

CURA RADICAL DO HYDROCELE

68/7 EMC

1.<sup>o</sup> dia de 9 de Outubro de 1892  
pelas 11 horas da manhã

Presidente Ch. <sup>Manoel</sup> P. Ma-  
roel Rodrigues da Silva Pinto

Ex. <sup>mos</sup> Srs.

Dr. José Carlos Lopes

Eduardo Per. <sup>da</sup> Simenta

Arg. <sup>mos</sup> Candidos seguintes Carr. <sup>da</sup> de  
Pinho

Antonio Rocio da Costa

1707

JOÃO ANTUNES LEITE

741

# CURA RADICAL DO HYDROCELE

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

ESCÓLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

IMPRESA PORTUGUEZA

Bomjardim 181

1892

6817 ENC

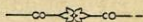
# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR O ILL.<sup>mo</sup> E EX.<sup>mo</sup> SR.

VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO O ILL.<sup>mo</sup> E EX.<sup>mo</sup> SR.

RICARDO D'ALMEIDA JORGE



## CORPO CATHEDRATICO

LENTES CATHEDRATICOS

OS ILL.<sup>mos</sup> E EX.<sup>mos</sup> SRS.

1. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia descriptiva e geral . . . . .	João Pereira Dias Lebre.
2. <sup>a</sup> Cadeira — Physiologia . . . . .	Vicente Urbino de Freitas.
3. <sup>a</sup> Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica . . . . .	Dr. José Carlos Lopes.
4. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa . . . . .	Antonio J. de Moraes Caldas.
5. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina operatoria . . . . .	Pedro Augusto Dias.
6. <sup>a</sup> Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos . . . . .	Dr. Agostinho A. do Souto.
7. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna . . . . .	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica medica . . . . .	Antonio d'Azevedo Maia.
9. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica cirurgica . . . . .	Eduardo Pereira Pimenta.
10. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia pathologica . . . . .	Augusto H. Almeida Brandão.
11. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia . . . . .	Manoel Rodrigues Silva Pinto.
12. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica . . . . .	Illidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia . . . . .	Vago.

### LENTES JUBILADOS

Secção medica . . . . .	José d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica . . . . .	Visconde de Oliveira.

### LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica . . . . .	{ Antonio Placido da Costa.
	{ Maximiano A. Lemos Junior.
Secção cirurgica . . . . .	{ Ricardo d'Almeida Jorge.
	{ Candido Augusto C. de Pinho.

### LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica . . . . .	Roberto B. do Rosario Frias.
----------------------------	------------------------------

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

*(Regulamento da Escola de 23 d'abril de 1840, art.º 155.º)*

Á MEMORIA DE MEU QUERIDO PAE

A MINHA QUERIDA MÃE

Nunca esquecerei os vos-  
sos sacrifícios.

AO ILL.<sup>MO</sup> E EX.<sup>MO</sup> SR.

CONSELHEIRO

João Antonio de Brissac das Neves Ferreira

Capitão de mar e guerra  
ex-governador geral da provincia de Moçambique  
e governador civil do Porto

A v. ex.<sup>a</sup> que apenas impulsionado pela bondade do seu coração me tem dispensado uma protecção valiosa, offereço o meu humilde trabalho, não pelo que vale mas como tributo da mais respeitosa gratidão.

AO ILL.<sup>MO</sup> E EX.<sup>MO</sup> SR.

CONSELHEIRO

FRANCISCO JOAQUIM FERREIRA DO AMARAL

MINISTRO DA MARINHA

---

AO ILL.<sup>MO</sup> E EX.<sup>MO</sup> SR.

JOSÉ MARIA PEREIRA VIANNA

1.<sup>o</sup> commandante do 3.<sup>o</sup> batalhão  
da Guarda Fiscal

AOS MEUS PARENTES

*Dr. Luiz José da Cunha*  
*José Pereira Antunes Leite*  
*Manuel d'Almeida Carmo*  
*Francisco d'Almeida Carmo*  
*José d'Almeida Carmo*  
*Manuel Pereira Fernandes*

E A SUAS FAMILIAS

AO ILL.<sup>MO</sup> E EX.<sup>MO</sup> SR.

MONSENHOR

ALFREDO ELVIRO DOS SANTOS

Secretario do Em.mo e Rev.mo sr. Cardeal Patriarcha  
e prior da freguezia de Santa Engracia de Lisboa

Expressão do mais subido  
reconhecimento.

AOS MEUS CONDÍSCIPULOS

E EM ESPECIAL

*Adolpho Maria Barbosa*  
*Antonio Augusto Pereira Cardoso*  
*Fernando José d' Almeida*  
*João Alves Martins*

Um apertado abraço e um  
saudoso adeus do vosso

*Leite*

ÀS MINHAS EX.<sup>MAS</sup> COLLEGAS

*D. Laurinda de Moraes Sarmiento*  
*D. Aurelia de Moraes Sarmiento*

---

AOS MEUS CONTEMPORANEOS E AMIGOS

*Dr. Abilio da Silva Carvalho*  
*Dr. Samuel Pacheco*  
*José Correia Pinto da Fonseca*  
*José Rodrigues Braga*  
*João Machado*  
*Arthur de Magalhães*

AOS MEUS EX.<sup>MOS</sup> AMIGOS

*Alvaro Pereira de Gouveia*  
*Annibal Gomes Soeiro*  
*Dr. Antonio Simões dos Reis*  
*Anselmo Evaristo de Moraes Sarmiento*  
*Dr. Cassiano P. Pinto das Neves*  
*Dr. Eduardo Pires de Lima*  
*Dr. João Augusto Catalão*  
*João Baptista de Sousa Azevedo*  
*João dos Santos P. Pinto*  
*João J. de Paiva e Pona*  
*Dr. Joaquim Cambezes*  
*José de Mello*  
*P.<sup>o</sup> Manuel de Lemos*  
*Dr. Pedro Augusto Proença*  
*Rodrigo Antonio Cerqueira*

---

À MEMORIA

DO MEU AMIGO

ALBERTO PINTO DE VASCONCELLOS

AOS ILL.<sup>MOS</sup> E EX.<sup>MOS</sup> SRS.

*Dr. Antonio J. de Moraes Caldas*

*Dr. Antonio Placido da Costa*

*Dr. Eduardo Pereira Pimenta*

*Dr. João Pereira Dias Lebre*

*Dr. José Carlos Lopes*

• *Dr. Pedro Augusto Dias*

*Dr. Ricardo Jorge*

AOS ILL.<sup>MOS</sup> E EX.<sup>MOS</sup> SRS.

*Antonio d'Araujo Serpa Pinto*

*Antonio Joaquim de Moraes*

*Joaquim José Cardoso de Menezes*

Com muito reconhecimento

*AO MEU PRESIDENTE*

O ILL.<sup>NO</sup> E EX.<sup>NO</sup> SR.

DR. MANOEL RODRIGUES DA SILVA PINTO

## INTRODUÇÃO

---

Ha poucas doenças tão comuns como o hydrocele da tunica vaginal.

Tambem poucas ha para as quaes se tenha preconisado um maior numero de tratamentos, todos mais ou menos efficazes. O objecto da nossa these não é novo, porque já o vemos indicado por Celso.

Comprehende-se, no entanto, que antes da maravilhosa descoberta da antiseptia, os cirurgiões fossem muito cautelosos em pra-

ticar uma operação n'uma região tão rica em tecido cellular, vizinha da cavidade abdominal, n'uma região, n'uma palavra, onde o phlegmão e a gangrena não eram raros em seguida ás intervenções cirurgicas.

A incisão das bolsas para a cura radical do hydrocele não poudeser apreciada senão depois do emprego do penso de Lister. Foi Volkmann que primeiro praticou esta operação com todas as precauções antisepticas.

O seu manual operatorio não tem soffrido senão leves modificações, como mostraremos no decurso do nosso trabalho.

A incisão, com effeito, tal como a praticava Volkmann, põe-nos sempre ao abrigo de recidiva. O seu processo tem sido sobretudo modificado para tornar impossivel qualquer distensão da vaginal.

Dividiremos o assumpto do nosso trabalho em cinco partes:

- 1.º Historia.
- 2.º Anatomia pathologica.

3.º Incisão antiseptica e resecção.—Processos diversos.

4.º Valor da incisão por comparação com a injeção iodada.

5.º Conclusões.

## Historia

---

Muitos tratamentos tem sido preconizados para a cura do hydrocele da tunica vaginal.

O seu grande numero prova, sufficientemente, a incerteza nos resultados obtidos. Desde os mais simples, com effeito, como as applicações da tintura de iodo sobre a pelle do escroto, até á incisão e resecção, encontra-se uma serie de processos intermediarios, todos mais ou menos efficazes. Não descreveremos senão os principaes, para insistir especialmente sobre o que faz o objecto da nossa dissertação.

Começaremos pelos meios medicos. A esta classe pertencem as applicações ex-

ternas de tintura de iodo, das compressas embebidas de uma solução saturada de chlorhydrato de ammoniaco. São estes meios therapeuticos muito incertos, que só tem dado resultados felizes nos hydroceles recentes, e principalmente em creanças.

Collocaremos n'esta mesma cathegoria as unções mercuriaes e o tartaro stibiado; a applicação repetida de vesicatorios tambem tem dado alguns resultados, pois que Breschet cita vinte casos de cura, mas provoca muitas vezes a gangrena, sobretudo nos velhos.

Como meio palliativo, não citaremos senão a punção com o trocate ou com uma agulha de discisão. No primeiro caso, o liquido é evacuado mas não tarda a reproduzir-se. Cuming, de Glasgow, propoz, em 1823, a acupunctura. Curling declara ter obtido vantagens com este processo. Este cirurgião servia-se de uma agulha de cataracta, punccionava o tumor e fazia girar a agulha entre os dedos para augmentar a abertura da serosa. Uma parte do liquido escapava-se para fóra e a maior parte in-

filtrava-se nas bolsas, onde era absorvido.

É o que se produz depois dos traumatismos determinando a ruptura vaginal e o derrame do seu contheudo na espessura do escroto.

Faremos notar que este processo, collocado entre os meios palliativos, tem dado casos de cura, porque a infiltração do liquido no tecido cellular do escroto produz uma inflammção algumas vezes sufficiente para produzir a união dos dois folhetos da serosa.

Notemos, de passagem, as correntes galvanicas que deram alguns successos a Petrequin (1859, *Gaz. med.*)

O emprego do *sedenho* remonta a Galeno. A escola Arabe e Guy de Chauliac fizeram uso d'elle.

Pott usou d'este processo em voga, preferindo-o a todos os outros.

Furava o hydrocele d'um lado ao outro na sua maior grossura por meio d'um trocate e, pela canula, passava o *sedenho*, formado por muitos fios de seda, não o deixando permanecer muitos dias por cau-

sa da dôr. Green tirava-o no fim de 24 horas. A inflammação produzida por este corpo estranho dava logar a abcessos e a vaginalites suppuradas. Nos casos favoraveis a cura obtinha-se no fim de 25 a 30 dias.

A drenagem com os tubos de cautchuc foi proposta por Chassaingnac.

Tem por fim assegurar o escoamento dos liquidos que podem permanecer na cavidade e determinar accidentes mais ou menos graves. São melhor supportados pelos tecidos que os sedenhos e permittem irrigações frequentes. Tambem, antes da descoberta da antiseptia, este processo era empregado nos casos em que a injeção iodada não tinha dado resultado. Tédenat diz ter empregado este methodo no hospital de Lyon e que em tres casos, a cura foi obtida em *dois* do 12.º ao 15.º dia. No 3.º *doente* a vaginal suppurou durante 15 dias.

A *cauterisação* da face interna da serosa foi recommendada por muitos auctores. Lloyd em seguida á punccção, introduzia uma pequena porção de pó de nitrato de mercurio, e pela mesma epocha, 1852,

Defer preconisava o emprego do nitrato de prata fundido. Depois da evacuação do liquido, introduzia, pela canula do trocate, um porta-nitrato especial terminando por uma pequena cuvette cheia de nitrato de prata em fusão.

Maisonneuve servia-se simplesmente de um stylete ordinario que murgulhava em nitrato de prata fundido, que ficava adherente depois de arrefecer. Este cirurgião no espaço de doze annos operou com successo 54 hydroceles, sendo a duração media do tratamento de 20 dias.

O methodo de tratamento pelas *injecções* principia em Celso, que empregava uma solução de nitro.

Sédillot, em 1852, injectava ar. Servia-se d'um trocate cuja parte média da canula tinha um orificio que devia corresponder á cavidade vaginal. Se, passadas 24 horas, não se annunciava o começo da inflammacão, substituia o ar pela agua ou pela solução de 120 grammas d'agua para 0,05 de nitrato de prata.

É longa a lista dos liquidos de que se tem feito uso para a cura do hydrocele.

Não fallaremos senão do alcool e da tintura de iodo.

Monro, da Escossia, foi o primeiro que empregou o alcool puro ou levemente diluido em agua.

Monod fêz-lhe soffrer a modificação seguinte: puncciona o escroto com um trocate capillar, extrahe 10 a 20 grammas de liquido, que substitue pela mesma quantidade d'alcool.

Tillaux apenas injecta algumas gottas. É um processo que muitas vezes dá bom resultado nas crianças. Em razão da dôr produzida pelo alcool, tem-se substituido pelo vinho quente, que tem dado algum successo, havendo, no entanto, produzido alguns casos de suppuração.

Martin, de Calcuttá, é a quem pertence a honra de ter experimentado em primeiro logar a *injecção iodada*, que é quasi a unica usada actualmente.

De 1832 a 1839, operou 2,393 doentes com insuccesso de 1 por cento. Servia-se da tintura de iodo algum tanto diluida, injectando 32 grammas que deixava na cavidade.

Velpeau, o principal vulgarizador d'este methodo em França, injectava 60 a 120 grammas d'uma solução iodo-iodada.

Na Allemanha e na Inglaterra, preferese injectar uma pequena quantidade, 10 a 12 grammas da tintura de iodo pura que se deixa na cavidade.

Este liquido irritante actuaria modificando as propriedades secretoras da serosa.

Teria tambem a vantagem de não provocar adherencias, que são uma causa de anemia e de atrophia do testiculo (Gosselin).

Chegamos agora a um meio mais radical usado sobretudo nos casos de espessamento externo da vaginal. Queremos fallar da *incisão* e da *excisão*.

Celso e Albucassis foram os primeiros a mencionar este processo e não tiravam as mais das vezes senão um pequeno retalho escrotal.

Outros cirurgiões foram mais longe, resecando uma parte da vaginal.

Dupuytren e Malgaigne dizem que, em certos casos, é necessaria a decurticação e

a excisão da serosa, quando está muito espessa, para que haja algumas probabilidades de cura.

N'estes ultimos annos, graças a antiseptia, a incisão tem dado tão brilhantes resultados que muitos cirurgiões a teem querido empregar com exclusão de todos os outros methodos, e, em particular, da injeção iodada.

Mais adiante exporemos a opinião da maior parte dos cirurgiões a este respeito.

Emfim, em muitos casos, encontramos em presença d'um testiculo quasi completamente atrophiado. Devemos tirar este orgão que não funciona ou conservar ao doente este testiculo moral?

Um grande numero de cirurgiões (Boyer, Dupuytren, Gosselin) propõem a castração.

Terminamos assim este resumo historico e vamos em seguida tratar mui resumidamente da anatomia pathologica para melhor fazermos comprehender as indicações do methodo, que é o objecto da nossa modesta dissertação.

## Anatomia Pathologica

---

O hydrocele não é, como se julgou por muito tempo, uma affecção idiopathica. É, a maior parte das vezes, pelo contrario, symptomatica d'uma lesão do testiculo e sobretudo do epididymo. Seria esta a regra geral, segundo a opinião de Panas. Em 15 autopsias de hydrocele, Tédénat encontrou 10 vezes alterações mais ou menos nitidas do testiculo e do epididymo.

A anatomia pathologica do hydrocele comprehende o estudo do liquido, da vaginal, do testiculo e do epididymo.

O *liquido* varia de quantidade conforme o volume do derrame. É limpido, amarelo citrino, contendo 8 a 10 p. c. de materias

albuminoides, o que explica a sua precipitação por um acido. Póde ser corado de vermelho ou escuro chocolate, segundo a maior ou menor quantidade de sangue derramado. Nota-se n'elle tambem numerosas palhetas de cholesterina, bastante abundantes, de modo a turvarem-no por vezes. De ordinario amarello e limpido, póde tomar um aspecto leitoso (hydrocele chyloforme).

A principio, a *vaginal* perdeu simplesmente o seu endothelio adelgaçando-se por causa da distensão. Mas o tecido conjunctivo sub-seroso não tarda a proliferar, e, em certos pontos encontram-se placas de uma dureza cartilaginea e mesmo calcarea. N'uma observação de Julliard, a espessura da serosa attingia 13 millimetros, estando a sua face interna tapetada de falsas membranas. A maior espessura das paredes observada por Julliard era de dois centimetros.

Encontram-se ali, igualmente, partes pediculadas constituindo corpos fluctuantes ou completamente livres e formando verdadeiros corpos estranhos.

O *testiculo* póde apresentar lesões tuberculosas ou syphiliticas.

O *epididymo* póde offerecer as mesmas lesões. Um facto digno de menção, é que, qualquer que seja a natureza das lesões, a sua séde sobre o epididymo favorece o hydrocele. A razão d'este facto encontra-se na disposição anatomica da tunica vaginal que reveste directamente o tecido epididymico, emquanto que ella é separada da substancia do testiculo pela albuginea, cuja espessura constitue uma barreira que se oppõe, até um certo ponto, á irritação por visinhança da serosa.

Todos estes factos foram mais bem estudados depois que se tem feito, por assim dizer, a anatomia pathologica sobre o vivo.

É necessario entretanto, não exaggerar as lesões do epididymo, pois que, em algumas autopsias, se tem encontrado são (Terrilon) (1). N'uma communicação feita á Sociedade anatomica, Terrilon refere ter practicado uma autopsia onde notou o facto seguinte: «O que chamava a attenção, diz

(1) Bull. Soc. anat. 1879.

elle, é a distancia que separa a cabeça do epididymo do borbo superior do testiculo. A cabeça está affastada 4 centímetros e o corpo 3. A cauda é, pelo contrario, adherente. Pergunta-se, em que se tornaram os canaes deferentes.»

Gosselin e Curling tinham já notado um alongamento do epididymo e mesmo a separação da sua cabeça do testiculo. Parece devido a este facto que o liquido, distendendo a vaginal, distende tambem o fundo de sacco comprehendido entre o testiculo e o epididymo, que se encontra assim repuxado e mesmo separado da glandula.

*Hematocele.* — Diremos algumas palavras sobre a anatomia pathologica do hematocele, pois que o mesmo tratamento lhe é applicavel e que na clinica, muitas vezes, é difficil dizer se o medico se encontra em presença do hydrocele simples ou do hematocele.

O hematocele é uma vaginalite chronica e caracterisada por um espessamento da vaginal que se encontra envolvida por uma falsa membrana. Esta póde ter um ou dois

centímetros de espessura, conter placas cartilaginosas, calcareas ou ossiformes. Notam-se n'ella numerosos capillares de nova formação, cuja ruptura dá logar a pequenas hemorragias.

A facilidade com que se desliga, a natureza das camadas que n'ella se encontra, provam que esta membrana é formada de depositos fibrinosos. O mais leve traumatismo causa novos periodos inflammatorios.

O liquido póde ser seroso, citrino; a maior parte das vezes tem a côr do chocolate.

O testiculo está coberto de falsas membranas, e a mais das vezes achatado, atrophiado.

Vê-se, por esta descripção, quanto o hydrocele e o hematocele se parecem, tanto sobre o ponto de vista das lesões anatomopathologicas como sobre o ponto de vista clinico. Tambem, em certos casos, comprehende-se que o cirurgião vendo-se embaraçado empregue a expressão hydro-hematocele.

Estudo da incisão e da excisão parcial  
ou total da vaginal

---

A incisão, como já temos dito, é um dos methodos mais antigo do tratamento do hydrocele.

Celso, Albucassis, Paulo d'Egine, foram os primeiros que a praticaram. Nos tempos modernos, Boyer, Jobert, citam casos de successos depois do emprego d'este processo. Gerdy encontrava «à peine excusable chez les chirurgiens ignorants et barbares des temps passés».

Chassaignac classifica-o de operação má.

Tambem, antes da applicação do methodo antiseptico, apesar de alguns successos obtidos pelos cirurgiões que acabamos de citar, a incisão não tinha sido admittida na pratica corrente. Era considerada como

operação grave, que se não praticava senão nos casos urgentes ou inteiramente particulares: suppuração depois da injeccção, hydrocele complicado de hernia, caso observado por Chassaignac (1) e operado com successo, cura no fim de dez dias. O que fazia a gravidade da operação, era o phlegmão diffuso e a gangrena das bolsas que se seguiam muitas vezes.

*Processo de Volkmann.*—É preciso chegar a 1876, para ver a incisão tomar o lugar de honra que lhe compete e dar resultados verdadeiramente maravilhosos nas mãos de Volkmann, graças a uma applicação rigorosa do penso antiseptico.

Em janeiro de 1876, este cirurgião publicou 17 observações de hydroceles, operados por incisão, nos quaes a cura tinha sido obtida, sem accidente, do decimo ao decimo quinto dia. Dois annos mais tarde, Genzmer publica 52 observações.

Eis aqui o manual operatorio do cirurgião de Halle: o doente é submettido a

(1) *Traité des opérations chirurgicales*, t. II.

anesthesia chloroformica. A região do escroto e da parte superior da coxa, antecipadamente barbeada, é cuidadosamente lavada com uma escova e uma solução phenicada a 3 por cento. Não emprega senão liquidos tepidos para não determinar contracções no dartos, o que poderia prejudicar no decurso da operação. O campo operatorio bem desinfectado, dá-se uma incisão no escroto na extensão de 10 a 12 centímetros. A hemostase faz-se laqueando todos os vasos com catgut. Depois de ter cortado as differentes camadas, chega-se sobre a vaginal que tambem se corta. Escoado o liquido, examina-se com cuidado o estado do testiculo e da serosa que podem conter kistos, corpos estranhos e partes endurecidas que é preciso tirar. Lavagem da cavidade com uma solução phenicada a 3 por cento. Sutura da vaginal á pelle, com fios de seda finos, para impedir a infiltração dos liquidos da ferida na espessura das tunicas escrotaes. A drenagem é empregada quando a serosa está enrugada. Durante todo o tempo da operação emprega um pulverisador para formar uma atmos-

phera phenicada. Cobre-se a ferida de gaze phenicada; põe-se igualmente por detraz entre o escroto e o anus e por diante sobre o baixo ventre. O penso é em seguida reforçado por algodão phenicado e por uma spica dupla, de sorte que o doente fica envolvido no seu penso até ao umbigo e até ao meio das coxas.

*Processo de Julliard.*—Em 1884, Julliard, professor de clinica cirurgica em Genova, publicava na *Revista de Cirurgia* uma memoria, onde relatava 54 casos de hydrocele tratados pela incisão e resecção parcial da vaginal, indicando, ao mesmo tempo, o processo operatorio de que fizera uso. Este processo, differe ligeiramente do de Volkmann, o promotor da incisão, que vamos expôr.

*Cuidados preliminares.*—Com o fim de evitar ao paciente a dôr, e, para obter ao mesmo tempo a immobibilidade, Volkmann praticava a anesthesia geral.

O professor de Genova, fazendo notar que só era dolorosa a incisão da pelle, não chlo-

roformisa o seu operado. A anesthesia podendo produzir accidentes mortaes nas pequenas como nas grandes operações, julga que se não deve fazer correr risco de vida a um doente para o desembaraçar d'um hydrocele.

Nem mesmo recorre a anesthesia local pelo frio. Este agente faz, com effeito, contrahir os pequenos vasos. Feita a incisão, não ha a hemorrhagia e fecha-se a ferida, julgando ter feita a hemostase perfeita, indispensavel para uma reunião por primeira intenção. Mas, alguns instantes depois, produz-se uma hemorrhagia em toalha, devida á dilatação paralytica das capillares.

Julliard não emprega, portanto, nem a anesthesia geral, nem a anesthesia local. Pretende que a operação não é mais dolorosa que a injeccão iodada, fundamentando este seu parecer na opinião d'um dos seus operados, que tinha sido algum tempo antes, tratado por este ultimo processo.

Antes de fazer a incisão, a região é lavada cuidadosamente com uma solução phenicada fraca a 1,23 por cento. Condemna

o uso d'uma solução forte n'uma região em que a pelle é muito delicada.

Não se serve igualmente senão de líquidos tepidos pela razão que indicamos mais acima.

*Operação.* — Grande incisão estendendo-se a todo o comprimento do tumor, podendo-se assim tomar facilmente conta do estado da vaginal, do testiculo e do epididymo. Permittindo ao mesmo tempo extrahir todas as producções pathologicas que podem ali encontrar-se. Com a antiseptia, uma grande incisão cura, da mesma sorte, tão depressa como uma pequena.

Para a descripção da operação, o melhor que temos a fazer, é citar algumas paginas publicadas pelo auctor do processo na *Revista de Cirurgia*. (1)

«Fazendo a incisão da pelle, continuo, camada por camada, até chegar sobre a tunica vaginal. Os vasos são apanhados por uma pinça e torcidos á medida que são cortados. Prefiro a torção á laqueação.

(1) Julliard. *Revue de Chirurgie*, 1884.

Esta ultima tem o inconveniente de deixar na ferida um pequeno corpo estranho, e é sempre preferivel, sob o ponto de vista de reunião por primeira intensão, deixar-lhe o menos possivel, embora usemos o melhor dos catguts. Póde igualmente servir-se de pinças de pressão contínua, que dispensam fazer laqueações.

Chegado sobre a tunica vaginal, faço, na sua parte superior, uma botoeira na qual introduzo o dedo, e acabo com thesouras a incisão da tunica vaginal n'um comprimento igual ao da incisão cutanea. Poderia cortar-se a vaginal por transficção d'um só golpe de bisturi; este processo é mais expedito, mas expõe a ferir o epididymo ou o testiculo, emquanto que, com thesouras sobre o dedo não se corre perigo algum.

Estando feita a incisão da tunica vaginal, examino o testiculo e a superficie interna da vaginal. Este exame deve ser feito o mais minuciosamente possivel. Encontram-se quasi sempre pequenos kistos, corpos estranhos livres ou adherentes, exsudatos sanguineos ou pseudo-membranosos, placas calcareas ou cartilaginosas. Os kis-

tos estão situados muitas vezes sobre os testiculos e epididymo, mais raramente sobre a vaginal ou cordão. Emquanto aos corpos estranhos encontram-se um pouco por toda a parte, e devem ser procurados em todas as pregas da cavidade, onde podem passar facilmente despercebidos.

Os kistos são cortados com thesouras, os exsudatos extrahidos com esponjas ou, se isso é necessario, com a cureta. Em uma palavra, a cavidade é desembaraçada de todas as producções anormaes que pôde conter.

Esta *toilette* deve ser feita com circumspecção e com esponjas imbebidas n'uma solução phenica muito fraca. Proscreevo d'uma maneira absoluta as grandes lavagens com uma solução phenicada forte, faz-se um grande abuso d'estas lavagens, sem haver grande razão para isso; irritam fortemente as feridas, augmentam a exsudação, compromettendo a reunião por primeira intenção.

Debaixo do ponto de vista antiseptico são inuteis, e é sufficiente o *spray* de que faço uso d'elle durante toda a operação.

Estando feita a *toilette* da cavidade, corto da tunica vaginal o que é necessario para que o que fica, baste para cobrir o testiculo e o cordão. Esta sutura é feita com catguts muito finos, collocados a um centimetro uns dos outros; obtenho assim uma reunião completa e hermetica do folheto parietal com o folheto visceral, sobre o qual é applicado e estendido sem ficar a menor prega. É preciso ter em vista não fechar a vaginal antes que a hemostase seja completa. Quando os kistos tem sido cortados, quando se tem esfregado e sobre tudo raspado a superficie vaginal, faz-se á sua superficie um corrimento sanguineo em toalha que se não póde suspender nem por torção nem laqueação. N'este caso, encho a cavidade com esponjas embebidas em agua fria e comprimo durante alguns instantes: isto bastará quasi sempre para suspender a hemorrhagia.

Nas minhas primeiras operações, tinha por habito deixar um ou mais drenos na cavidade vaginal; esta drenagem tinha por fim auxiliar o escoamento dos liquidos provenientes da superficie interna da vaginal.

Ha muito tempo que puz de parte tal systema.

Quando se opera n'uma serosa, basta encostar exactamente superficie contra superficie para que a adherencia se produza sem nenhuma exsudação. Não ha necessidade de collocar um dreno entre a superficie da vaginal, como a não ha de collocar um dreno entre as superficies d'um intestino suturado n'uma enterectomia. Vou até mais longe, supponho que um dreno interposto entre duas superficies, não serve senão de impedir a que adhiram.

Não é portanto necessario collocar o dreno na vaginal, mas, pelo contrario, é preciso ter em vista que os dois folhetos estejam unidos em toda a sua superficie, sem haver a mais pequena ruga. Se ficar um espaço, por pequeno que seja, onde o contacto se não dê, não sómente a cavidade vaginal persiste n'este ponto, mas dar-se-ha ali uma exsudação, e esta exsudação não tendo sahida, poderá causar uma retenção com as suas consequencias habituaes.

Todavia, se a tunica vaginal está pro-

fundamente alterada, se fôr preciso raspa-la fortemente ou cauterisal-a, será prudente drenal-a, porque então não se pôde contar com uma adherencia por primeira intensão; a tunica vaginal tendo perdido completamente os seus caracteres de serosa, é uma superficie sangrenta como qualquer outra.

Depois de ter feito a sutura da vaginal, faço a do escroto. N'algumas operações suturei o escroto com serras finas, porque teem a vantagem de não fazer buracos; mas as serras finas exercem por vezes uma pressão muito forte que, n'uma pelle tão delicada como a das bolsas, produz em seguida edema, e occasiona mesmo algumas vezes pequenos esphacelos. Além d'isso as serras finas são incompativeis com um penso compressivo. Suturei o escroto com catgut, e colloco um dreno na parte inclinada da incisão, mas já por sete vezes deixei de drenar a ferida escrotal.

Duas vezes a tentativa foi feliz, e a reunião deu-se por primeira intensão; mas, nos cinco casos restantes, produziu-se uma retenção que terminou por um pequeno

abcesso superficial. Creio pois, que é tão inútil e até mesmo prejudicial drenar a cavidade vaginal, quanto é prudente pôr um dreno na ferida escrotal. Emprego para esta drenagem os tubos de cautchuc de Chassaignac.

Resta fallar agora do pénso. Deve satisfazer a tres condições: ser antiseptico, compressivo e não irritar o escroto. Cubro o escroto com um pedaço de protectiva, por cima da protectiva uma larga camada de esponjas embebidas n'uma solução phenicada a 1,25 por cento; esta camada de esponjas cobre o escroto, o perineo e o baixo ventre. Depois seguro tudo com faxas de gaze, e por fim com uma faixa de cautchuc.

No dia seguinte, Julliard levanta os pontos do sutura, julgando que a reunião teve tempo de se fazer n'uma região tão vascular como o escroto. A menos que sobrevenha alguma complicação, o dreno é removido ao terceiro ou quarto dia, e o doente está curado ahi pelo decimo terceiro dia. Apenas existe uma leve tumefacção, que prejudica o operado durante algum tempo

não o impedindo, trazendo um suspensorio, de se entregar ás suas occupações habituaes.

Nas cincoenta e quatro observações publicadas pelo auctor, apenas tres vezes a reunião se não effectuou por primeira intenção. Em oito doentes, houve suppuração pelo orificio do dreno o que retardou a cura cerca de dez dias; vinte e tres vezes a temperatura attingiu 39º, excedendo-os até cinco vezes. É preciso tambem lembrar tres casos de retenção de urina.

Depois da descripção que acaba de ser feita do processo de Julliard, vê-se que as principaes modificações feitas ao processo de Volkmann, teem sobretudo por fim diminuir as probabilidades de recidiva e mesmo de a tornar, parece, quasi impossivel. A obliteração da cavidade vaginal sendo a condicção necessaria para haver um bom successo, o cirurgião de Genova não lhe colloca geralmente o dreno. Pela mesma razão, não deixa da vaginal senão a porção necessaria para cobrir o testiculo.

*Processo de Bergmann.* — Com o ultimo processo que acabamos de escrever a

recidiva é ainda possível, pois que a cavidade vaginal persiste e pode distender-se de novo. Na Allemanha, onde o processo de Volkmann ha muito tem sido posto em pratica, observaram-se algumas recidivas. Bergmann (1) em janeiro de 1885, fazia conhecer uma modificação ao manual operatorio dos cirurgiões de Halle e de Genova. Extrahia toda a serosa parietal, tornando assim toda a recidiva impossivel. Eis aqui, em poucas palavras, este processo:

Uma vez aberta a vaginal, isola o seu folheto parietal da tunica commum e do cordão até á visinhança do testiculo e do epididymo. Depois pratica a incisão da tunica. Este isolamento não apresenta nunca difficuldade e faz-se com o dedo ou com o cabo do bisturi. A hemostase faz-se como ordinariamente, laqueando todos os vasos com catgut. A cavidade é lavada com uma solução phenicada a 3 por cento. Um dreño é collocado na parte inferior da incisão. A gaze phenicada, que produz muitas vezes erythema, é substituida pela gaze com

(1) Revue de Hayem 1886.

sublimado. O penso é, como sempre, reforçado com algodão antiseptico e o conjunto sustentado por uma dupla spica de lã.

Em vinte doentes operados por Bergmann, houve tres retenções de urina no primeiro dia; nenhum phlegmão nem gangrena. A duração do tratamento foi a mesma que com os processos precedentemente descriptos. Apesar de numerosos casos relatados, aqui e além, por alguns cirurgiões de nome, é certo que o methodo da cura radical do hydrocele só pouco a pouco foi conquistando adeptos, parecendo que a maior parte dos cirurgiões desejavam ficar fieis ao methodo das injecções, e em particular, da injecção iodada.

Em França, em 1885, Augagneur, fazia uma comunicação á Sociedade medico-cirurgica de Lyon, na qual relatava quinze observações de cura radical pela incisão antiseptica.

Em 1886, a *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* publicava uma comunicação do mesmo cirurgião, onde relatava duas novas operações. O seu processo differe um pouco dos precedentes.

*Anesthesia pelo ether.*— Sómente tres dos operados de Augagneur não poderam ser adormecidos, e parece não terem soffrido muito. Desinfecção do campo operatorio com uma escova, sabão e uma solução phenicada forte.

Incisão em toda a altura do tumor, a abertura da vaginal, exame da sua face interna, excisão, hemostase e lavagem com uma solução phenicada a 2,5 por cento.

Feita a *toilette* da vaginal faz a sutura com fios metallicos. A agulha penetra sobre a parede do escroto n'um ponto situado um pouco abaixo da incisão da vaginal e atravessa successivamente o escroto, a vaginal, penetra na cavidade serosa, attinge a outra parede, atravessa a vaginal de dentro para fóra, depois a pelle. Estes fios, pela aproximação das suas extremidades, unem o folheto seroso a elle proprio. (1) Um pequeno dreno é collocado na cavidade sobre um dos bordos do testiculo.

Terminada a operação, colloca directamente sobre a ferida uma faixa de *silk-pro-*

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1886.

*tective*, uma camada de algodão salycilado ou boricado, e por cima um penso completo de Lister. Dá-se um clyster antes da operação para desembaraçar o intestino, e, nos tres ou quatro dias que se seguem, faz-se tomar ao doente uma poção opiada para que o doente não tenha dejecções e não comprometta a reunião por primeira intenção.

A temperatura não excede a 39°, senão n'um unico caso. Esta hyperthermia cedeu ao emprego do quinino, sendo o doente um antigo palustre. Houve duas vezes suppuração.

No primeiro caso, a suppuração não pôde ser explicada senão pela negligencia da antisepsia. No segundo, a bolsa estava cartilaginosa e o doente era, além d'isso, portador d'um varicocele. A orchite manifestou-se apenas uma vez.

Em todos os casos era consideravel a espessura da tunica fibrosa. N'uma das observações referida por Bergmann, encontrou-se um corpo fluctuante da vaginal; n'outra, a parede da bolsa continha numerosas placas em degeneração calcarea. A

cabeça do epididymo estava separada do testiculo, facto que já Lannelongue e Marinon tinham observado.

Quasi pela mesma época, Tédénat publicou uma memoria interessante, ácerca de seis casos de hydrocele tratados com successo pela incisão antiseptica. Empregou o processo de Julliard com algumas leves modificações.

*Anesthesia e suppressão do «spray».*— Lavagem da região com uma solução de sublimado a  $\frac{1}{500}$ . Incisão de dez a doze centímetros, de modo a attingir a extremidade inferior do tumor pela qual *le scrotum ne forme pas godet*. Não fez a resecção da vaginal senão tres vezes. Em dois casos sómente, collocou um dreno porque teve de fazer raspagens em muitos pontos. Fez dois planos de sutura com catgut e um dreno na parte inferior.

*Protectiva directamente sobre a ferida.*— Por cima pedaços de algodão embebidos n'uma solução de sublimado a  $\frac{1}{1500}$ , dispostos de fórma a exercer uma compressão methodica. Collocam-se igualmente sobre o perineo, baixo-ventre e prega da virilha.

Reforça-se o penso, mantido por uma dupla spica.

No terceiro dia, depois da operação, ablação do dreno e dos pontos da sutura. Seis ou sete dias depois novo penso. Do decimo ao decimo terceiro dia, é sufficiente um suspensorio algodoado. Sómente n'um caso se produziu um pequeno abcesso subcutaneo.

Algum tempo depois, Tédenat fez uma comunicação ao congresso de cirurgia sobre 15 casos de hydrocele tratados pelo mesmo methodo e com successo.

Empregou, em todos os casos de espessamento extremo da vaginal, excisão completa do folheto parietal, como fazia Bergmann.

Segundo elle, a incisão convem nos hydroceles de paredes espessas, pouco transparentes, acompanhando-se muitas vezes de pachyvaginalites que a tintura de iodo não faria senão aggravar.

A incisão é, incontestavelmente, sem perigo quando aseptica. Mas a asepsia é facil de realisar-se, *«dans cette region montueuse, d'où s'exhalent des gaz délé-*

tères?» Em junho de 1886, a Sociedade de Cirurgia discutia pela primeira vez o novo methodo da cura radical do hydrocele.

Reclus fez uma communicação sobre cinco casos de hydrocele tractados por este methodo: Anesthesia os seus operados com chloroformio. Corta as diversas camadas do escroto tomando todas as precauções antisepticas e lava a cavidade com o licôr de Van-Swieten, ou antes com agua fervida; o sublimado pareceu-lhe determinar, nas primeiras operações, uma certa tumefacção do testiculo. Terminada a  *toilette*  da serosa, sutura-a com catgut e colloca entre ella e a pelle um pequeno feixe de crinas de Florença para substituir o dreno. Penso com esponjas polvilhadas de iodoformio. Clyster antes da operação e poção opiada depois.

Sobre cinco observações, ha apenas a notar duas retenções de urina. Segundo o auctor, a punção e a injecção iodada devem ser o processo de escolha nos hydroceles ordinarios. A incisão convem: 1.º nos hydroceles congenitaes; 2.º hydroceles visinhos d'um sacco herniario; 3.º antigos hy-

droceles com pachyvaginalite; 4.º hydroceles que recidivaram depois da injecção iodada; 5.º hydroceles com corpos estranhos; 6.º hydroceles multiloculares.

Da discussão que teve logar na Sociedade, parece resultar que toda a gente está de accordo em dar a preferencia ás injecções irritantes na grande maioria dos casos.

Desprès e Tillaux, em particular, são partidarios da injecção iodada.

Depois, Reclus praticou ainda trinta vezes a mesma operação com successo; o que eleva o numero a trinta e cinco.

Depois das publicações d'Augagneur, de Tédénat e de Reclus, a incisão começa a ser feita por grande numero de cirurgiões.

Routier, em 1887, faz uma communição na *Revista de Cirurgia* sobre quatro observações de hydroceles tractados pelo novo methodo da cura radical. «Quand la séreuse est épaisse, qu'elle présente des noyaux cartilagineux, on peut adopter la modification proposée par Bergmann et supprimer tout le feuillet pariétal de la vaginal; mais

il faut aussi s'occuper de la séreuse viscéral qui présente des néo-formations».

Tambem o auctor da communicacão prefere raspar os dois folhetos e collocar um dreno, como no processo de Julliard.

Nicaise (1), em 1888, aconselha proceder, para a disseccão da vaginal, como para a extirpacão d'um sacco herniario; é preciso dissecar *finamente* e não separar, para assim dizer, senão a parte a mais interna da serosa. A operacão faz-se assim sem hemorrhagia. Em certos casos tambem, a irritacão não é sufficiente para determinar a união das duas paredes da cavidade. É a censura feita por Reclus a este processo, como mais adiante veremos.

No mesmo anno Augagneur publicava duas novas observacões de cura radical.

N'um dos casos trata-se d'um individuo que rompeu o seu hydrocele montando a cavallo.

Tambem pela mesma epocha, Lucas Championnière (2) faz uma communicacão

(1) *Revue de chirurgie*, 1888.

(2) *Bull. soc. de chirurgie*, 1888.

á Sociedade de Cirurgia, em nome de Largeau. Trata-se de uma creança de cinco annos, portadora d'um hydrocele com epiplocele. Mas o que torna interessante a observação, são as lesões tuberculosas situadas na parte do epiloon herniado. Extrahiu-se a parte doente e a creança ficou curada segundo toda a apparencia, pois que, vinte e dois mezes depois da operação foi encontrada de perfeita saude. Como faz notar o auctor da communicacão, estes factos são raros na litteratura medica.

Cruveilheur cita um caso semelhante:

Um doente affectado de tuberculose laryngea e pulmonar era portador ao mesmo tempo de duas hernias inguinaes. O sacco herniario e a porção deslocada do mesenterio estavam cobertas de granulações.

Kirmisson (1) relata um facto de cura radical n'uma creança portadora d'um hydrocele congenital com ectopia testicular.

Thibaudet refere um facto analogo. Trata da cura radical d'um hydro-epiplocele n'uma creança de sete annos.

(1) *Semaine Medicale*, 1889.

Estes tres casos são interessantes: o primeiro por causa das lesões tuberculosas perfeitamente delimitadas, todos tres porque a operação foi praticada em creanças de cinco a sete annos, porque não é, com effeito, senão em casos inteiramente excepcionaes que se faz uso da incisão anti-septica nas creanças.

Como já tivemos occasião de dizer, ha processos mais simples e sobre tudo menos perigosos: a applicação d'uma solução saturada de chlorhydrato de ammoniaco, injecção de algumas gottas de alcool segundo o processo de Monod, etc.

Temos assim terminado a enumeração, um pouco longa, talvez, dos processos empregados para a cura radical do hydrocele por incisão e excisão da vaginal. Todos elles apenas differem levemente dos processos iniciados pelos promotores d'este novo methodo therapeutico: Volkmann e Julliard.

No que vae seguir-se, tentaremos mostrar o valor d'este methodo comparando-o com o da injecção iodada.

## Estudo comparativo da incisão antiseptica e da injeção iodada

---

1.º INJEÇÃO IODADA — *Dôr*. — A primeira censura a fazer á injeção iodada é ser muito dolorosa. Os casos de syncope, depois da injeção d'este liquido irritante, não são raros. Reclus (1) cita tres casos. Aconselha por esta razão, juntamente com outros cirurgiões, o emprego d'uma solução de cocaína a 5 por cento.

Depois da punção injecta-se uma colher d'esta solução; extrahese passado cinco minutos, para a substituir pelo liquido irritante. Durante uma hora ou duas o paciente não soffre quasi dôr nenhuma.

(1) Diction. encycl. sc. méd., art. hydrocèle.

*Picadura do testiculo.* — Este accidente não é raro. Na occasião em que é feita, o doente soffre uma dôr muito viva, e sobrevem em seguida uma inflammação nem sempre facil de debellar. N'um caso citado por Velpeau, «le trocart pénétra si profondément dans la glande que l'injection seule put le détacher».

Apezar d'isso o doente curou, mas é preciso não contar sempre com um resultado tão favoravel. Varios auctores, entre elles Boyer, Curling, Marcellin Duval, tem citado casos de fusão da glandula. É verdade que na actualidade, com precauções antisepticas, este accidente não teria a mesma gravidade.

Se se dá fé de se haver picado o testiculo, é melhor retirar o trocate e não fazer a injecção iodada.

*Hemorrhagia.* — Ferir uma arteria ou uma veia volumosa não é muito frequente: Produz-se um hematocele que, em alguns casos chega a suppurar.

Se se trata d'uma arteria volumosa, é preciso laqueal-a, e praticar a castração se isso fôr necessario.

*Abcesso, phlegmão.*—Os accidentes que acabamos de enumerar são bastante raros e geralmente pouco serios.

Não se dá o mesmo com a infiltração do liquido no tecido cellular. É sem motivo que Velpeau pretendia que a tintura de iodo tinha a superioridade sobre o vinho quente, de não determinar abcesso. Os casos de phlegmão mesmo de gangrena terminados algumas vezes pela morte não são raros na litteratura medica. Reclus (1) declara ter visto um velho de 81 annos succumbir á injecção iodada. Houve infiltração de liquido nas bolsas e ao mesmo tempo lesão de uma arteria volumosa. O doente apenas sobreviveu quatro dias á operação.

Não é esta, entretanto, a terminação habitual d'estas inflammações. A maior parte das vezes, a eliminação das partes esphaceladas faz-se com bastante facilidade dando logar a uma cicatriz pouco extensa, comparativamente com as feridas que existiam no principio.

Guyon para evitar este accidente, acon-

(1) *Semaine médicale*, 1887.

selha fazer uso d'um funil que possa adaptar-se á canula do trocate.

A pressão não seria sufficientemente forte para fazer penetrar o liquido na espessura dos involucros do escroto, como acontece quando se faz uso da seringa para o hydrocele.

É melhor, como se pratica em Inglaterra e na Allemanha, empregar a tintura de iodo pura e não injectar senão 8 a 12 grâmas que se deixam na serosa. Tédenat tambem usa a tintura de iodo pura e toma, além d'isso, a precaução de lavar a cavidade vaginal com agua tepida afim de que fique a menor quantidade possivel de liquido pathologico. A acção do agente irritante é mais energico e diminuem-se as coagulações fibrinosas que retardam a cura por uma inflammação muito intensa e pela lentidão da sua reabsorção.

*Vaginalite.* — A tintura de iodo produz uma viva irritação da vaginal, acompanhada de tumefacção e de febre que não passa ordinariamente de 38°. A maior parte das vezes, a irritação inflammatoria não vae

mais longe, sobre tudo nos hydroceles simples.

Não se dá o mesmo com as pachyvaginalites que são um estado intermediario entre o hydrocele simples e o hematocele, a que Gosselin deu o nome de hydro-hematocele. É n'estes casos que a injeção iodada não dá resultado, ou antes o dá mau. Algumas vezes apparece a suppuração como nas observações relatadas por Curling, Desprès e Texier que terminaram pela cura no fim d'um mez ou mez e meio; n'outras ha recidiva com producção algumas vezes de hematocele, como na observação que se segue publicada por Routier na *Revista de Cirurgia* de 1887 e cujo resumo extrahimos:

D... F., de 31 annos, marceneiro, entrou no hospital de Laënnec a 10 de novembro de 1886. Desde o mez de março que este individuo notara que a parte esquerda do seu escroto augmentava d'uma maneira sensivel; examinando-o, encontrava-se uma transparencia perfeita sobre todos os pontos. A vaginal parecia fina.

A 20 de novembro, punção e injeção

iodada. Injecção antecipadamente d'uma colher d'uma solução de cocaína a  $\frac{1}{15}$ , deixando a injecção de tintura de iodo permanecer cinco minutos.

Doze dias depois, reproducção completa do liquido; a 15 de dezembro, mais de vinte e cinco depois da punção, retirei um liquido de côr escura, não fazendo injecção iodada. No fim de quarenta e oito horas o liquido tinha-se ainda reproduzido e persistia doze dias depois.

Em seguida a estas duas recidivas successivas, decidi-me empregar um meio mais radical.

A 27 de dezembro, anesthesiei o doente e pratiquei a incisão das bolsas com todas as precauções antisepticas.

Não era já um liquido o que continha esta serosa, mas um *magma* amarellado composto de fibrina coagulada nas malhas da qual havia muito pouco liquido. Este coagulo depois de retirado, ficava a vaginal tapetada d'uma falsa membrana facilmente isolavel em partes, muito adherentes n'outras, e cuja decorticação foi feita parte com as unhas e parte com a curetta. Com-

pressão com uma esponja embebida n'uma solução phenicada a 5 por cento. Resecção, drenagem e penso. O doente sahi curado a 10 de janeiro de 1882.

Segundo Routier, esta observação parecia provar que a tintura de iodo póde transformar um hydrocele em hematocele.

Sem ir tão longe, póde dizer-se que este liquido irritante precipita a passagem para o hematocele dos hydroceles, com espessamento mesmo ligeiro da serosa.

Estes factos não são muito raros. Routier diz ter visto um outro caso no serviço do professor Lefort. São estes casos que, por recidivas successivas, augmentam o numero dos insuccessos pela injecção iodada.

A injecção iodada produz algumas vezes a obliteração da cavidade vaginal, mesmo nas antigas pachyvaginalites. Mas as neo-formações que envolvem o testiculo produzem sobre este orgão uma compressão muito dolorosa, como muitas vezes tem sido observado por Tédenat.

Taes são as principaes complicações que podem sobrevir depois da injecção io-

dada. Vamos agora passar em revista as que acompanham a incisão antiseptica para poder em seguida apreciar por comparação o valor de cada methodo.

2.º INCISÃO.— A *anesthesia* aggrava a operação pelos perigos que lhe são inherentes.

Poderiam accusar-nos de haver causado a morte d'um doente adormecendo-o, para o livrar d'um hydrocele. Tambem Julliard, como já tivemos occasião de dizer, não *anesthesia* os seus operados. Mas por emquanto é elle o unico. Nos individuos athe-romatosos e já d'uma certa idade, seria bom, talvez, imital-o ou pelo menos, empregar a *anesthesia* local pelo frio ou co-caína.

Tem-se accusado o *spray phenicado* de produzir erythema, que seria antes devido aos differentes accessorios do penso e sobretudo á gaze phenicada. Hoje, o *spray* já se não emprega durante as operações. Os cirurgiões satisfazem-se em fazer a asepsia da região, de bem desinfectar os instrumentos e as peças do penso, sem ha-

ver receio excessivo aos germens que podem encontrar-se no ar. A gaze phenicada é substituida pela gaze iodoformada ou sublimada.

O *estado febril* não é mais accentuado depois da injeccão iodada e não dura senão alguns dias.

A *retensão d'urina* que póde, além d'isso, apresentar-se depois de todas as operações sobre os órgãos genitales, não é uma complicação seria, pois que na maior parte dos casos, cede ao primeiro catheterismo.

O accidente mais grave é o *phlegmão das bolsas*. Em 457 casos d'hydrocele tratados pela incisão, Nimier não encontrou senão um phlegmão nas seis observações de Rocher. Gross observou um outro. Reclus (1) a este respeito faz duas observações: «Il existe, à notre connaissance, des observations malheureuses qui n'ont pas été publiées par des chirurgiens, sans doute mal à l'aise, pour avoir préféré, á l'innocente injection iodée, l'incision large des

(1) *Semaine médicale*, 1887.

bourses, opération délicate que le succès seul justifie dans le cas d'hydrocèle simple.» Segunda observação: «L'incision antiseptique n'a été pratiqué que par des chirurgiens éminents et habiles: Volkmann, Julliard, Augagneur, etc. Lorsque la cure radicale sera «démocratisée», il est probable que les résultats ne seront pas aussi satisfaisants.»

Uma ultima censura dirigida contra a incisão é a *obliteração da cavidade vaginal*, que é a condição necessaria para o successo d'este methodo. Com a injeção, não haveria a obliteração da cavidade senão em metade dos casos (Hutin). Gosse- lin, por outro lado, em dez casos tomados ao acaso em individuos tendo os dois folhetos da serosa soldados, encontrou uma anemia testicular muito nitida. No caso particular, não se sabe se foi a vaginal ou o testiculo que começou a estar doente, pois que oito casos tomados ao acaso mostram um endurecimento do epididymo.

As neo-membranas que rodeiam a glandula prejudicam a sua funcção e «décou- ragent la spermatogénèse», segundo a ex-

pressão de Broca. Em todos os casos, a ausencia de espermatozoide não é constante. Em dez casos de obliteração completa em velhos de 60 a 80 annos, encontrou-se sete vezes conservada a secreção spermatica.

Nos antigos hydroceles, como dissemos no capitulo da anatomia pathologica, o epididymo está separado do testiculo. N'estes caso não temos que preoccupar-nos com o estado da glandula, pois que a communição está interrompida com as vesiculas seminaes.

Conhecidos todos estes factos, póde attribuir-se á obliteração da vaginal sómente a anemia testicular e a abolição da secreção spermatica? Não o cremos, e a incisão assim como a injeccção devem estar innocentes na maior parte dos casos.

Depois de ter visto os inconvenientes do methodo de tratamento que faz o assumpto d'esta these, vamos examinar as vantagens:

A incisão é um processo mais seguro, menos cego. O operador examina, *de visu*, o estado da vaginal, do epididymo e do testiculo. Não corre o risco de abrir com o

trocate um vaso ou de ferir o órgão spermatico. Se ha corpos extranhos ou neo-formações de qualquer natureza que entretenham a secreção anormal da serosa, extrahem-se, diminuindo assim as probabilidades da recidiva; n'uma palavra, faz-se uma operação mais cirurgica que deve dar melhores resultados que o antigo methodo das injecções.

*A cura é mais rapida.* — Nos casos mais favoraveis, sem complicações, os doentes tem curado do 12.º ao 13.º dia. Com a injecção iodada, a duração do tratamento é de trez semanas a um mez. Segundo Martin (de Calcutta), que foi o primeiro que empregou este processo, seria de vinte e cinco dias, e, segundo Velpeau não seria de mais de doze, isto é, que ao fim de doze dias o doente podia levantar-se e andar trazendo um suspensorio. N'um como no outro methodo, o operado pode levantar-se e andar, na segunda semana, tomando a precaução que acabei de citar. É preciso reconhecer, entretanto, que depois da incisão, póde mais cedo retomar as suas occupações.

*Recidiva mais rara.* — Consultando as diversas estatísticas feitas sobre o tratamento do hydrocele pela injeccão iodada, a proporção das recidivas differe segundo os auctores. Martin (de Calcutta), em 2:399 operados, cita um insuccesso sómente para 100. Gosselin em 141 operados teve 16 recidivas. Augagneur, em 22 doentes que soffriam de hydrocele e que entraram para a enfermaria a seu cargo, encontrou trez que tinham sido já tratados pela injeccão.

Tédenat em 95 observações de hydrocele tratados pela injeccão iodada cita dez insuccessos e trez abcessos.

Quatro dos doentes nos quaes a solução a um terço tinha falhado, foram curados pela tintura pura em pequena quantidade. Chegou a tratar 13 hydroceles por este processo não tendo senão uma unica recidiva. Injectava 15 a 20 grammas de tintura de iodo pura e deixava metade na cavidade vaginal. A proporção das recidivas seria de 3 a 4 por cento emquanto que com a tintura diluida era de 10 a 12 por cento. Vê-se quanto esta proporção varia segundo os auctores. Mas isto é inevitavel, porque é

muito difficil para um cirurgião rever todos os seus operados e só n'estas condições é que uma estatistica pode dar bom resultado.

Os promotores da incisão (Volkman e Julliard), julgando que toda a recidiva seria impossivel, deram ao seu processo o nome de «cura radical». Os casos de recidiva são, sem duvida muito raros, mas é certo que alguns apparecem.

Em 1888, Henri Morris leu uma nota á Sociedade real de medicina e cirurgia de Londres sobre a cura radical do hydrocele, com algumas observações sobre dois casos de incisão e excisão seguidos de recidiva. Compara os dois methodos, e pretende que se não encontrou ainda, para a cura da affecção que fez o objecto da communicação, um processo que não possa ser seguido de recidiva em certos casos.

Em julho de 1890, n'uma clinica inserida no *Mercredi Médical*, Reclus, que tinha já praticado 35 vezes com successo a operação da cura radical por incisão, diz ter observado tres recidivas umas após outras. Reclus attribue estes tres insuccessos

ao emprego do processo de Nicaise. Este ultimo cirurgião, como tivemos occasião de dizer, recommenda dissecar *finamente* a vaginal. Evita-se assim a hemorragia, é certo, mas a maior parte das vezes a irritação da serosa não é sufficiente para determinar a união dos dois folhetos. Era tambem a objecção feita ao methodo da cura radical pela incisão, por Heydenreich. (1)

Reclus, condemnando por completo o processo de Nicaise, diz que para dar resultado seguro é preciso irritar sufficientemente a vaginal para evitar a reproducção do derrame. Aconselha friccional-a com um tampão embebido d'uma substancia irritante, o alcool por exemplo.

No mesmo anno, Potier (2) apresenta á Sociedade anatomica um testiculo extrahido com a sua vaginal, tendo-se dado a recidiva d'um hydrocele, depois da operação de cura radical feita ha um anno. A glandula estava coberta de vegetações que pareciam

(1) Heydenreich. *Semaine médicale*. 1885.

(2) *Mercredi Médical*. 1890.

suspeitas, mas o exame histologico mostrou que se tratava de neo-formações inflammatorias.

Broca, sobre este assumpto, pensa que para evitar as recidivas, mais simples é fazer a excisão da vaginal e não a reconstituir pela sutura. A recidiva é depois d'isso impossivel. O testiculo adhere, é verdade, á fibrosa commum, mas sem grandes inconvenientes. É a operação proposta por Bergmann em 1885, tal como tivemos já occasião de descrever.

Do que temos dito vê-se que, apesar de alguns casos de recidiva, a incisão seria preferivel á injecção, que dá uma proporção de insuccessos muito maior; mas a incisão é uma verdadeira operação, que deve ser feita por cirurgião habil e exercitado, emquanto que a injecção está ao alcance do pratico mais modesto.

Se a injecção é o processo de escolha nos hydroceles simples, a incisão é tambem indicada nos casos seguintes:

Nos *hydroceles congenitæ*, onde, graças á persistencia do conducto vagino-pe-

ritoneal, o liquido irritante podia ir até ao abdomen. Cloquet cita o caso de um doente que recebeu sessenta grammas de vinho quente no peritoneu, sem succumbir á peritonite. Mas é preciso não contar sempre com uma terminação tão feliz. É verdade que este derrame congenital tem tendencia a curar espontaneamente ou por simples compressão, mas já assim não acontece quando, são complicadas de hernia. N'este caso, é melhor intervir, e, pela mesma operação desembaraçar o doente d'uma afecção encommoda e mesmo perigosa.

A incisão é sobre tudo indicada nos *hydroceles antigos, volumosos, de paredes espessas*. Estes tumores são opacos em toda a sua extensão ou apresentam uma transparencia pouco nitida. Sobre um fundo vagamente esclarecido, vê-se algumas vezes desenharem-se placas sombrias. Depois da evacuação do liquido, quando a membrana é rugosa, produz-se um ruido de *frottement*.

N'estas pachyvaginalites, a injeccção iodada falha ou transforma até um hydrocele em hematocele.

Nos *hydroceles recidivados* depois de uma injeção bem feita.

Nos *hydroceles de cavidades multiplas*. Poderia sem duvida esvasiar-se separadamente cada alveolo; mas depois a injeção podia ter algum perigo porque facilmente se póde espalhar no tecido cellular.

Nos *hydroceles biloculares*, tambem a incisão deve ser preferida.

Taes são os casos em que a incisão deve ser preferida ao antigo methodo das injeções. Com uma antiseptia rigorosa, dá uma cura mais rapida e mais segura, sobre tudo se, a exemplo de Bergmann e de seu discipulo Bramann se resecca todo o folheto parietal da serosa para tornar impossivel toda e qualquer distensão.

## Conclusões

---

A injeção iodada e a incisão antiseptica são dois methodos de tratamento de hydrocele que se não excluem de nenhum modo. Cada um tem as suas indicações.

A injeção, processo mais simples, deve ser preferido em todos os casos de hydrocele ordinario. É preciso empregar a tintura de iodo pura e injectar-lhe 10 a 12 grammas, que se abandonam na cavidade.

A incisão, processo menos cego, sem duvida, mas necessitando, para dar bons resultados, uma verdadeira educação cirurgica, não deve ser empregado senão em casos especiaes: quando se trata d'um hydrocele congenital complicado ou não de hernia, caso em que a injeção iodada se-

ria então perigosa, sem produzir também seguramente a cura.

Nos hydroceles antigos, volumosos, de paredes espessas em que a injeção também não daria resultado.

Nos hydroceles recidivados.

Nos hydroceles multiloculares e sobretudo nos hydroceles biloculares.

Nos casos em que a vaginal tem consideravel espessura e então aconselhamos a resecção total do folheto parietal, como o preconizou Bramann. A recidiva depois d'isso é impossivel.

## PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia**—A disposição das fibras nos musculos intercostaes corresponde á sua funcção.

**Physiologia**—Os musculos intercostaes internos e externos são inspiradores.

**Materia medica**—O melhor antilactagogo conhecido é a antypirina.

**Anatomia pathologica**—Nem sempre á paralysis geral corresponde lesão anatomica.

**Pathologia geral**—O bacillo d'Eberth é uma variedade do bacillus coli communis.

**Pathologia interna**—O rheumatismo é uma doença microbiotica.

**Pathologia externa**—Os traumatismos no alcoolico apresentam um character especial.

**Operações**—Prefiro o processo de Bergmann na cura do hydrocele.

**Hygiene**—O celibato é uma causa predisponente para o suicidio.

**Partos**—O abuso do alcool produz o aborto.

---

Visto.  
O presidente,  
S. Pinto.

Póde imprimir-se.  
O director,  
V. d'Oliveira.