATHOLOGICA.— O tecido da glandula testicular é mais ou menos extensamente alterado.

Pela secção do tumor, verifica-se uma especie de cóllo que corresponde ao ponto em que as bolsas estabelecem o estrangulamento do tumor; este cóllo mostra perfeita continuidade da substancia glandular com a fungosidade.

Observa-se tambem, uma massa amarellada e sulcada de vasos sanguineos, no meio da qual encontra-se canaliculos seminiferos obliterados. A massa morbida é formada por duas camadas, uma mais

externa, mais dura e menos colorida; outra mais interna, menos dura e de uma côr mais carregada. A membrana fibrosa do testículo é espessada no pediculo do tumôr, e vira-se para fóra, afim de permittir a passagem d'este; nos pontos em que o testículo é normal, ella não offerece modificação alguma.

A tunica vaginal, assim como as outras membranas escrotaes, apresentam adherencias.

SYMPTOMATOLOGIA.— Geralmente observa-se o augmento de volume do testículo, e dôres mais ou menos intensas que desapparecem depois; mais tarde, a glandula apresenta bossas e depressões, notando-se então na superficie do escroto, e no ponto correspondente á adherencia entre a bolsa e o testículo, uma saliencia endurecida acompanhada de rubôr e sensibilidade mais exagerada.

O ponto séde da adherencia, com os progressos da molestia torna-se amollecido e ulcera-se, apresentando-se entre os labios da solução de continuidade, um tumôr fungoso, cujo volume varia desde o tamanho d'uma nôz até o d'um ôvo de gallinha. Este tumôr apresenta ordinariamente a fórmula ovoide tendo a grossa extremidade voltada para baixo. A pequena extremidade forma um côllo que é abraçado pela tunica escrotal, a qual apresenta a respectiva orla, espessada e ligeiramente voltada para fóra. A superficie do tumôr, granulosa e de côr avermelhada, assemelha-se á uma amóra; ella é coberta por uma substancia amarellada pouco densa, e fornece uma secreção serosa pouco abundante, cujo cheiro se assemelha ao do pús.

O tumôr não sangra e é completamente indolente á pressão; alguns doentes chegam mesmo a cortal-o sem sentir. O epididymo forma com o resto da glandula encerrado nas bolsas, um tumôr duro e resistente, tendo a sensibilidade normal; o cordão nada apresenta de notavel.

A tunica escrotal, que é amarellada na circumferencia que abraça o tumôr, é de côr normal no resto de sua extensão.

MARCHA DURAÇÃO E TERMINAÇÃO.— A marcha é lenta e a duração mais ou menos longa. Abandonado á sua marcha natural, este tumor cahe pouco a pouco em deliquio ou dissolução, de modo que o testiculo no fim d'um tempo mais ou menos longo desaparece ou fica reduzido depois da cicatrização á uma especie de pediculo reunido ao cordão.

FIBROMA DO TESTICULO

Esta affecção, constituida pela degenerescencia fibrosa da glandula seminal, é muito rara. Curling é de opinião que o tumor fibroso do testiculo seja geralmente devido á uma inflammação chronica d'esse orgão e cujo producto, em vez de se reabsorver, transforma-se em tecido fibroso.

Gosselin acredita que a anemia testicular póde algumas vezes terminar-se por uma transformação fibrosa; assim, diz elle: os tubos seminiferos, privados de seus elementos de nutrição e de secreção, voltam-se sobre si mesmos, transformam-se pouco a pouco em cordões duros, tornando-se fibrosos com o correr do tempo.

Alguns auctores fazem entrar na etiologia deste tumor, a atrophia do testiculo, que póde tambem ser o resultado de sua compressão pelo tecido fibroso que se retrahe.

O caso observado por Marjolin e descripto por Cruveilhier é o typo do verdadeiro tumor fibroso do testiculo; nesse caso, o testiculo era muito pesado e tinha o volume duplo do estado normal; de consistencia muito dura, elle rangia sob o escalpello que o incisava e compunha-se de fibras d'um branco acinzentado, entrecruzadas e dispostas em lobulos, assemelhando-se aos tumores fibrosos do utero.

Póde-se encontrar algumas vezes, no meio do tecido fibroso, pequenos kistos cheios de liquido seroso e quando a lesão é antiga, podem tambem existir depositos calcareos (Curling).

Esta affecção, cujo desenvolvimento não é acompanhado de phenomenos dolorosos, não é uma molestia grave.

ENCHONDROMA

Geralmente a producção de tecido cartilaginoso na glandula testicular, coexiste com a molestia kistica ou com o cancer encephaloide, apresentando a affecção os caracteres destas duas molestias; entretanto, tem sido observado, postoque raramente, o desenvolvimento exclusivo de massas cartilaginosas, constituindo o verdadeiro enchondroma.

ETIOLOGIA.— A' diversas causas attribuem os auctores o apparcimento deste tumor; assim, uns appellam para herança; outros para a orchite blenorrhagica e outros para os traumatismos da glandula. Esta affecção tem sido observada em individuos de 18 á 40 annos de idade.

ANATOMIA PATHOLOGICA.— As massas cartilaginosas desenvolvem-se no corpo da glandula, algumas vezes no epididymo e no caso observado por Paget, o cordão espermatico era affectado, tendo sido tambem encontrada no parenchyma pulmonar a producção dessa substancia.

Pelo golpe do tumor, observa-se que a substancia cartilaginosa é disposta em massas, encerradas em lojas constituídas por uma substancia fibro-membranosa. O tecido cartilaginoso em seu periodo de formação, apresenta nucleos e placas brilhantes em sua massa, que na phase de crueza tornando-se homogenea, transforma-se em uma especie de tubos entortilhados, intimamente adherentes ao tecido conjunctivo que os rodeia; no periodo de amollecimento notam-se cellulas graxas. A tunica albuginea é ordinariamente espessada; a

vaginal em geral normal pôde algumas vezes ser a séde d'um pequeno derramamento seroso.

SYMPTOMATOLOGIA. — Esta affecção ordinariamente unilateral, apresenta-se sob a fórma d'um tumor regularmente ovoide, de superficie um pouco mamelonada e de consistencia dura e elastica, podendo-se notar, quando a lesão já se acha em um periodo adiantado, alguma fluctuação, em consequencia do amollecimento das massas cartilagosas. O tumor apresenta geralmente o volume d'uma laranja, tendo um peso relativamente consideravel, de modo que produzindo a distenção do cordão, causa ao doente dôres lombares, principalmente na posição vertical. A compressão nenhuma dôr produz e o desenvolvimento da affecção é indolente. A pelle escrotal nenhuma modificação apresenta e move-se bem sobre o tumor.

MARCA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO. — A marcha é lenta e gradual; a duração é longa e a terminação pôde dar-se pela ulceração si o cirurgião não intervier fazendo a extirpação do tumor.

SARCOMA DO TESTICULO

Esta affecção, estudada nestes ultimos tempos, é considerada por Virchow pouco commum; Rindfleisch e outros são de opinião que o testiculo é uma das sédes de sua predilecção.

O Sr. Dr. V. Saboia refere em suas lições de clinica cirurgica, publicadas no corrente anno, um caso de tumor sarcomatoso do testiculo, observado na enfermaria de clinica.

ETIOLOGIA. — Nos casos observados, os doentes referem sempre em sua anamnese os traumatismos sobre o escrôto e que os auctores dão como causa occasional. Em relação á idade, é entre os 25 e 60 annos que o apparecimento d'esta molestia tem sido observado.

ANATOMIA PATHOLOGICA. — A lesão ataca ordinariamente o corpo da glandula, podendo muitas vezes invadir o epididymo, o cordão e as partes visinhas; no caso citado pelo Sr. Dr. Saboia, o epididymo foi comprometido, formando com o testiculo um só corpo, e o cordão não apresentava alterações. Encontra-se na composição desta especie de tumor, tecidos cartilaginoso, mucoso, graxo e muscular; podendo existir tambem tumores perolados e kystos.

Pela secção do tumor nota-se que o seu tecido apresenta-se ora branco, brilhante e nacarado, ora de aspecto gelatinoso ou mucoso, ora carnudo e vascularizado e muitas vezes com infiltrações sanguineas. Algumas vezes, a substancia fundamental é mucosa e molle contendo cellulas fusi-formes, constituindo o myxo-sarcoma; outras vezes, ella é compacta, fibrillar e composta de tecido conjunctivo. Quando existe predominancia de elementos cellulares, o tumor toma então um aspecto medullar, (sarcoma medullar.)

Póde dar-se a degenerescencia cancerosa, existindo n'este caso nucleos cancerosos na massa sarcomatosa, (Rindfleisch.) A tunica albuginea que a principio é normal, destroe-se mais tarde, permittindo ao tumor maior gráo de desenvolvimento. As folhas da vaginal são adherentes, ou então póde existir, em sua cavidade, um pequeno derramamento seroso.

SYMPTOMATOLOGIA. — O tumor sarcomatoso apresenta geralmente a forma ovoide e um volume que póde attingir ao de um ovo de abestruz; de superficie pouco desigual, elle é duro e resistente em uns pontos, elastico e depressivel em outros, podendo mesmo existir fluctuação em alguns pontos, nos casos de derramamento na vaginal: caso em que deslocando-se o liquido com as extremidades dos dedos, póde-se tocar em um corpo resistente.

O tumor que é opaco em toda sua extensão, quando ha adherencias das folhas da vaginal, póde apresentar uma transparencia peripherica nos casos de hydro-sarcocele. A pelle escrotal, tensa e lusidia, movendo-se perfeitamente sobre o tumor, póde apresentar as veias subcutaneas muito dilatadas.

Esta affecção não é dolorosa, porém o consideravel peso do tumor, produzindo a distensão do cordão, incommoda muito ao doente, o qual não accusa pela pressão a sensibilidade caracteristica do testiculo.

Com os progressos da molestia e ruptura da albuginea, póde dar-se a ulceração das tunicas escrotaes, se não houver intervenção da arte. Nos primeiros tempos o estado geral do doente nada apresenta de notavel, podendo mais tarde, com a propagação da affecção á outros órgãos, sobrevir a cachexia.

MARCA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO. — Esta affecção tem uma marcha lenta e duração longa. Tem sido observada a terminação fatal, nos casos em que a molestia invade o cordão, os ganglios e outros órgãos; quando o tumor é limitado somente á glandula e a sua extirpação é feita, elle pode reproduzir-se em outros órgãos. Rindfleisch e outros cirurgiões considerão sempre maligna, a natureza do sarcoma do testiculo, sendo a sua generalisação inevitavel.

TUMOR OSSEO

A glandula seminal pode ser a séde de depositos calcareos, constituindo o osteoma, affecção muito rara.

Tem sido observada na tunica vaginal, por occasião do hydroceles e hematoceles com espessamento, a formação de materia calcarea, o que constitue na opinião de Gosselin o terceiro gráo das falsas membranas.

Em diversas affecções pode dar-se a producção da substancia calcarea, que tem sido encontrada no corpo da glandula, assim como no epididymo e no canal deferente; ella pode ser o resultado orchite chronica, da tuberculose ou das degenerescencias fibrosas e cartilagosas.

O tumor, que se apresenta cheio de bossas e pontos extre-

mamente duros e incompressiveis, de um peso consideravel, pode persistir por longo tempo, no estado indolente e sem outra modificação; entretanto no fim d'algum tempo dá-se a irritação dos tecidos visinhos e uma inflammação suppurativa, estabelecendo-se então fistulas por onde se eliminão os fragmentos osseos. Algumas veses, dá-se a obliteração das fistulas depois de eliminados os productos calcareos, e o doente se restabelece; outras veses porem, a eliminação não podendo ter logar em consecuencia do grande volume das massas osseas, a suppuração continúa e o cirurgião tem necessidade de intervir.

CANCER DO TESTICULO

As diversas variedades de cancer, podem desenvolver-se na glandula seminal; entretanto, acompanhando a maioria dos auctores, descreveremos sómente as duas variedades que têm sido mais observadas; o encephaloide e o scirrho.

ENCEPHALOIDE

Entre as affecções malignas do testiculo, é esta a que mais frequentemente tem sido observada.

ETIOLOGIA. — E' a diathese cancerosa a condição essencial para o desenvolvimento do encephaloide, e o traumatismo da glandula testicular, que muitas veses dá logar ao seu apparecimento neste orgão, não é mais do que uma causa occasional. A herança figura grandemente na etiologia d'esta affecção, que tendo sido observada em todas as idades, é mais frequente entre os 20 e 40 annos.

ANATOMIA PATHOLOGICA. — O encephaloide começa ordinariamente pela producção de pequenas massas cancerosas que se desenvolvem na substancia glandular, a qual sendo comprimida se destroe pouco a pouco a medida que o deposito morbido se accumula, terminando por desapparecer depois da completa evolução do tumor. Raramente a materia cancerosa se apresenta no estado de infiltração; em geral existe encerrada em um kysto, em torno do qual distingue-se os tubos seminiferos. A medida que o mal progride, a inflammação excitada pela presença da materia cancerosa, produz o derrmamento d'uma pequena quantidade de serosidade na vaginal, que torna-se distendida; em alguns casos, pode haver adherencias entre as duas folhas d'essa membrana e uma obliteração parcial ou total de sua cavidade.

O epididymo conserva-se intacto por algum tempo; com os progressos da molestia porém, este orgão é tambem compromettido e destroe-se. Curling cita um caso em que os canaliculos da cabeça do epididymo, unica parte da glandula que não tinha sido destruida, estavam cheias d'uma materia esbranquiçada cancerosa.

A tunica albuginea que a principio é resistente e firme, espessada em uns pontos e adelgada em outros, cede pouco a pouco permittindo o desenvolvimento do tumor, e rompe-se finalmente. A molestia proseguindo, o escroto que no fim d'um certo tempo torna-se inteiramente distendido, ulcera-se dando passagem ao producto morbido, que apresenta-se sob a forma d'um tumor fungoso de superficie sangrenta e muito fétido. O cordão é muitas veses accomettido e os seus vasos tornão-se muitos dilatado. No periodo adiantado da molestia, a degenerescencia cancerosa pode estender-se aos ganglios inguinaes, lombares, mesentericos, aos rins, ás vertebrae, aos pulmões, etc. As massas cancerosas varião de aspecto e consistencia, conforme a epocha em que se examina a affecção; assim, no principio (estado de cruesa), ellas apresentam-se debaixo da forma d'uma materia de consistencia geralmente molle, de cor esbranquiçada, dividida em lobulos vascularisados, seme-

lhantes á substancia cerebral, e dando pela pressão um succo lactescente, com os caracteres do succo canceroso.

Essas massas amollecem-se depois, assemelhando-se á polpa cerebral amollecida, apresentando pequenos derramamentos de sangue mais ou menos alterado, conforme a epocha da extravasação. Em alguns casos, a materia cancerosa liquefaz-se mesmo, e o liquido um pouco espesso e amarellado é manchado por sangue.

Encontra-se ainda: kystos cheios de serosidade ou de liquido sanguinolento; massas amarellas semelhantes á materia tuberculosa; tumores perolados e massas de enchondroma.

SYMPTOMATOLOGIA. — Raramente os dous testiculos são affectados pelo encephaloide. Esta molestia começa pelo augmento de volume do corpo da glandula, que apresenta-se dura e de superficie unida, conservando mais ou menos a sua forma oval; esta tumefacção é acompanhada de dôres vagas e ordinariamente de um pequeno derramamento na tunica vaginal. O augmento de volume do tumor faz-se irregularmente; algumas vezes o tumor demora muito a augmentar-se, outras vezes porém, elle cresce rapidamente, podendo attingir ao volume de uma cabeça de fêto a termo.

Com os progressos da affecção, a superficie do tumor apresenta-se cheia de bossas depressiveis, dando ao tacto a sensação d'um corpo elastico, e as dôres tornão-se então vivas e lancinantes.

O cordão espermatico tumefaz-se, tornando-se duro; as veias subcutaneas dilatão-se, desenhando-se na superficie do tumor. Este proseguindo em sua marcha, o escroto contrahe com elle adherencias ao nivel das bossas e ulcera-se, apresentando-se no exterior um tumor fungoso, que secreta uma materia saniosa misturada com sangue e fétida; sua superficie ennegrecida sangra ao menor contacto, tornando-se a séde de hemorragias repetidas que muito prejudicão ao doente. A affecção chegada a este ponto, ordinariamente generalisa-se invadindo os ganglios lombares e outros orgãos; as dôres lombares e abdominaes tornão-se continuas, augmentando os soffrimentos do paciente.

Tem-se observado edema e tambem paralyrias dos membros inferiores, em consequencia de compressões produzidas pelas massas cancerosas. O estado geral aggrava-se então consideravelmente; o doente emmagrece e perde suas forças, suas funcções digestivas perturbão-se, a pelle toma a cõr de um amarello particular, a physionomia triste, etc., e succumbe finalmente quer por um esgotamento geral, quer porque a molestia tenha invadido algum orgão importante perturbando suas funcções.

MARCHA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO. — A marcha do encephaloide é irregular; a sua duração, podendo variar de mezes á annos, é no termo medio geralmente de dous annos. A terminação é ordinariamente fatal.

SCIRRHO DO TESTICULO

ETIOLOGIA. — Esta variedade de cancer muito rara, ataca de preferencia os adultos e desenvolve-se, como o encephaloide, sob a influencia da diathese cancerosa.

Os traumatismos do testiculo, o excesso ou abstinencia dos prazeres venereos, etc., figuram como causas occasionaes.

ANATOMIA PATHOLOGICA.—As massas cancerosas invadem em primeiro lugar o corpo da glandula e infiltrando-se em sua substancia, irradião-se para diversos pontos deste orgão. O testiculo transforma-se em um tumor duro, de consistencia comparada á da cartilagem; a sua superficie torna-se irregular e bosselada.

Pela incisão, nota-se que o tumor range ao cortante do escalpello, dando uma pequena quantidade de succo canceroso, de cõr branca azulada ou acinzentada.

Mais tarde o epididymo, o cordão e os orgãos abdominaes, são tambem invadidos. Póde haver adherencias entre as folhas da vaginal

obliterando-a ou então existe algumas vezes um pequeno derramamento em sua cavidade.

No periodo adiantado da molestia, as massas cancerosas amollecem-se apresentando o aspecto gelatiniforme.

Raramente se observa a destruição das tunicas escrotaes, dando lugar á producção de fungus, porque ordinariamente antes que isso se dê, o doente succumbe á cachexia cancerosa.

SYMPTOMATOLOGIA.— A affecção scirrhusa ataca ordinariamente um só testiculo, que augmenta de volume, torna-se duro e resistente, de fórma irregular e superficie bosselada, devendo-se notar que aqui, ao contrario do encephaloide, o tumor não toma proporções tão consideraveis; algumas vezes tem-se observado mesmo, a diminuição de volume em consequencia da retracção.

As dôres que a principio são pouco consideraveis, vão-se tornando com os progressos da molestia, mais intensas e lancinantes com irradiações para o cordão e partes circumvizinhas. Nos ultimos periodos, o epididymo e cordão, sendo tambem compromettidos, tumefazem-se e tornam-se duros; do mesmo modo os ganglios inguinaes, lombares e mesentericos, ao nivel dos quaes os doentes sentem dôres vivas. O mal assim generalisando-se, os doentes tornam-se cacheticos, d'uma pallidez caracteristica, emmagrecem, as funcções digestivas perturbam-se, os membros inferiores edemaciam-se e afinal perecem n'um profundo marasmo. Nos casos raros em que póde dar-se a ulceracção do escroto, a ulcera não é como no encephaloide a séde de hemor rhagias.

MARCA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO.— Esta fórma de cancer do testiculo apresenta uma marcha lenta e duração variavel, podendo ser de mezes e mesmo de dez ou mais annos. A terminação é quasi sempre fatal.

MOLESTIA KYSTICA DO TESTICULO

Esta affecção tambem denominada sarcoma kystico do testiculo, e caracterisada pela existencia d'um numero variavel de kystos no parenchyma desse orgão, é muito rara.

Sua etiologia ainda não está bem determinada. Os clinicos tem observado o seu desenvolvimento após as contusões do orgão ou á um resfriamento e na idade adulta.

ANATOMIA PATHOLOGICA.— No interior da tunica albuginea, que em geral torna-se adelgada, desenvolvem-se kystos em quantidade variavel e de volume que tambem varia entre o d'um grão de milho e o d'um ovo de pombo; encravados em um tecido fibroso mais ou menos denso de nova formação, elles são separados entre si por uma materia plastica fibrinosa. Sua cavidade encerra, ora um liquido transparente e ligeiramente colorido, ora um fluido viscoso e tinto de sangue ou ainda coalhos sanguineos.

A substancia tubulosa comprimida pela massa kystica de encontro á tunica albuginea, vai-se atrophando, terminando mesmo por desaparecer completamente, quando o tumor tem adquirido um volume consideravel.

O epididymo que a principio é intacto, compromette-se mais tarde, podendo tambem atrophiar-se. Pode-se encontrar misturados aos kystos cristaes de cholesterina e tumores perolados; em alguns casos existem tambem massas de enchondroma e de materia cancerosa encephaloide, tomando a affecção o character maligno.

Os auctores divergem relativamente ao ponto de partida dos kystos: assim, para A. Cooper elles formar-se-hião no interior dos tubos seminiferos; Ch. Robin é de opinião que elles se originem no epididymo; Curling os faz nascer dos conductos do corpo de Hyghmor, e Conches colloca a séde anatomica da affecção no tecido conjunctivo

que fórma o corpo Hyghmor, ou que une os tubos seminiferos. A tunica vaginal é normal ou espessada ; algumas vezes suas duas folhas são adherentes, e outras vezes existe um dorrramento seroso.

SYMPTOMATOLOGIA. — O sarcoma kystico do testiculo desenvolve-se lentamente e no começo nenhuma sensação dolorosa produz ; assim, os doentes só reconhecem o mal de que estão affectados, quando o tumôr já tendo adquerido um certo gráo de desenvolvimento, determina por seu peso algumas dôres e uma sensação desagradavel na região renal. O tumôr de fórma oval ou periforme, de superficie ora lisa e unida, ora irregular, apresenta um volume que geralmente não excede as d'um punho d'um adulto.

Pela apalpação observa-se que elle é elastico e offerece um certo gráo de molleza e depressibilidade ; nos casos porém, em que houver dorramento na vaginal, pode-se então notar transparencia em sua superficie e fluctuação.

Quando o tumôr é muito desenvolvido, a atrophia do epididymo pode dar-se ; o cordão, os ganglios inguinaes e lombares nada de anormal apresentam.

MARCA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO. — Esta affecção, de marcha muito lenta e duração longa, termina em geral favoravelmente ; entretanto, quando existem complicações do cancer, a sua terminação é fatal, como bem demonstrão os casos citados por illustrados cirurgiões, como Curling e outros.

HYDATIDES DO TESTICULO

Muito limitados tem sido os casos observados de hydatides do testiculo ; alguns clinicos duvidão mesmo de sua existencia.

A maioria dos auctores, porém, baseados em factos authenticos observados por A. Cooper, Vidal de Cassis, Larrey e Depnytren,

admittem a realidade d'esta affecção, cuja etiologia ainda é bastante obscura. Os cirurgiões dão grande importancia á herança, e apontão como exemplo o caso observado por Depuytren em diversos membros d'uma mesma familia.

Os kystos que constituem o tumôr hydatico, podem apresentar-se quer isoladamente, quer reunidos em fórma de cachos.

Elles podem assestar-se no cordão, na tunica vaginal ou no parenchyma testicular, tomando a affecção n'este nltimo caso um caracter mais grave, pois que muitas vezes a castração torna-se necessaria. O tumôr, de fórma irregular e de superficie bossellada, é ordinariamente transparente e offerece um certo gráo de resistencia, podendo algumas vezes existir alguma fluctuação. Esta affecção é indolente; pela pressão, pode-se algumas vezes obter um fremito especial.

Larrey observou que sob a influencia do frio, produz-se a dimiuição de volume do tumôr, que pelo calôr volta ás suas dimensões primitivas.

HYDROCELE

Sob a denominação de hydrocele, designa-se o tumôr constituido pelo accumulo de serosidade nas bolsas.

Existem diversas especies de hydrocele, conforme o ponto em que se dá o derramamento seroso. Trataremos sómente do hydrocele vaginal e do hydrocele enkystado do testiculo, por serem os que mais nos interessão.

HYDROCELE VAGINAL

Nesta variedade, a collecção serosa produz-se na cavidade vaginal; esta affecção é adquirida ou congenita.

HYDROCELE VAGINAL ADQUIRIDO

ETIOLOGIA. — Esta affecção, comquanto appareça em todas as idades, é sobretudo aos individuos de 20 a 40 annos que ella accomette maior numero de vezes.

Podendo ser observado em todos os paizes, é mais commum nos paizes quentes; entre nós, é o hydrocele uma molestia extremamente frequente, facto este que se pode explicar, como diz o Sr. Dr. V. Saboia, do seguinte modo: havendo quasi sempre uma tranpiração cutanea abundante, tornão-se frequentes os resfriamentos de escroto, podendo resultar d'ahi uma irritação da vaginal, acompanhada de derramamento seroso em sua cavidade, concorrendo muito para isso os abaixamentos rapidos de temperatura.

A' muitas outras causas, attribuem os autores o apparecimento desta affecção; entre ellas mencionaremos as seguintes: o attrito ou contusão do escroto, a orchite e epididymite, a existencia de corpos livres na tunica vaginal, o embaraço da circulação geral, produzido por certas affecções organicas (molestias do coração, dos pulmões, do figado, etc.) ou simplesmente local, como a compressão por meio de fundas, ou de tumores na fossa illiaca, etc. Taes são as circumstancias que produzindo o desequilibrio entre as funcções de absorpção e secreção da vaginal, dão logar ao derramamento seroso em sua cavidade, constituindo o tumor de que nos occupamos.

Esta affecção pode ser unilateral ou dupla; no primeiro caso ella assesta-se indifferentemente do lado direito ou esquerdo. Os casos de hydrocele duplo, são menos frequentes.

ANATOMIA PATHOLOGICA. — Procedendo-se ao estudo anatomo-pathologico da affecção de que tratamos, tem-se observado que a tunica vaginal, achando-se algumas veses em suas condições normaes, e apenas um pouco distendida, apresenta-se outras veses mais ou menos espessada, cartilaginosa e mesmo ossificada em alguns pontos.

Tem-se tambem algumas vezes observado a formação de falsas membranas que determinando adherencias entre as folhas da serosa, podem circumscrever pequenos saccos secundarios, constituindo hydroceles multiloculares.

A pelle escrotal, a não ser a sua distensão, nenhuma outra modificação apresenta. O dartos pode achar-se adelgado ou então espessado, e o musculo cremaster pode tornar-se fibroso. O liquido hydrocelico, que geralmente é de cor citrina ou alaranjada, fluida, transparente e inodoro, algumas vezes torna-se mais consistente e viscoso, pedendo em alguns casos apresentar a cor avermelhada, devido á presença de globulos sanguineos.

Este liquido contem flocos albuminosos e tem-se observado sobretudo nos velhos ou em hydroceles já antigos, a existencia de cristaes de cholesterina. Sua quantidade é muito variavel; o Sr. Dr. Saboia diz que, nas operações que tem praticado, essa quantidade tem sido de 64 á 750 grammas. A glandula seminal, que ordinariamente occupa a parte postero-inferior do tumor, pode excepcionalmente achar-se em posição differente, em consequencia de adherencias ou inversões do orgão; noção esta de summa importancia quando o cirurgião tiver de punccionar um hydrocele. O testiculo e o epididymo achão-se quasi sempre em suas condições normaes; elles podem entretanto ser mais ou menos alterados. Em consequencia da compressão produzida pelo liquido, esses orgãos são descorados, o testiculo se enruga e murcha, podendo mesmo dar-se atrophia. Nos casos em que o hydrocele é precedido de orchite, elles apresentão-se espessados, duros e resistentes.

Os elementos do cordão podem achar-se affastados e dissociados, e isto se observa nos casos em que o hydrocele é muito volumoso.

SYMPTOMATOLOGIA. — O hydrocele apresenta-se sob a forma d'um tumor inteiramente indolente mesmo á pressão, excepto no ponto occupado pelo testiculo, ordinariamente oval, periforme ou globuloso, e d'um volume variavel, conforme a quantidade de liquido existente na

cavidade vaginal; podendo attingir ao volume da cabeça d'um feto a termo e mesmo mais.

O tumor pode algumas vezes apresentar a forma de ampulheta ou de um rim, disposições estas dependentes da desigualdade de distensão da tunica vaginal.

A pelle escrotal, como dissemos tratando da anatomia pathologica, nenhuma alteração apresenta, sendo apenas mais ou menos destendida. Por meio da apalpação, obtem-se a sensação de fluctuação, phenomeno este que, seja em consequencia de grande distensão da vaginal ou do seu espessamento, seja pela existencia de falsas membranas, pode deixar de ser observado, obtendo-se somente a sensação de elasticidade.

Pela percussão sente-se uma vibração caracteristica das collecções serosas. A superficie do tumor, ordinariamente lisa e igual, pode algumas vezes apresentar bossas e desigualdades. O hydrocele apresenta muitas vezes um phenomeno que constitue um elemento de grande importancia para o seu diagnostico: referimo-nos á transparencia. Para observal-a, o individuo deve achar-se em uma camara escura; colloca-se uma luz em um do lados do tumor, e distendendo-se a pelle escrotal com uma das mãos, applica-se o bordo cubital da outra na superficie do tumor, de modo a interceptar-se a diffusão da luz.

Por esse meio observa-se uma transparencia, de côr rosacea, excepto um ponto opaco que é occupado pelo testiculo. Com o fim de proceder-se á este exame, existe ainda um outro processo, que consiste em olhar o tumor atravez do estethoscopio; meio este em muitos casos de grande vantagem. Em alguns casos, a transparencia pode deixar de ser observada, quer em consequencia da mudança de coloração do liquido, quer pelo espessamento da vaginal ou abundancia de pigmento cutaneo. Estas circumstancias e o facto de poder-se observar a transparencia em outras affecções, levarão Perciwal Pott a contestar o valôr deste signal para o diagnostico do hydrocele; nós acompanhando a opinião do Sr. Dr. V. Saboia, diremos que, a transparencia sendo evidente e á ella reunindo-se os outros caracteres, o cirurgião não pode ter duvida sobre a existencia da molestia que nos occupa.

V.50/057v

MARCA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO. — A especie de hydrocele de que tratamos, apresenta ordinariamente uma marcha lenta e gradual: algumas vezes, o crescimento do tumor faz-se com grande rapidez, manifestando em outros casos, o caracter intermittente, isto é, torna-se estacionario de tempos em tempos para continuar depois.

A molestia, abandonada a si mesma, tem uma duração indefinida. A cura por meio da operação, é a terminação mais commum, sendo rarissima a cura espontanea.

O hydrocele pode transformar-se em hematocele nos casos em que existindo falsas membranas, estas rompem-se produzindo derramamento de sangue. O hydrocele vaginal pode tambem terminar-se pela transformação em hydrocele escrotal, em consequencia d'uma contusão sobre as bolsas, determinando a ruptura da vaginal.

HYDROCELE VAGINAL CONGENITO

N'esta variedade de hydrocele vaginal, a communicacão primitiva entre as cavidades vaginal e peritoneal, e que desaparece geralmente depois do nascimento, continúa a existir; de modo que dá-se a passagem do liquido da cavidade vaginal para a peritoneal, e vice-versa.

O hydrocele congenito é mais frequente na infancia até aos oito ou dez annos, do que depois dessa idade, em que é muito raro. A procedencia do liquido tem sido diversamente interpretada: assim, Velpeau acredita que elle provenha da vaginal, a qual irritada em consequencia dos attritos por que passa o escroto durante o trabalho do parto, como pelo contacto da urina e das fezes, o secreta.

Curling acha mais provavel ser elle proveniente do peritoneo, e Nelaton, sem excluir uma ou outra dessas theorias, admite ambas. O tumôr que representa esta especie de hydrocele, é observado ordinariamente pouco tempo depois do nascimento; elle é indolente, fluctuante, transparente e offerece um certo gráo de reductabilidade maior ou me-

nor, conforme o calibre do canal de comunicação entre as duas cavidades, caracter este que o distingue do hydrocele adquirido.

Pela pressão e no decubito horizontal, o volume do tumor diminue pouco a pouco, sendo maior á tarde do que pela manhã quando o doente levanta-se; a tosse communica-lhe uma certa impulsão. A duração é variavel. A reabsorpção lenta e gradual do liquido e a obliteração do canal communicante, produzindo a cura, é a mais frequente terminação desta molestia.

HYDROCELE ENKYSTADO DO TESTICULO

Esta especie de hydrocele, denominado tambem por alguns auctores hydrocele enkystado espermatico, kystos espermaticos, etc., consiste em achar-se o liquido contido em um ou mais kystos de nova formação, distinctos do sacco vaginal.

Relativamente á sua etiologia, nada sabe-se de positivo no estado actual da sciencia, a não ser a maior frequencia nas idades que medeião entre os 30 e 65 annos. Debaixo do ponto de vista do volume, o professor Gosselin dividiu os kystos em pequenos e grandes.

Deixando de parte os pequenos kystos, por não terem elles grande importancia clinica, não só porque o cirurgião quasi nunca é consultado n'esses casos, como tambem ordinariamente se os observa em cadaveres ou em testiculos affectados de outra qualquer molestia, descreveremos apenas os grandes kystos.

GRANDES KYSTOS DO TESTICULO. — Do volume d'uma noz mais ou menos, estes kystos são muitas vezes unicos, podendo em alguns casos existir dois, tres e raramente mais.

Elles desenvolvem-se ordinariamente ábaixo da cabeça do epididymo, no tecido cellular intermediario aos vasos efferentes e a membrana serosa que os reveste. São pois sub-epididymares, ao contrario

dos pequenos que apresentam-se em geral sobre a face postero-superior d'esse órgão. Em virtude de seu desenvolvimento, elles proeminão para um ou outro lado do ponto de origem, deslocão o epididymo, e em alguns casos produzem compressão dos vasos efferentes. Tem-se observado, além destes kystos sub-epididymares, o desenvolvimento de grandes kystos em ponto differente; assim, alguns auctores os tem encontrado no bordo anterior do testiculo. A membrana hystica delgada e delicada, contem em alguns casos, um liquido limpido e citrino, que apresenta-se muitas vezes opalino, turvo e leitoso semelhante ao leite de coco, circumstancia esta devida á presença de espermatozoides.

Este liquido que pode conter palhetas de cholesterina, é um pouco albuminoso, formando por isso, pela acção do calór, ou do acido nitrico, um ligeiro precipitado. Em alguns casos, os kystos podem inflamar-se, resultando d'ahi uma modificação do liquido. que se torna mais albuminoso, e a formação de falsas membranas.

SYMPTOMATOLOGIA. — Esta forma de hydrocele, começa por um ou mais tumores pequenos cujo desenvolvimento se faz pouco a pouco sem produzir geralmente dôr; entretanto, quando o tumor tem adquirido um certo volume, podem existir dores espontaneas ao longo do cordão e da região renal. Raramente o seu volume iguala ao de um hydrocele ordinario. Nos casos em que o kysto é unico e que attingido ao volume d'uma noz mais ou menos, o aspecto do tumor torna-se caracteristico, parecendo que o testiculo é duplo. Quando existem dous ou mais kystos, o tumor é lobado e muito irregular. Elle é fluctuante e tenso, adherente ao testiculo e movel com elle. A posição d'este órgão, que se acha ordinariamente na parte antero-inferior do tumor, pode ser determinada pela exploração com uma luz, pela differença de consistencia do tumor em um ponto e pela dôr caracteristica que a pressão produz sobre esse ponto. A pelle escrotal que nada apresenta de anormal, pode algumas vezes achar-se distendida.

De marcha lenta e duração longa e indefinida, o hydrocele enkys-

tado do testiculo muito raras vezes se termina pela resolução; ordinariamente a cura se obtem por meio da intervenção cirurgica.

HEMATOCELE DO TESTICULO

Pela denominação de hematocele, designão-se os tumores das bolsas constituídos por sangue. Existem diversas variedades de hematocele, conforme o ponto em que o tumor tem a sua séde. Descreveremos apenas o hematocele testicular, isto é, aquella variedade em que o accumulo de sangue se faz abaixo da tunica albuginea ou na substancia propria do testiculo.

ETIOLOGIA. — E' uma affecção pouco frequente; as marchas prolongadas durante as horas incandescentes do dia, certas affecções genitales, principalmente as inflammações chronicas, o excesso dos prazeres venereos, etc., influencias estas, capazes de produzirem congestões para o testiculo, podem representar em sua etiologia o papel de causas predisponentes.

Entretanto, o que está estabelecido é que a causa univoca d'esta affecção, é o traumatismo exercido sobre as bolsas, quer accidental, quer cirurgico.

ANATOMIA PATHOLOGICA. — O volume do testiculo é augmentado e a substancia glandular toma uma cõr mais ou menos escura; o sangue pode infiltrar-se entre os canaes seminiferos, ou então reunir-se em fòcos limitados quer somente pelo tecido glandular, quer por este e a albuginea. Esta membrana, algumas vezes distendida e ecchymosada, pode outras vezes romper-se em um ou mais pontos dando logar á sahida dos canaliculos espermaticos através da solução de continuidade.

São estas as lesões mais importantes encontradas no hematocele recente, podendo-se observar a suppuração em uma epocha afastada.

SYMPTOMATOLOGIA, MARCHA E TERMINAÇÃO. — A acção do traumatismo exercida sobre o testiculo e sobre as bolsas, produz um derramamento sanguineo não só na glandula, como na cavidade vaginal e entre os tecidos dos envolveros escrotaes, constituindo no principio um grande tumor.

O doente accusa dôres mais ou menos intensas, que se irradião pelas partes circumvisinhas. Nos casos em que o derramamento vaginal é muito abundante, o reconhecimento do testiculo no meio do tumor sanguineo, apresenta grandes difficuldades; mais tarde, entretanto, quando o derramamento vaginal e a infiltração das bolsas, desapparecerem ou diminuirem muito, poder-se-ha perceber o testiculo, notando-se então que elle acha-se augmentado de volume, duro, renitente, com a superficie mais ou menos bosselada, e mais ou menos doloroso pela compressão.

Algumas vezes a terminação do hematocele testicular se faz pela reabsorpção lenta e gradual dos derramamentos sanguineos; outras vezes porém, isto não se dá, observando-se então a terminação por suppuração.

INCLUSÃO FETAL DO TESTICULO

Dá-se essa denominação, ao tumôr formado no escroto por partes de um fêto, mais ou menos desenvolvidas.

E' uma affecção muito rara, e é a Verneuil que se deve o melhor estudo sobre este assumpto.

Os auctores explicão differentemente o modo de formação d'esses tumôres: assim, uns considerão-nos como heterotopias; outros, no numero dos quaes acha-se Verneuil, acreditão que elles sejam monstruosidades por inclusão. Ollivier e Velpeau são de opinião que a inclusão seja sempre primitivamente abdominal, isto é, que as partes do fêto, a principio situadas no ventre, perto do testiculo, acompanhão-no em sua emigração. Verneuil sustenta porém

que, si em alguns casos, essa theoria pode se admittida, em outros, as partes fêtaes occupão primitivamente o tecido cellular subcutaneo das bolsas, independentemente do testiculo, contrahindo ulteriormente com elle adherencias. O que a observação tem demonstrado é que, no fim d'um tempo mais ou menos longo, o testiculo vem a comprometter-se, seja qual fôr o ponto de desenvolvimento do tumôr.

Tem sido encontradas n'esses tumôres, partes constituintes de um fêto, mais ou menos desenvolvidas, como ossos, pellos, musculos, dentes e tecido nervoso, podendo algumas vezes encontrar-se tambem kystos contendo serosidade ou um liquido gelatiniforme.

Esta affecção apresenta dous periodos em sua evolução.

No primeiro periodo, cuja duração é mais ou menos longa, o tumôr conserva-se indolente, augmentando de volume a medida que o resto do corpo se desenvolve, podendo algumas vezes attingir á proporções consideraveis.

Elle é duro e resistente; a sua superficie apresenta-se ora lisa e regular, ora bosselada e desigual; ás vezes existe fluctuação. A inflammação do tumôr e a formação de abcessos, estabelecendo-se fistulas por onde se eliminão as partes létaes, constituen o segundo periodo, que torna-se mais serio em consequencia da ablação do tumor, que muitas vezes é necessaria. No primeiro periodo a affecção é, segundo Verneuil, compativel com uma saude bôa ou regular.



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...

(HUGUIER).

ORCHITE AGUDA

O diagnostico da orchite aguda, é em geral facil; o conhecimento da anamnese, assim como a localização da phlegmasia no epididymo e canal deferente ou no testiculo propriamente dito, a maior ou menor intensidade das dôres, a marcha, a fórma, o volume, etc., conduzem o cirurgião a estabelecer o diagnostico de uma orchite aguda blennorrhagica ou não blennorrhagica (traumatica, parotidiana, variolosa, etc)

Ha casos entretanto, em que é possivel a confusão de uma orchite aguda com a erysipela do escroto, a hernia inguinal estrangulada, a orchite tuberculosa (fórma aguda da tuberculose testicular) e o hematocèle recente.

Vejamos de que modo póde o pratico n'estas condições especiaes, chegar ao conhecimento da verdade.

Relativamente á erysipela do escroto, o diagnostico da orchite

aguda esclarecer-se-ha, desde que se attenda á differença etiologica entre estas duas affecções e que na erysipela a inflammacção é mais extensa, sendo raramente uni-lateral e é limitada por um burlete caracteristico; além disso, o testiculo, o epididymo e o cordão, apresentão-se normaes. Ha casos em que a orchite aguda apresenta-se de tal modo intensa, que muitos de seus symptomas assemelhão-se aos de uma hernia inguinal estrangulada; assim, existem vomitos, constipacção de ventre, dôr e sensibilidade no abdomen, perturbações geraes notaveis, etc., podendo levar o cirurgião a um erro de diagnostico. Deve-se notar entretanto que, na orchite, o tumor é mais duro e mais doloroso ao tacto, não existe tensão do abdomen, e a dôr concentra-se em um só lado; além disso na hernia, quando ella não é congenita, póde perceber-se abaixo do tumor, a glandula seminal em seu estado normal, e sendo congenita, os antecedentes do doente dissiparão as duvidas.

Um testiculo em ectopia inguinal, póde inflammar-se, assemelhando-se grandemente á hernia estrangulada; a administração de um purgativo e a presença ou ausencia do testiculo nas bolsas, decidirão o pratico.

Confrontando-se as orchites agudas dependentes de influencias urethraes, blennorrhagicas ou não, com a fórmula aguda da tuberculose testicular, vê-se que entre estas duas affecções existe muita semelhança; apresentando algumas vezes difficuldades o diagnostico differencial. Na presença de um caso desta ordem, não se tendo reconhecido nenhuma influencia urethral, ou mesmo uma causa apreciavel, e si o individuo fôr tuberculoso, escrophuloso ou de temperamento muito lymphatico, deve se suspeitar uma orchite tuberculosa; e si examinando-se o cordão, elle achar-se tumefeito ou nodoso, a prostata e as vesiculas seminaes volumosas, endurecidas e dolorosas, não póde restar duvida de que se trata de uma orchite tuberculosa. A tuberculisação do testiculo póde accommetter um individuo em estado de saude apparente e sem indicio de affecção pulmonar; n'estas condições o diagnostico torna-se difficil e só a marcha ulterior da affecção poderá guiar o pratico no juizo diagnostico.

E' facil estabelecer-se a distincção entre a orchite aguda e o hematocele recente; porquanto o hematocele é quasi sempre produzido pelo traumatismo, as dôres apresentam menor intensidade, a tumefacção manifesta-se com rapidez, observa-se a echymose do escroto e não se nota modificação do cordão e epididymo.

ORCHITE CHRONICA SIMPLIS

A orchite chronica pode confundir-se com a orchite syphilitica, o sarcocele tuberculoso, a hypertrophia testicular, o enchondromo, o cancer, o hematocele o a molestia kystica.

Para estabelecer-se a distincção entre a orchite chronica e a syphilitica, deve-se ter em consideração que, n'esta ultima affecção, o doente accusa antecedentes syphiliticos, o tumôr apresenta a fôrma d'um ovoide regular, é doloroso principalmente á noite, tendendo a diminuir sob a influencia do tratamento especifico; invade muitas vezes ambos os testiculos, compromettendo em geral o corpo da glandula, notando-se ainda que o hydrocele é mais frequentemente observado, do que na orchite chronica. Esta, além de não apresentar a syphilis em sua etiologia, é constituida por um tumôr mais irregular, affecta tanto o epididymo como a glandula, a invasão dos dous testiculos é menos frequente e não cede á medicação especifica.

No diagnostico differencial da orchite chronica com o sarcocele tuberculoso, deve-se prestar muita attenção ás causas que produzirão a affecção. A existencia de tuberculose pulmonar ou de outros orgãos, é um elemento de grande valôr para o diagnostico da tuberculose genital; além disso observa-se que, n'esta molestia, o canal deferente é ordinariamente nodoso e a prostata e vesiculas seminaes, são avolumadas, endurecidas e dolorosas, phenomenos estes que não se encontram na orchite chronica. Quando se trata d'uma epididymite chronica,

deve-se notar ainda que, o endurecimento localisa-se de preferencia na cauda do epididymo, ao contrario do que se dá no sarcocele tuberculoso em que o endurecimento assesta-se principalmente na cabeça d'esse orgão, apresentando-se um tumôr de superficie mais irregular e cheia de bossas e desigualdades, geralmente bem limitadas.

A orchite chronica distingue-se da hypertrophia testicular, pelo seguinte: esta ultima molestia, affecta de preferencia a juventude, é ordinariamente dupla, e não se observa no testiculo, outra alteração a não ser o seu augmento de volume; a orchite chronica, além de apresentar-se sob a fórma d'um tumôr duro, desigual e bosselado, invade mais raramente os dous testiculos.

O enchondroma differença-se da orchite chronica, por começar geralmente pelo testiculo propriamente dito, não invadindo o epididymo e por ser ordinariamente um tumôr mais volumoso, mais pesado e duro.

A perturbação da saude geral, as dôres lancinantes, os enguigtamentos ganglionares, observados no tumôr canceroso, de mais, o seu maior volume e peso, a dilatação venosa das bolsas, etc., distinguem esta affecção da orchite chronica.

A orchite chronica distingue-se do hematocele vaginal, porque n'ella o tumôr é menos uniforme e duro ao menos em certos pontos; o hematocele, fluctuante a principio, apresenta depois do espessamento da vaginal, uma consistencia elastica especial e succede algumas vezes á um hydrocele.

A sensação de depressibilidade, a maior regularidade na fórma do tumôr, o seu apparecimento sem causa apreciavel, e a uniteralidade, são caracteres que pertencem á molestia kystica do testiculo e que a distinguem da orchite chronica.

ORCHITE SYPHILITICA

A orchite syphilitica pode confundir-se com a orchite chronica, o sarcocele tuberculoso, o cancer, o enchondroma, a molestia kystica e o hematolece. Já tendo sido feito o diagnostico differencial entre a orchite chronica e a syphilitica, trataremos sómente de estabelecer as differenças d'esta, com as outras affecções que acabamos de enumerar.

A orchite syphilitica, desenvolve-se sob a influencia da infecção syphilitica, e em geral é acompanhada de outras manifestações da mesma natureza; muitas vezes bilateral, ella invade de preferencia o corpo da glandula, pode ser dolorosa principalmente á noite e é indolente á pressão. No sarcocele tuberculoso, reconhece-se a existencia da diathese tuberculosa, observando-se em geral a tuberculose pulmonar ou de outros órgãos. A tuberculisação genital, começa de ordinario pelo epididymo e invade o canal deferente, as vesiculas seminaes e a prostata, atacando menos vezes os dous órgãos. No testiculo syphilitico, a não dar-se o caso raro de terminação pelo fungos, a pelle escrotal é sã e resvala sobre o tumor, o que não acontece com a tuberculose testicular, em que, a pelle depois de certo tempo contrahe adherencias com o tumor e ulcera-se dando-se então o corrimento de pús. O hydrocele poucas vezes observado n'esta ultima affecção, é frequente na orchite syphilitica; esta cede ao tratamento pelo iodureto de potassio, o qual nenhuma influencia exerce sobre o tuberculo do testiculo.

Os seguintes caracteres pertencentes ao cancer do testiculo, confrontados com os da orchite syphilitica, que acabamos de descrever, estabelecem a distincção entre essas duas molestias. O tumor canceroso desenvolve-se muitas vezes sem causa apreciavel e é ordinariamente unilateral; elle é acompanhado de engorgitamentos ganglionares e provoca dores intensas e lancinantes, sem distincção de horas. A pelle escrotal, em um periodo mais adiantado, adelgaça-se em certos pontos e ulcera-se, produzindo-se um fungus, d'onde corre um pús muito fetido. Esta affecção não cede á medicação anti-syphilitica.

A ausencia de antecedentes syphiliticos, a unilateralidade, o maior volume do tumor, e a resistencia ao tratamento pelo iodureto de potassio, distinguem o enchondroma do testiculo syphilitico.

A orchite syphilitica differença-se da molestia kystica, porque esta apresenta-se sob a fórma de um tumor mais consideravel, unilateral, depressivel e elastico, e não se modifica com o emprego da medicação especifica.

O diagnostico differencial com o hematocele, estabelecer-se-ha facilmente desde que se attenda aos antecedentes do doente, á marcha da affecção, ao resultado do tratamento pelos anti-syphiliticos, etc.

TUBERCULOSE DO TESTICULO

Tratando d'esta affecção, dividimol-a em duas fórmas: aguda ou orchite tuberculosa, e chronica ou sarcocele tuberculoso. A primeira póde confundir-se com a orchite aguda e seu diagnostico differencial já foi estabelecido; a segunda póde ser tomada por alguma das seguintes affecções: orchite chronica simples, orchite syphilitica, cancer, enchondroma e hydrocele.

As differenças com as duas primeiras, forão já feitas; relativamente ao cancer, e para evitarmos repetições, diremos apenas que a sua distincção com a molestia de que tratamos, ficará estabelecida desde que recordarmo-nos do que dissemos a respeito de cada uma d'estas molestias, quando fizemos o diagnostico differencial da orchite syphilitica. Restão-nos pois as outras duas affecções.

A fórma chronica da tuberculose genital, distingue-se do enchondroma, porque n'ella coexiste geralmente a tuberculose pulmonar ou de outros orgãos, e a lesão começa pelo epididymo invadindo as vesiculas seminaes e a prostata que tornão-se endurecidas, o que não succede com o enchondroma, em que estes orgãos são normaes e que começa pelo corpo da glandula; além disso, o enchondroma é duro, elastico, e de volume e peso ordinariamente maiores.

O testiculo tuberculoso póde ser tomado por pequenas collecções de serosidade da tunica vaginal ; devemos notar entretanto, que n'elle existem dores surdas, o tumor apresenta elevações, depressões e orificios fistulosos, ao passo que a superficie do hydrocele é mais ou menos lisa ; a fluctuação que algumas vezes se encontra no sarcocele tuberculoso, não é em toda a extensão do tumor, e nem pela percussão se percebe a vibração caracteristica do hydrocele.

HYPERTROPHIA TESTICULAR

Dissemos a proposito do diagnostico da orchite chronica simples, que ella podia confundir-se com a hypertrophia do testiculo e por esta occasião estabelecemos a distincção entre as duas affecções ; fóra d'esse caso, o diagnostico da hypertrophia é facil desde que attendamos que, ella é mais commum nos climas quentes, ataca de preferencia a juventude, e que nenhuma outra modificação soffre o testiculo, a não ser o augmento de volume.

ESPERMATOCELE

As tumefacções intermittentes ao nivel do epididymo, sobrevindas depois de erecções prolongadas, coitos suspensos ; as dôres surdas, a sensação de peso, etc., caracterisção de tal modo o espermatocele, que o seu diagnostico é em geral facil.

FUNGUS BENIGNO DO TESTICULO

Esta affecção póde ser confundida com a hernia do testiculo, (fungus superficial d'alguns auctores), e com o fungus canceroso. A distincção entre os dous primeiros tumores, apresenta grandes diffi-

culdades; devemos porém notar que na hernia, o testiculo acha-se revestido pela tunica albuginea e o tumor é nos primeiros tempos, ou no momento de sua formação, liso, lúcido e de uma cor esbranquiçada, tornando-se depois avermelhado e de aspecto granuloso.

No fungus benigno, a superficie do tumor é granulosa, porém ligeiramente amarellada ou acinzentada, e além disso, elle é insensível á pressão, o que não succede na hernia, em que a sensibilidade especial se manifesta com os caracteres da dor que o testiculo apresenta quando comprimido no estado normal.

O diagnostico differencial com o fungus maligno, não offerece em geral difficuldades; porquanto, n'esta affecção a superficie do tumor é cheia de anfractuosidades, sangra ao menor contacto e dá lugar ao corrimento d'uma sanie extremamente fetida; existem dores lancinantes que se irradião ao abdomen, engorgitamentos ganglionarios, etc., e sobrevem a cachexia cancerosa.

No fungus benigno, a superficie do tumor é finamente granulosa, não é sangrenta e a secreção não tem máo cheiro; é indolente mesmo pela pressão, e o estado geral póde ser regular ou bom.

FIBROMA

Pela descripção que na primeira parte d'este trabalho fizemos do tumor fibroso, vemos que elle apresentando symptomas communs á outros tumores, nenhum offerece que possa levar o cirurgião ao conhecimento exacto da verdade; assim pois, o seu diagnostico directo sendo muito difficil, só por exclusão e pelo exame microscopico, podemos chegar ao exacto conhecimento de sua existencia. Devemos fazer notar que elle é indolente, duro, pesado, consistente e de superficie irregular.

ENCHONDROMA

E' difficilimo o diagnostico do enchondroma; para que se suspeite a sua existencia, torna-se necessario que se observe todos os symptomas que o caracterisao, os quaes ja forao descriptos na primeira parte. Ainda assim podem existir duvidas, que so o exame anatomo-pathologico dissipara. Esta affecao pode confundir-se com a orchite chronica, a orchite syphilitica, o sarcocele turbeculoso, o cancer, (encephaloide ou scirrho) e a molestia kystica. Tendo ja sido estabelecidas as differencas com as tres primeiras, passemos as duas ultimas.

Entre o enchondroma e o cancer, devemos notar que o primeiro e observado mais frequentemente antes dos 35 annos, a sua marcha e mais lenta, nao e em geral doloroso e apresenta-se sob a forma d'um tumor menos volumoso, de consistencia mais dura e superficie mais regular.

O enchondroma podendo em um periodo mais adiantado, apresentar alguma fluctuacao em consequencia do amolecimento das massas cartilagosas, e na molestia kystica podendo-se mais tarde observar endurecimentos devidos a formacao de nucleos cartilagineos, o diagnostico differencial entre estas duas affecoes, torna-se extremamente difficil; so attendendo a marcha, pode o clinico elucidar-se em seu juizo diagnostico; assim, no enchondroma, a dureza precede ao amolecimento, em quanto que na affecao kystica, a fluctuacao e anterior ao endurecimento.

SARCOMA

O conhecimento da natureza intima do tumor sarcomatoso, e muitas vezes impossivel antes de proceder-se ao exame microscopico. Tomando-se em consideracao os seus caracteres, ja descriptos

por nós em logar competente d'este trabalho, não é difficil distinguil-o da orchite chronica, do sarcocele syphilitico e do tuberculoso.

A fórma do tumor, a sua consistencia, o seu maior pêso, a falta de transparencia com fluctuação manifesta e a ausencia da sensibilidade caracteristica do testiculo por meio da pressão, excluem a idéa d'um hydrocele.

O sarcoma poderia ser tomado por um hematocele com espessamento da tunica vaginal; este porém, não exerce influencia sobre o organismo, pode-se muitas vezes perceber ondulação profunda e o mais das vezes, determinar-se a posição do testiculo; e se ainda houver duvidas, lançar-se-ha mão da punção exploradora e então o sarcoma dará sahida á sangue semelhante ao que sahe dos vasos, e o hematocele, um liquido escuro e cor de chocolate.

Mais difficil é estabelecer-se as differenças do tumor de que nos occupamos, com o cancer, o enchondroma e a molestia kystica benigna, principalmente no começo da affecção. O cancer provoca quasi sempre dores lancinantes; o tumor tem uma evolução mais rapida, e a sua superficie menos regular, é cheia de bossas duras e outras molles.

O enchondroma é mais frequentemente observado em individuos de 25 á 35 annos de idade, apresenta uma marcha mais lenta e geralmente não exerce influencia sobre o apparelho ganglionar e nem sobre a saude geral.

A affecção kystica tem a marcha muito lenta, consistencia elastica mais uniforme e sensação de depressibilidade.

OSTEOMA

Tendo o cirurgião de estabelecer o diagnostico d'um tumor do testiculo, e se pelo exame que d'elle fizer, encontral-o extremamente duro e pesado, de superficie desigual e incompressivel,

poderá suspeitar um osteoma; entretanto, o juizo seguro sobre a existencia d'essa affecção, formular-se-ha sómente, depois que a supuração das bolsas e a formação de fistulas, derem sahida ás producções osseas e calcareas.

ENCEPHALOIDE

Este tumor que póde confundir-se com algumas das affecções precedentes e cujo diagnostico differencial já estabelecemos, póde ainda ser tomado pelo scirrho, hydrocele, hematocele e molestia kystica. Elle se differença do scirrho, porque este não attingindo á tão grande volume é mais duro, mais pesado e de marcha muito mais lenta; além d'isso, quando no scirrho ha ulceração, o que é raro, a superficie da ulcera não é séde de hemorrhagia, facto este muito frequente no encephaloide. Ainda mais, este póde reproduzir-se por tumores da mesma natureza em órgãos diversos, o que não acontece com o scirrho.

As dores lancinantes e vivas do encephaloide, a desigualdade de sua superficie, que é bosselada e dura, a ausencia de transparencia e fluctuação, os engorgitamentos ganglionares, etc., o distinguem do hydrocele. O encephaloide, em completo desenvolvimento, póde dar a sensação de alguma fluctuação; esta porém não é geral, e ao lado de pontos molles, existirão outros mais ou menos duros e resistentes. Nos casos de hydrocele com espessamento da vaginal, facto este que se dá em hydroceles antigos, a evolução da molestia servirá de guia ao cirurgião.

Na distincção entre o encephaloide e o hematocele, devemos attender ao seguinte: o cancer, sendo duro a principio, só mais tarde se amollece; n'elle a posição do testiculo não póde ser reconhecida pela sensibilidade caracteristica que a pressão desperta, existem as dores lancinantes e o engorgitamento ganglionar. Estes

phenomenos não se encontram no hematocele. Em casos difficeis, a punção exploradora, dissipará as duvidas.

O diagnostico differencial entre o encephaloide e a molestia kystica, póde offerecer grandes difficuldades; o cirurgião deve reunir todas as circumstancias possiveis para esse fim, taes como os antecedentes do doente e o seu estado geral, a marcha da affecção, etc. A molestia kystica é indolente, de marcha muito lenta e não exerce influencia sobre o apparelho ganglionar e nem sobre a saude geral. O tumor é periforme e pela apalpação dá a perceber uma consistencia especial de depressibilidade. Em extrema difficuldade, a punção exploradora, ainda é aqui de grande vantagem.

SCIRRHO

Tendo já em outra parte de nossa dissertação, descripto os caracteres d'esta affecção, e estabelecido o seu diagnostico differencial com os tumores que, com ella se podem confundir, nada mais diremos a seu respeito, evitando assim muitas repetições.

MOLESTIA KYSTICA

Esta affecção, além d'algumas das precedentes com que ella se póde confundir, póde ainda ser tomada por um hydrocele ou hematocele.

E, sobretudo com o hydrocele multilocular, que ella póde confundir-se; entretanto n'esta, a falta de transparencia, ausencia de fluctuação em toda a extensão do tumor, e a impossibilidade de despertar-se pela pressão a sensibilidade caracteristica do testiculo na parte postero-inferior do tumor, são importantes elementss para o diagnostico differencial, que esclarecer-se-ha em casos ainda duvidosos, pela punção

exploradora; devendo-se notar que, sahindo do hydrocele, grande quantidade de serosidade, isto não succederá na affecção kystica, em que a canula dará sahida á uma pequena quantidade de liquido seromucoso, tinto de sangue, ou sómente sangue.

Afim de distinguirmos a molestia kystica do hematocele, devemos attender não só ao modo de producção do tumor e sua evolução, como á possibilidade de determinar-se no hematocele a dôr característica do testiculo.

HYDATIDES

A transparencia e fluctuação do tumor hydatico, podem confundil-o com o hydrocele multilocular.

Entretanto, o fremito especial que no caso de hydatides se pôde algumas vezes obter por meio da pressão, e o facto observado por Larrey, de que este tumor diminue de volume sob a influencia do frio, tornando ao primitivo estado pelo calor e humidade, estabelecem a distincção entre as duas molestias.

HYDROCELE ENKYSTADO DO TESTICULO

Este tumor, quando pequeno, caso em que pôde-se reconhecer a posição do testiculo em sua parte antero-inferior e isolar-se este orgão, facilmente se differença do hydrocele vaginal; quando porém, elle apresentar grandes dimensões, o diagnostico differencial torna-se mais difficil, e si procurando reconhecer o modo por que se desenvolveu, não podermos chegar ao conhecimento exacto de sua existencia, a punção exploradora, dando ou não sahida a um liquido lactescente em que o microscopio revela a existencia de espermatozoides, decidirmos-ha.

HEMATOCELE DO TESTICULO

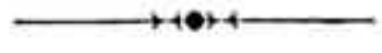
Em consequencia da tumefacção das bolsas e do derramamento vaginal, é muito difficil reconhecer-se o hematocele do testiculo no começo de seu desenvolvimento, pela impossibilidade de perceber-se o estado d'esse orgão.

Mais tarde porém, reabsorvido o derramamento ou feita a incisão poderemos, baseados nos caracteres que já descrevemos d'esta affecção, diagnostical-a.

INCLUSÃO FETAL

Quando em um estado mais ou menos avançado, a suppuração dá lugar á sahida dos elementos fetaes, o clinico nenhuma difficuldade tem em reconhecer a natureza d'essa rarissima especie de tumor testicular.

No primeiro periodo, porém, o seu diagnostico é rodeado de extrema difficuldade; entretanto, não é completamente impossivel, e o diagnostico por exclusão é aqui de um grande recurso: a sua existencia desde o nascimento, a irregularidade, opacidade, irreductibilidade, o facto de nenhuma influencia exercer sobre o organismo, e as adherencias que contrahe com o testiculo, fazendo excluir a idéa do hydrocele congenito, da hernia inguinal, do sarcocele tuberculoso e do cancer, unicas affecções que na infancia é possivel observar-se, podem guiar o cirurgião no diagnostico da inclusão fetal.



PROPOSIÇÕES

SECÇÃO ACCESSORIA

CADEIRA DE PHARMACIA

DAS QUINAS

I

Denominão-se quinas, as cascas de diversas arvores oriundas da America equatorial, pertencentes ao genero Cinchona, da familia das Rubiaceas.

II

Segundo o seu aspecto, as quinas são classificadas em trez especies principaes: quinas cinzentas ou pardas, quinas amarellas e quinas vermelhas.

III

Os principaes alcaloides fornecidos pelas quinas, são: a quinina, a quinidina, a cinchonina e a cinchonidina; além d'estes principios ellas contêm ainda: acido quinico, acido quinotannico, uma substancia amarella amarga, denominada chinovina, vermelho cinchonico, materia graxa, amido, gomma e saes mineraes.

IV

A quinina, o mais importante alcaloide das quinas, apresenta-se sob a fórma d'uma substancia branca, inodora, amarga, pouco soluvel n'agua, dissolvendo-se facilmente no alcool, ether, chloroformio, em certos oleos volateis, em alguns oleos graxos, em muitos hydrocarburetos, e em particular na benzina; torna azul o papel de turnesol envermelhecido por um acido e dá com a maior parte dos acidos, saes bem definidos.

V

A riqueza em quinina não é a mesma nas trez especies de quinas; assim, a quina amarella é mais rica em quinina do que em cinchonina; na vermelha estes dous principios existem em partes iguaes; na parda ou cinzenta é a cinchonina que predomina sobre a quinina.

VI

Os acidos sulfurico e azotico concentrados, dissolvem á frio a quinina, sem a colorir.

VII

A quinina fórma com o acido sulfurico dous saes importantes: o sulfato basico de quinina ou sulfato neutro, e o sulfato acido ou bisulfato.

VIII

Tratando-se uma solução alcoolica de quinina ou uma solução aquosa de sulfato, pela agua chlorada e depois pela ammonea, observa-se que o liquido toma uma bella côr verde-esmeralda.

IX

Uma solução de sulfato de quinina em presença da agua

chlorada, dá, com o ferro-cyanureto de potassio pulverisado, uma coloração rosea, que passa ao vermelho intenso.

X

Esta mesma côr produz-se, quando, em vez de ferro-cyanureto de potassio, emprega-se a agua de cal ou de baryta, ou mesmo o phosphato ou borato de soda.

XI

O sulfato neutro de quinina apresenta-se sob o aspecto de agulhas brancas, sedosas, leves, d'um salôr muito amargo, e pouco solúvel n'agua fria. O bisulfato distingue-se d'elle por sua reacção acida e por sua grande solubilidade n'agua.

XII

Um dos caracteres distinctivos entre a quinina e a cinchonina, consiste em que, n'esta ultima, a reacção pela agua chlorada e ammonica dá um precipitado branco, sem produzir a côr verde caracteristica que se observa com a quinina.



SECÇÃO CIRURGICA

CADEIRA DE CLINICA EXTERNA



PARALLELO ENTRE A TALHA E A LITHOTRICIA

I

Reconhecida a presença d'um calculo no interior da bexiga, o cirurgião deve procurar extrahil-o, tendo para isso dous meios a seu alcance: a talha e a lithotricia.

II

A talha, que remonta ao tempo de Hippocrates, é a operação que consiste em extrahir a pedra do interior da bexiga por meio de uma abertura artificial que póde ser feita no perineo ou no hypogastrico.

III

A lithotricia, operação attribuida a Civiale no começo do presente seculo (1822), consiste em reduzir a pedra a pequenos fragmentos que são depois expellidos de mistura com a ourina.

IV

Para isso faz-se uso deapparelhos que á semelhança de sondas penetrão atravez da urethra no interior da bexiga onde vão actuar sobre o calculo, esmagando-o e reduzindo-o a fragmentos de pequenas dimensões.

V

No estado actual da sciencia e d'uma maneira geral é quasi impossivel o parallelo entre a talha e a lithotricia; são duas operações que apresentam suas indicações especiaes ás quaes o cirurgião é obrigado á cingir-se.

VI

Assim é que nos individuos moços, quando o calculo por muito volumoso, muito resistente (oxalato), a talha é a unica operação a empregar.

VII

De outro lado quando se tratar de um individuo velho, de um calculo pequeno e friavel, o unico recurso é a lithotricia.

VIII

Sómente na idade adulta e quando se tenha uma pedra de volume e de consistencia medias, é que o espirito do cirurgião póde vacillar na escolha de uma ou outra operação.

IX

N'estes casos porém o diagnostico exacto da natureza, volume, consistencia e numero de calculos, assim como o conhecimento e confronto dos inconvenientes e accidentes de um e outro processos, podem guiar o cirurgião na escolha do meio a seguir.

v.30/071 ✓

X

E' claro que aquelle dos processos que apresentar menores inconvenientes e exposer a accidentes menos graves, deve ser o preferido.

XI

Quanto aos inconvenientes, vemos que si a lithotricia tem contra si o numero de sessões a que sujeita o doente e a possibilidade de deixar nucleos de novos calculos, a talha tem não menores no emprego do chloroformio que é indispensavel, e no traumatismo exagerado a que sujeita o doente.

XII

Pelo que diz respeito aos accidentes, vê-se que tanto os geraes como locaes, e d'estes tanto os primitivos como os secundarios, são em maior numero e de muito maior gravidade na talha que na lithotricia.

XIII

Facto porém de observação é que a talha praticada entre nós, quer para tratamento dos calculos, quer para a extracção de corpos extranhos (onde é o unico recurso) é sempre seguida dos melhores resultados, circumstancia esta que faz restringir de um modo consideravel o emprego da lithotricia.

XIV

Comtudo a lithotricia, baseada no diagnostico exacto do calculo, e praticada com cautella, é uma operação quasi que inoffensiva e a unica a recorrer-se em certas condições.



SECÇÃO MEDICA

CADEIRA DE PATHOLOGIA INTERNA

TETANO

I

O tetano é uma nevrose de motilidade, caracterizada por contracção permanente e dolorosa com redobramentos convulsivos dos musculos da vida de relação.

II

O tetano divide-se em directo e reflexo, este é traumatico ou á frigore, aquelle póde ser toxico ou experimental.

III

O resfriamento e o traumatismo são as causas mais frequentes do tetano.

IV

N'esta nevrose as contracções tonicas, a principio limitadas, generalisào-se depois e podem invadir todos os musculos da vida de relação.

V

Conforme ha equilibrio entre os musculos antagonistas, ou predominancia na contracção de certos feixes, assim o doente toma formas e attitudes caracteristicas.

VI

A contracção de certos grupos musculares é tão frequente que recebeu nomes especiaes, taes são: o trismus, o riso sardonico, o opisthotonos, o emprosthotonos e o pleurosthotonos.

VII

No tetano as lesões anatomo-pathologicas são inconstantes e secundarias ou consecutivas; nada apresentão que seja exclusivamente proprio d'esta molestia.

VIII

No tetano, a elevação de temperatura, que póde chegar á 40° e mesmo 42°, é constante, segundo as observações de Griesinger, Lyden, Wunderlich, etc.

IX

A marcha do tetano póde ser continua ou aguda, remittente ou chronica; no primeiro caso os doentes succumbem victimas da asphyxia, devida á immobilidade do thorax; no segundo caso as remissões retardão a terminação fatal.

X

Quando o tetano termina pela cura as remissões vão-se tornando cada vez mais francas, apparece um somno calmo e reparador e a liberdade mais ou menos ampla dos movimentos.

XI

O prognostico d'esta molestia é sempre grave.

XII

O tetano traumático e o dos recém-nascidos são os mais graves, em consequência da marcha rápida que ordinariamente apresentam.

XIII

No tratamento do tetano não se conhece até hoje medicamento algum específico.



HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Vita brevis, ars longa, occasio prœceps, experimentum fallax, judicium difficile.

(Secç. 1^a Aph. 1).

II

Tumores molles boni, crudi vero mali.

(Secç. 5^a Aph. 67).

III

Quibus cancri occulti oriuntur eos non curare prœsat. Curati manque citó pereunt, non curati vero dimtius perdurant.

(Secç. 6^a Aph. 38).

IV

Duobus doloribus simul abortis, non in eodem loco, vehementios obscurat alterum.

(Secç. 2^a Aph. 46).

V

Frigidum ossibus adversum, dentibus, nervis, cerebro, dorsali medullœ; calidum vero utile.

(Secç. 5^a Aph. 18).

VI

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisite optima.

(Secç. 1^a Aph. 6).

Esta these está conforme os Estatutos.

Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 1881.

Dr. J. J. Pisarro

Dr. Nuno de Andrade

Dr. Oscar Bulhões

